

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) merupakan sebuah unit yang ada di rumah sakit yang menangani pasien kritis terdiri dari perawat yang mempunyai skill khusus dan terlatih untuk melakukan observasi, terapi, dan perawatan kepada pasien yang mempunyai penyakit atau cedera yang berpotensi mengancam nyawa pasien (Ekowati et al., 2018). Ruang ICU terdiri dari pelataran khusus serta sarana prasarana untuk menunjang perawatan pasien dengan tenaga medis yang profesional dan berpengalaman dalam merawat pasien dengan kondisi kritis.

Pasien yang mendapat perawatan ICU dan meninggal di ICU karena penyakit kritis berjumlah 1,1 - 7,4 juta (WHO, 2019). Setiap tahun, jumlah pasien kritis yang dirawat di ICU meningkat 9,8 - 24,6%, dan diperkirakan 1,1 - 7,4 juta lebih banyak orang meninggal akibat penyakit kritis di seluruh dunia (Maryuni et al., 2023). Prevalensi pasien sakit kritis dan kebutuhan ICU diseluruh dunia dinyatakan meningkat dua kali lipat karena adanya pandemi COVID-19 (Bravata et al, 2021). Akibat lonjakan kasus COVID-19 yang terjadi hampir di setiap wilayah Indonesia pada Juli 2021, jumlah pasien yang membutuhkan layanan unit perawatan intensif di rumah sakit meningkat (Kemenkes RI, 2021). Pada tahun 2019, angka kejadian pasien sakit kritis di Indonesia tercatat sebanyak 33.148 orang, sedangkan angka kematian pasien unit perawatan intensif sebesar 36,5%.

(Kemenkes RI, 2019). Bed Occupation Rate (BOR) mengalami peningkatan mencapai 80% pada tahun 2020 (Kemenkes RI, 2020). Jumlah unit ICU di Indonesia telah mencapai 81.032 tempat tidur di 2.979 rumah sakit dan 52.719 pasien kritis yang telah dirawat hingga tahun 2021, artinya rata-rata terpakainya ICU di Indonesia mencapai 64,83 persen pada tahun 2021. (Kemenkes RI, 2021). Berdasarkan studi pendahuluan di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul total pasien yang pernah dirawat di ICU dari bulan september 2021 sampai dengan september 2022 mencapai 553 pasien.

Pelayanan yang ada di ICU meliputi perawatan yang memberikan dukungan pada organ vital seperti kardiovaskuler, renal, susunan saraf, pernapasan dan lainnya, pada pasien dewasa maupun pasien anak (Achmad, 2017). Pelayanan pada ruangan ICU membutuhkan staf yang profesional, selain itu juga dibutuhkan adanya dukungan keluarga dalam proses pelayanan pasien di ruang ICU. Keluarga merupakan salah satu kelompok pendukung saat pemulihan pasien saat dilakukan perawatan di ruang ICU. Keluarga yang berada ICU selama 3 bulan atau lebih 33% banyak mengalami gejala umum seperti kecemasan, depresi hingga stres akibat menunggu perawatan pasien dan juga merawat pasien saat di ICU, karena perlu diketahui bahwa keluarga yang berada ICU membutuhkan informasi dan dukungan saat berada di dekat pasien (Garrouste-Orgeas et al., 2010). Keluarga yang tidak dilibatkan dalam perawatan mengalami cemas 58,5% dan depresi 26,2% (Makmun et al., n.d. 2017)

Keluarga pasien yang sedang melakukan perawatan di unit perawatan ICU rentan terhadap perubahan psikologis, yang berdampak negatif pada keluarga seperti saat melakukan aktivitas sehari – hari, saat keluarga menunggu pasien yang sedang dirawat di ICU, dan saat memberikan perawatan kepada pasien di rumah sakit maupun setelah pulang dari rumah sakit. Keluarga yang tidak terlibat saat proses perawatan pasien, maka dampak yang bisa terjadi adalah pasien dapat mengalami putus asa, cemas, depresi, putus harapan untuk sembuh, hingga berpikir untuk lebih baik mengakhiri hidupnya (Wong et al., 2021). Jam kunjung pasien juga merupakan faktor perawatan di ICU karena keterlibatan keluarga dengan pasien dibatasi karena adanya jam kunjung keluarga.

Jam kunjung pasien sudah lama diakui menjadi indikator kualitas saat perawatan pasien kritis, namun masih banyak isu terkait kunjungan keluarga yang berakibat mengganggu, mempengaruhi, dan menyebabkan efek buruk bagi pasien dan kinerja tenaga kesehatan yang sedang bekerja (Levy & de Backer, 2013). Tidak ada efek samping, seperti tanda vital yang tidak stabil ataupun infeksi pada pasien saat dibukanya jam kunjung pasien, tetapi dokter ICU tetap khawatir terhadap keamanan dan kondisi pasien saat dibukanya jam kunjung pasien (Levy & de Backer, 2013).

Jam kunjung yang dibuka untuk keluarga, memberikan manfaat bagi pasien karena menyebabkan kontak antara pasien, keluarga, dokter dan perawat yang dapat meningkatkan komunikasi dan kepuasan keluarga

saat berada di ICU (Levy & de Backer, 2013). Dari hal tersebut bukan berarti keluarga bebas untuk mengunjungi pasien tanpa aturan, jika perilaku anggota keluarga mengganggu perawatan pasien maka kegiatan keluarga dapat dibatasi dan diharapkan anggota keluarga tetap mengikuti, mematuhi aturan dan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit (Levy & de Backer, 2013).

Saat ini aturan dan kebijakan perawatan kesehatan dalam gagasan tentang perawatan yang melibatkan keluarga pasien menjadi semakin penting (Blom et al., 2013). Kebutuhan pasien di ICU membuat pasien merasa aman, nyaman, dan perasaan tenang karena hal tersebut dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga saat merawat pasien (Blom et al., 2013). Keluarga membutuhkan keterlibatan dalam perawatan pasien dengan cara melakukan perawatan mendasar yang sesuai kemampuan keluarga. Sebagian besar keluarga merasa bahwa keterlibatannya dalam perawatan, akan menunjukkan kepeduliannya kepada pasien, menciptakan pikiran yang tenang bahkan dapat menciptakan kepercayaan yang tinggi pada sistem kesehatan (Rusdianti & Arofiati, 2019). Keluarga sangatlah penting untuk proses penyembuhan pasien dan dapat dilibatkan untuk berpartisipasi dalam perawatan karena berperan penting dan merupakan bagian dari kebutuhan pasien.

Pada saat dilakukannya perawatan kritis pada pasien, partisipasi keluarga merupakan salah satu komponen dalam perawatan pasien karena partisipasi terhadap pasien dapat mempercepat kesembuhan pasien,

meningkatkan kesehatan pasien, memberikan kepedulian dan harapan sembuh kepada pasien, mendukung pasien dan mengurangi stres pada pasien (Ramos et al., 2016). Keluarga yang meremehkan atau mengabaikan semua kebutuhan pasien serta kurangnya pemahaman terhadap pentingnya partisipasi keluarga dalam perawatan pasien di ICU yang berakibat tidak terpenuhinya kebutuhan pasien (Garrouste-Orgeas et al., 2010).

Partisipasi merupakan suatu fenomena kompleks dalam perawatan pasien di ICU dan perlu pengetahuan untuk melakukan hal tersebut. Makna partisipasi jika tidak dilakukan oleh keluarga, maka dapat menjadi masalah yang dapat terjadi saat dilakukannya intervensi keperawatan (Blom et al., 2013). Keluarga memiliki peran penting untuk berpartisipasi dalam proses penyembuhan pasien yang dirawat di ICU karena keluarga merupakan sistem pendukung dalam pemulihan pasien selama pasien menjalani perawatan di ruang ICU, namun masih ada keluarga yang mengabaikan hal tersebut (Makmun et al., n.d. 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah dilakukan di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa perawat yang bekerja di ICU RSUD Panembahan Senopati terdapat 21 perawat dengan pembagian setiap shift yaitu 4 perawat dengan kapasitas ruang ICU 8 bed. Keluarga dapat melihat kondisi pasien dengan waktu 1 jam setiap pagi, siang dan sore dan hanya 1 orang keluarga yang diperbolehkan masuk ke dalam ruang ICU.

Menurut keluarga pasien yang sedang menunggu pasien di ICU, keluarga dapat melakukan partisipasi seperti memberikan semangat/motivasi pasien, membantu makan dan minum pasien, berdoa, dan membantu kebutuhan pasien lainnya, namun terdapat keterbatasan yang dialami keluarga seperti terbatasnya akses untuk masuk ke ruang ICU yang waktunya cepat hanya 1 jam dan 1 orang yang dapat masuk, dan terdapat keluarga yang tidak tahu atau bingung dengan hal yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan saat bersama pasien karena belum pernah menunggu pasien di ICU. Menurut salah satu perawat ICU masih ada keluarga yang tidak terlibat dalam perawatan pasien, dikarenakan keluarga merasa takut untuk melakukan suatu tindakan kepada pasien dan bingung dengan tindakan yang dapat dilakukan saat di ICU.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait partisipasi keluarga dalam merawat pasien di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan menggunakan metode kualitatif. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul karena rumah sakit tersebut sebagai rumah sakit rujukan kasus – kasus kritis di daerah Bantul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat disimpulkan masalah penelitian dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut: “Bagaimana partisipasi keluarga merawat pasien di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggali lebih mendalam partisipasi keluarga dalam merawat pasien di ruang ICU di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keluarga

Penelitian ini dapat memberikan motivasi dan dorongan kepada keluarga terhadap partisipasi kepada keluarga dalam merawat pasien di ICU untuk mendukung pemulihan pasien selama perawatan di ICU.

2. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan untuk perkembangan kebijakan, evaluasi dan Standar Operasional Prosedur (SOP) di rumah sakit.

3. Bagi Peneliti

Peneliti berharap penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan terkait partisipasi keluarga dalam merawat pasien ICU rumah sakit dan dapat dijadikan bahan penelitian ke depannya.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat di jadikan sebagai sumber referensi atau acuan bagi peneliti lain tentang partisipasi keluarga dalam merawat pasien di ICU.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian (Au et al., 2017) dengan judul “*Family Participation In Intensive Care Unit Rounds: Comparing Family and Provider Perspectives*”. Penelitian ini mempunyai tujuan untuk membandingkan dan menggambarkan pengalaman anggota keluarga pasien dan penyedia perawatan intensif, terkait preferensi serta persepsi tentang partisipasi keluarga saat di ICU. Metode penelitian yang digunakan adalah survei *cross-sectional* yang dilakukan pada september 2014 hingga Maret 2015 kepada anggota keluarga ICU dan pasien yang dirawat di 4 ICU medis-bedah. Jumlah dari sampel dalam penelitian ini adalah (62%) anggota keluarga, dokter (9%), perawat (56%), terapis pernapasan (24%), dan anggota tim ICU lainnya (11%). Teknik pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner survei. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa anggota keluarga dan penyedia perawatan memiliki beberapa perspektif tentang partisipasi keluarga dalam putaran ICU meskipun perspektif yang tidak selaras dengan implikasi strategi komunikasi dan pengambilan keputusan kolaboratif. Perbedaan penelitian terletak pada metode penelitian dimana jenis metode penelitian menggunakan survei *cross-sectional* sedangkan penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi dan teknik pengumpulan data dengan wawancara secara mendalam dan observasi.

2. Penelitian (Felten-Barentsz et al., 2021) dengan judul “*Family Participation During Physical Activity In The Intensive Care Unit: A Longitudinal Qualitative Study*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perawatan yang berpusat pada keluarga yang berada di ICU untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang sakit terkait informasi, dukungan, partisipasi, dan pengambilan keputusan bersama. Metode penelitian yang digunakan adalah desain penelitian kualitatif longitudinal mengikuti pendekatan *grounded theory*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini melalui kerabat yang diwawancarai pada 4, 8 dan 12 hari setelah pasien masuk ICU. Teknik pengumpulan penelitian ini menggunakan wawancara semi terstruktur dilakukan dengan tatap muka di ruang keluarga atau melalui telepon. Hasil penelitian ini adalah dari data wawancara menunjukkan bahwa, pada saat masuk ICU, kerabat dapat merasa tidak berdaya, tidak berguna dan takut menyakiti pasien. Kerabat melaporkan bahwa perasaan ini dapat berkurang jika mereka diundang, dibimbing dan diinformasikan untuk berpartisipasi selama sesi terapi dan promosi aktivitas fisik. *Grounded theory* menunjukkan bahwa partisipasi keluarga selama masuk ICU adalah proses yang berkembang, mulai dari peran pasif' menuju partisipasi proaktif. Perbedaan penelitian terletak pada metode penelitian menggunakan jenis desain penelitian kualitatif longitudinal mengikuti pendekatan *grounded theory* sedangkan penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi dan

teknik pengumpulan data dengan wawancara secara mendalam dan observasi.

3. Penelitian (Wong et al., 2021) dengan judul "*Families' Control Preference For Participation In Patient Care In Adult Intensive Care*". Penelitian ini memiliki tujuan untuk memahami preferensi keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan dan aktivitas perawatan fisik pasien di ICU dewasa dan mendeskripsikan partisipasi keluarga dalam perawatan pasien sesuai dengan jenis dan frekuensi perawatan pasien. Metode penelitian yang digunakan adalah desain metode campuran yang melibatkan observasi dan pengumpulan data survei secara bersamaan. Jumlah sampel yang ada dalam penelitian ini adalah 30 anggota keluarga pasien yang mengalami sakit kritis. Teknik pengumpulan data dilakukan oleh asisten peneliti yang terlatih (satu di setiap lokasi), dan perawat yang sudah berpengalaman. Hasil dari penelitian ini (47%) melaporkan preferensi untuk berbagi dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kerabat dengan profesional kesehatan, (17%) melaporkan preferensi untuk partisipasi aktif dalam pengambilan keputusan, (60%) keluarga lebih menyukai peran pasif dalam perawatan fisik kerabat mereka, (33%) lebih menyukai partisipasi bersama dengan staf dan (3%) lebih menyukai partisipasi aktif dengan sedikit keterlibatan staf. Dari 193 kegiatan yang diamati, partisipasi keluarga dalam perawatan fisik adalah yang paling jarang (24%). Perbedaan penelitian terletak pada desain metode campuran

yang melibatkan observasi dan pengumpulan data survei secara bersamaan sedangkan penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi dan teknik pengumpulan data dengan wawancara secara mendalam.