

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan *Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, George Washinton University* oleh Andrew A yang mengambil sampel dari 33.148 pasien rumah sakit didapatkan hasil angkat kematian sebesar 13,7% dan untuk di ruang *ICU* didapatkan hasil jauh lebih tinggi hingga mencapai 36,5% (Suryadilaga et al., 2015). Penelitian di Indonesia yang membahas tentang angka kematian khususnya di ruang *ICU* dilakukan RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan angka kematian tertinggi pada tahun 2015 dan 2018 sedangkan terendah pada tahun 2014 dan untuk trend angka kematian *ICU* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2016–2018 pada tahun 2016 yaitu sebanyak 0.91 kemudian menurun kembali pada tahun 2017 yaitu sebanyak 0.89 kemudian meningkat kembali pada tahun 2018 yaitu sebanyak 0.94 kenaikan ini disebabkan karna pasien yang masuk ruang *ICU* dalam kondisi krtitis yang mengakibatkan angka kematian meningkat (Listyorini, 2019).

Pasien kritis itu sendiri adalah dimana secara fisiologis tidak stabil, sehingga tubuh akan merespon metabolisme yang berlebih terhadap trauma, sakit yang dapat mengubah metabolisme tubuh, hormonal, imunologis.

Sebagian besar pasien sakit kritis dengan kegagalan multi organ membutuhkan support dan alat medis yang memadai (Setianingsih & Anna, 2014). Pasien kritis sangat memerlukan pemantauan rutin dan tindakan cepat untuk mengatasi timbulnya dekompensasi fisiologis pada pasien yang membutuhkan intervensi segera oleh tim medis, dan pasien yang membutuhkan penanganan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dapat dilakukan pemantauan kontinyu dan dilakukan metode terapi titrasi (Kemenkes RI, 2011). Pasien kritis dapat bersifat akut dan kronis. Pasien dengan penyakit kritis akut memiliki satu atau lebih yang melibatkan gangguan organ tubuh atau beberapa gangguan sistem seperti kardiovaskuler, gastrointestinal, muskuloskeletal, imunitas dan pernafasan (Britt et al, 2005). Menurut Nelson et al (2010), pasien kritis kronik didefinisikan sebagai pasien kritis yang harus mendapatkan ventilasi mekanik, terapi intensive dalam jangka waktu beberapa bulan/tahun dan juga pasien kritis akut yang dirawat dalam kurun waktu yang lama. Pasien kritis kronis inilah yang membutuhkan perawatan khusus di ruang ICU (Neil, 2012).

Intensif Care Unit atau sering disingkat ICU merupakan ruangan/area khusus di sebuah rumah sakit dimana pasien yang mengalami sakit kritis atau cedera memperoleh perawatan medis, dan keperawatan secara khusus (Pande, Kolekar, Vidyapeeth, 2013). Berdasarkan KEPMENKES NO: 1178/Menkes/SK/XII/2010 mengartikan *Intensif Care Unit* (ICU) bagian khusus dari suatu rumah sakit yang bersifat mandiri, memiliki staf khusus dan perlengkapan

khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pada pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang membahayakan/mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa. Klasifikasi pelayanan ICU terbagi menjadi tiga berdasarkan (Kemenkes RI, 2011) yaitu primer, skunder, dan trasier. Jenis pelayanan ini diurutkan berdasarkan tingkat ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan, dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

Pada hakikatnya ruang ICU itu sendiri dirancang dengan suasana tenang dalam keadaan tertutup dan memiliki alat khusus dengan teknologi tinggi. Keluarga pasien yang menunggu tidak diperbolehkan menunggu pasien terlalu lama. Dalam pemenuhan kebutuhan keluarga, kedekatan termasuk salah satu bentuk pemenuhan kebutuhan keluarga yang dimana keluarga beranggapan bahwa hal tersebut adalah waktu yang sangat berharga. Keluarga dan pasien sependapat bahwa kehadiran keluarga dapat memperbaiki psikologis keluarga, apabila keluarga tidak dapat mendampingi pasien maka akan memicu timbulnya kecemasan yang berlebih dan perasaan takut kehilangan anggota keluarga. Hal tersebut dapat diminimalkan dengan cara membantu keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga selama anggota keluarganya dirawat (Husain & Setyawan, 2020). Dalam hal ini perawat seringkali tidak melibatkan keluarga untuk pemenuhan perawatan holistic (Rusdianti & Arofiati, 2019)

Keluarga merupakan bagian penting dalam proses perawatan pasien kritis yang dimana keluarga dapat menjalankan perannya sebagai fasilitator, pelindung, penyedia informasi, dan pemberi dukungan spiritualitas (Arwati et al., 2020). Keluarga memiliki peran dalam memberikan pemenuhan kebutuhan spiritualitas karna adanya intraksi dan kedekatan emosional dalam kehidupan sehari-hari (Ifadah et al., 2015). Hal ini dikuatkan oleh Morton, Fortaine, Hudak, & Gallo, (2013), menyatakan bahwa pentingnya keluarga dalam memberikan support system yang dimana apabila dukungan tidak diberikan kepada pasien, maka dapat mempengaruhi dalam proses penyembuhan dan pemulihan spiritual. Puchalski dalam (Muzaki & Arofiati, 2019) menjelaskan bahwa sebagian besar penyakit dapat disembuhkan. Hal inilah yang menjadikan spiritualitas sebagai peran penting terhadap penyakit dan ketenraman dalam kehidupan pada pasien.

Spiritual adalah keyakinan dalam hubungan dengan sang pencipta. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan penting untuk mencari arti dari kehidupan itu sendiri dan tujuan hidup, kebutuhan mencintai dan cintai serta rasa akan ketertarikan dan kebutuhan untuk memberikan maaf dan pengampunan (Suryawantie et al., 2019). Puchalski dalam (Muzaki & Arofiati, 2020) menjelaskan bahwa tidak sebagian besar penyakit dapat disembuhkan. Hal inilah yang menjadikan spiritualitas sebagai peran penting terhadap penyakit dan ketenraman dalam kehidupan pada pasien. Kebutuhan spiritual sendiri memiliki arti pendekatan keyakinan, harapan, dan kepercayaan kepada Tuhan

semesta alam serta kebutuhan untuk menjalankan agama yang di anut oleh seseorang yang harus di pertahankan sampai kapanpun agar memperoleh pertolongan, ketenangan, keselamatan, kekuatan, kebahagiaan dan kesembuhan (Suryawantie et al., 2019). Pemenuhan kebutuhan spiritualitas tidak menyeluruh dilakukan oleh tenaga medis khusus perawat namun juga keluarga dapat memberikan pemenuhan kebutuhan spiritual (Balboni et al, 2013). Dalam penelitian Friedman (2013), menyatakan bahwa didalam sebuah keluarga orang yang paling dekat dengan pasien adalah ibu dan suami/istri.

Keluarga dapat menjadi fasilitator bagi pasien namun permasalahan yang terjadi karena masih kurangnya dukungan spiritualitas yang diberikan keluarga yang di mana akan menimbulkan dampak ketidakberdayaan dan keputusasaan hal ini akan mengakibatkan *distress* spiritual yang di mana pasien tidak mau beribadah dan menyalahkan tuhan (Laili et al., 2019). Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga meliputi usia, pendidikan atau pengetahuan keluarga, emosional keluarga, spiritualitas keluarga, tingkat ekonomi, dan latar belakang budaya (Firmansyah et al., 2017). Dari hasil penelitian Notoadmojo (2013) mengatakan semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan mudah bagi seseorang itu menerima informasi dan akan semakin banyak pengetahuan yang didapatkan. Dukungan keluarga akan berdampak positif bagi pasien dalam pemenuhan kebutuhan spiritual selama dalam kondisi sakit (Utama & Yanti, 2020). Penelitian dikuatkan oleh Utama (2015) menyatakan bahwa dukungan

spiritual keluarga akan meningkatkan rasa percaya diri selama pasien dalam fase pengobatan.

Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh (Arwati et al., 2020) menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara tingkat spiritualitas dengan kecemasan pada keluarga pasien diruang ICU, semakin tingkat spiritualitas keluarga maka semakin rendah potensi mengalami kecemasan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sugimin (2017) didapatkan hasil yang menunjukan bahwa kecemasan keluarga pada saat menunggu pasien di ICU disebabkan karna kondisi kritis pasien, terpasang beberapa alat medis, informasi tentang pasien yang belum maksimal dan keterbatasan waktu kunjungan terbatas.

Sebagaimana Allah SWT berfirman dalam Q.S Al-Balqarah ayat 153

ط إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ

Artinya : *"Hai orang-orang yang beriman, jadikanlah sabar dan shalat*

sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar".

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana pengalaman dan pengetahuan spritual keluarga pasien kritis yang berada diruang ICU RS. PKU Muhammadiyah Gamping. Harapannya dengan melakukan penilitian ini dapat menggali pengalaman dan pengetahuan spiritualitas keluarga pasien kritis yang berada diruang ICU RS. PKU

Muhammadiyah Gamping agar mengetahui tingkat pengetahuan spiritualitas yang diberikan keluarga untuk kesembuhan pasien yang menderita sakit kritis.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan pada uraian masalah di atas maka membentuk suatu rumusan masalah yaitu, “Bagaimana Pengalaman dan Pengetahuan Spritualitas Keluarga Pasien Kritis yang berada di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping”.

C. TUJUAN

Penelitian ini memiliki tujuan untuk menggali pengalaman dan pengetahuan spritual keluarga pasien kritis yang berada diruang ICU RS. PKU Muhammadiyah Gamping.

D. MANFAAT

1. Manfaat Teoritis

Secara teroiritis penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan bacaan dan referensi Ilmiah bagi Fakultas Kesehatan. Dapat juga menjadi pengatahuan bagi Rumah Sakit PKU Muhamadiyah Gamping serta juga dapat dijadikan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan persoalan yang sedang dibahas.

2. Manfaat Praktis

- a) Bagi Instansi Rumah Sakit, sebagai bahan masukan bagi upaya peningkatan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam hal pemberian pemenuhan kebutuhan spritual.
- b) Intansi Pendidikan, menambah pengetahuan tentang pentingnya kebutuhan spritual dan dukungan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien.
- c) Bagi Keluarga, hasil penelitian ini data dijadikan sebagai serana untuk mencapai kesehatan yang optimal terutama kesehatan mental melalui pemenuhan kebutuhan spritual.
- d) Bagi Peneliti, meningkatkan pemahaman tentang pemenuhan kebutuhan spritual serta motivasi kesembuhan pada klien di rumah sakit.

E. PENELITIAN TERKAIT

- 1) Penelitian Subarkah et al., 2020 dengan judul *Kesejahteraan Spiritual Dan Depresi Pada Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Ruang ICU RSUD Banyumas*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan kesejahteraan spiritual dengan depresi pada keluarga pasien yang dirawat di ICU. Diharapkan keluarga untuk selalu meningkatkan spiritualitasnya dengan diharapkan keluarga untuk selalu meningkatkan spiritualitasnya dengan cara mendekatkan diri kepada tuhan dan selalu berpikir positif dalam segala kejadian yang dialaminya dengan harapan mencegah terjadinya depresi selama masa perawatan pasien. Perbedaan dengan peneliti adalah metode penelitian kualitatif dan pendekatan

fenomologi. Persamaan dengan peneliti adalah membahas terkait spiritual keluarga yang merawat pasien di ruang ICU dan menggunakan purpose sampling.

- 2) Penelitian Arwati et al., 2020 dengan judul *Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat spiritualitas keluarga maka semakin rendah potensi mengalami kecemasan. Keluarga pasien diharapkan lebih berpasrah pada Tuhan, rutin melakukan persembahyangan, dan selalu optimis agar tingkat spiritualitasnya meningkat, dapat mengarahkan mekanisme koping kearah adaptif sehingga tingkat kecemasan yang dialami dapat menurun. Perbedaan dengan peneliti adalah metode yang digunakan yaitu non-experimental design dengan rancangan cross-sectional dengan teknik consecutive sampling. Persamaan dengan peneliti adalah membahas terkait tingkat spiritual keluarga pasien diruang ICU.
- 3) Penelitian Khasanah et al., 2020 dengan judul *Dukungan Spiritual Pada Keluarga Dan Pasien Pasien Kritis Yang Dirawat Di Intensive Care Unit: Sistemik Review*. Hasil penelitian menunjukkan bentuk dukungan spiritual dapat berupa diskusi, komunikasi, memfasilitasi ibadah, relaksasi seperti mendengarkan do'a dan ayat suci Al-Qur'an. Dukungan spiritual diberikan untuk menurunkan kecemasan, menurunkan stress dan tingkat nyeri, menstabilkan hemodinamik, meningkatkan skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) dan dapat lebih mudah mengambil keputusan perawatan pada keluarga dan

pasien kritis. Dukungan spiritual yang diberikan akan meningkatkan dopamin di otak memberikan efek rileks, senang dan bahagia. Sehingga masalah psikologis akan menurundalam perawatan pasien dan keluarga pasien kritis di ICU. Perbedaan dengan peneliti adalah metode yang digunakan dengan systematic review. Persamaan dengan peneliti adalah membahas terkait tingkat spiritual keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.

- 4) Penelitian Gufron et al., 2019 dengan judul *Pengaruh Pembekalan Kesejahteraan Spiritual Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSD DR. Soebandi Jember*. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pembekalan kesejahteraan spiritual terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien ICU di RSD dr. Soebandi Jember dengan nilai $Z=4261$ dan $asim\ sig\ 0.000 < 0.05$. perbedaan dengan peneliti adalah metode yang digunakan pra eksperimen dengan pendekatan one grup pretest posttest design. Persamaan dengan peneliti adalah membahas terkait spiritual keluarga dengan pasien yang dirawat di ruang ICU.
- 5) Penelitian Rasmita et al., 2021 dengan judul *Karakteristik Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas Pada Pasien Yang Dirawat Di Ruang ICU*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66,7% perawat memenuhi kebutuhan spiritual pasien dengan kategori baik, 53,1% keluarga pasien dalam kategori kurang baik dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien ICU. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien ICU telah dilaksanakan secara optimal oleh perawat namun belum dilaksanakan secara optimal oleh

keluarga. Pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien ICU oleh perawat dengan kategori baik sehingga perawat ditingkatkan melalui pelatihan dan perawat dapat meningkatkan peran keluarga. Perbedaan dengan peneliti adalah responden perawat dan keluarga. Persamaan dengan peneliti adalah target responden melihat pengaruh tingkat spiritual keluarga dalam merawat pasien di ruang ICU.