

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan kehidupan yang semakin modern saat ini sangat berpengaruh terhadap munculnya gangguan kesehatan bagi masyarakat, tidak sedikit dari penyakit atau gangguan kesehatan tersebut membutuhkan tindakan perawatan yang intensif untuk proses penanganannya. Menurut Hardisman (2008) dalam penelitiannya ditemukan bahwa lama perawatan di ICU yang lebih dari 7 hari 14,8% dari total 454 pasien, dengan usia lebih 50 tahun cenderung memerlukan perawatan lebih lama. Angka kematian di ICU 25,6% dan angka kematian cenderung lebih tinggi pada usia kurang dari 10 tahun serta usia lebih dari 50 tahun. Menurut Gartika (2015) angka kematian di ICU cukup tinggi yaitu 40,2% dari 184 pasien. Terdapat tiga penyakit utama yang menyebabkan kematian yaitu system sirkulasi (23,4%), penyakit infeksi (11,4%) dan endokrin (10,9%).

Pelayanan ICU diberikan kepada pasien dengan kondisi kritis stabil yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan observasi secara ketat (Dirjen Bina Upaya Kesehatan, 2011). Perawatan diruang ICU dilakukan dengan cepat dan cermat serta pamantauan *hemodinamik* yang terus menerus selama 24 jam. Penggunaan alat-alat diruang ICU sangat diperlukan dalam rangka memperoleh hasil yang optimal. Pasien di ICU dalam keadaan sakit kritis, kehilangan kesadaran atau mengalami kelumpuhan, sehingga segala sesuatu

yang terjadi pada pasien hanya dapat diketahui melalui monitoring yang baik dan teratur. Perubahan yang terjadi harus dianalisis secara cermat untuk mendapatkan tindakan atau pengobatan yang tepat.

Kecemasan terjadi sebagai proses respon emosional ketika pasien atau keluarga merasakan ketakutan, kemudian akan diikuti oleh beberapa tanda dan gejala seperti ketegangan, ketakutan, kecemasan dan kewaspadaan Townsend, 2014 (dalam Pratiwi & Dewi 2016). Sedangkan menurut Videbeck, 2010 dalam Pratiwi & Dewi (2016) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan respon terhadap rangsangan internal atau eksternal yang melibatkan kognisi yang muncul dalam gejala fisik dan perilaku.

Pemberian perawatan di ICU telah berpusat pada pasien dan kurang memperhatikan kebutuhan keluarga, penerimaan pasien ke ICU sering akut, transisi non elektif memunculkan ketidakpastian bagi pasien serta keluarga pasien. Paling sering kebutuhan fisiologis pasien menjadi keprihatinan bagi dokter perawatan kritis, memperhatikan kebutuhan sakit kritis penting selama episode penyakit kritis, namun mengatasi kebutuhan psikologis keluarga pasien pada awal penyakit kritis juga harus diperhatikan (Ronald, 2010).

Keadaan dari penyakit kritis menghadapkan keluarga pasien ke tingkat tinggi dari tekanan psikologis. Gejala tekanan psikologis mempengaruhi lebih dari setengah dari anggota keluarga terkena penyakit kritis pasien. Proporsi anggota keluarga mengalami tekanan psikologis yang berat dari penyakit kritis akan terus meningkat, sejalan dengan meningkatnya angka pasien yang dirawat di unit perawatan intensif untuk penggunaan alat bantu nafas yang

berkepanjangan. Pemakaian alat bantu nafas pada pasien kritis yang berkepanjangan membutuhkan sumber daya kesehatan yang sangat besar (Ronald, 2010).

Unit perawatan intensif menjadi tempat yang menantang bagi anggota keluarga pasien, terutama jika salah satu dari anggota keluarga mengalami peningkatan resiko untuk kematian, sakit kritis akut, pasien terbius, beberapa tindakan yang kompleks, meninggalkan pasien serta tidak dapat berpartisipasi dalam perawatan. Akibatnya banyak anggota keluarga mengalami gejala psikologis selama perawatan ICU. Pengalaman yang sering dilaporkan adalah traumatik stress, kecemasan dan depresi (Puntillo, McAdam, Fontaine, & White, 2012).

Kecemasan dapat menjadi sumber masalah klinis jika sudah sampai tingkat ketegangan yang sedemikian rupa sehingga mempengaruhi kemampuan berfungsinya seseorang dalam kehidupan sehari-hari, karena orang tersebut jatuh kedalam kondisi maladaptive yang dicirikan reaksi fisik dan psikologis ekstrem. Pengalaman yang menegangkan, irasional dan tidak dapat diatasi ini merupakan dasar gangguan kecemasan. Sekitar 28% orang Amerika Serikat sepanjang hidupnya mengalami kecemasan (Halgin & Whitbourne, 2010).

Rumah sakit dokter Soeradji Tirtonegoro merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Tipe B Pendidikan, total kapasitas tempat tidurnya 388 tempat tidur, kapasitas ruang ICU 8 tempat tidur, sumber daya manusia yang dimiliki 3 dokter spesialis anastesi dan dokter pendukung, 18 perawat dibantu 1 tenaga

administrasi dan 1 pramuhusada. Bulan Januari – Desember 2014, pasien yang di rawat diruang ICU 829 pasien dan meninggal 203 pasien (25%), tahun 2015 Januari - Desember pasien yang dirawat diruang 1232 pasien dan meninggal 393 (31%). (Bagian Rekam Medik Rumah Sakit dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten). Tahun 2016 bulan Januari 10 besar penyakit yang masuk ICU antara lain *Post Laparatomy* 17 (23,61%), *Post Laminectomy* 8 (11,10%), *Post Craniotomy* 6 (8,30%), *CKD* 5 (6,94%), *Sepsis* 5 (6,94%), *Stemi* 5 (6,94%), *Post SC PEB* 4 (5,55%), *KAD* 4 (5,55%), *Pneumonia* 4 (5,55%), *CHF* 4 (5,55%).

Berbagai artikel mengemukakan bahwa keluarga dengan anggota keluarga yang mempunyai penyakit kritis menanggung beban perawatan yang tinggi, hal ini dapat berdampak pada kecemasan. Anggota keluarga pasien sakit kritis mengalami tingkat kecemasan tinggi situasional dan stress ketika orang-orang tercinta yang dirawat di ruang rawat intensive (ICU). Beberapa faktor yang berhubungan stress ini, kecemasan situasional muncul dari kekawatiran tentang penderitaan dan kematian pasien akan datang, kekawatiran tentang prosedur, komplikasi dan peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien (Smith & Custard, 2014).

Pasien dan anggota keluarga menjalani pengalaman berbeda dalam menderita gangguan emosional selama tinggal di ICU dan setelah keluar ICU. Kecemasan, depresi dan gangguan stress paska trauma lebih tinggi pada anggota keluarga dari pada pasien, selanjutnya gejala-gejala ini pada anggota keluarga bertahan tiga bulan, sementara menurun pada pasien. Selamat dari

Unit Perawatan Intensif mungkin mengalami tekanan psikologis untuk waktu yang lama, biasanya pasien dan anggota keluarga menderita gejala kecemasan, depresi dan stres paska trauma (Fumis, Ranzani, Martins, & Schettino, 2015).

Hadir dengan kritis, kondisi tidak stabil pasien membutuhkan perawatan intensif sering didahulukan dari pada gejala psikologis yang dialami keluarga mereka. Mengatasi masalah psikologis ini tetap merupakan bagian integral dari pendekatan perawatan kritis yang komprehensif, anggota keluarga memainkan peran penting dalam mempromosikan kesejahteraan psikologis dari kondisi pasien kritis. Kehadiran dan kepedulian keluarga, interaksi yang bermakna dan kolaborasi dengan tim perawatan dapat membantu pasien selama perawatan di ICU. Dengan demikian merupakan tanggung jawab penting dari perawat adalah untuk mengatasi kebutuhan dan keprihatinan anggota keluarga selama di ICU (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan wawancara pada bulan Mei 2016 terhadap 2 orang keluarga pasien yang menunggu di ruang ICU Rumah Sakit Soeradji Tirtonegoro yaitu pasien yang didiagnosa post *SC PEB* mengatakan ada perasaan was was, sedih, tegang dan khawatir. Keluarga pasien yang kedua adalah dengan diagnosa post *Laparatomy Eksplorasi* oleh karena kecelakaan mengatakan merasa kaget dan khawatir oleh karena harus menjalani operasi serta perawatan di ruang ICU. Berdasarkan gambaran tersebut dimungkinkan adanya kecemasan pada keluarga dengan anggota keluarga yang mendapatkan perawatan di ruang ICU.

Menurut pengamatan peneliti selama bekerja diruang ICU Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro dari tahun 2000- 2015 menunjukkan bahwa keluarga pasien sering timbul perasaan khawatir yang diekspresikan seperti studi pendahuluan diatas.

B. Rumusan Masalah

Ada beberapa teori atau konsep yang menyatakan bahwa keluarga dengan anggota keluarganya yang bepenyakit kritis dan mendapatkan perawatan diruang ICU dapat menimbulkan kecemasan. Fakta membuktikan bahwa gambaran- gambaran kecemasan tersebut ditampakan oleh keluarga, namun belum bisa dilihat seberapa jauh gambaran kecemasan yang terdapat pada keluarga tersebut.

Oleh karena itu penting untuk diteliti gambaran kecemasan keluarga pasien yang anggota keluarganya mendapat perawatan diruang ICU Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kecemasan keluarga pasien yang anggota keluarganya dirawat di ruang ICU RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik personal keluarga pasein yang sedang menunggu anggota keluarganya mendapat perawatan diruang ICU.

- b. Untuk mengetahui kecemasan respon adaptif maladaptif fisiologis responden.
- c. Untuk mengetahui kecemasan respon adaptif maladaptif psikologis responden.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pemahaman dalam bidang keperawatan mengenai kecemasan keluarga pasien saat anggota keluarganya di rawat di ruang ICU.

b. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber bacaan di bidang keperawatan serta acuan penelitian lebih lanjut.

c. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dan acuan untuk penelitian lebih lanjut sehingga dapat menghasilkan penelitian yang bermanfaat.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam penilaian tingkat kecemasan keluarga pasien saat anggota keluarganya di rawat diruang ICU RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini belum pernah dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, akan tetapi ada beberapa penelitian yang hampir sama dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, diantaranya adalah:

1. Astutik W.S (2008) melakukan penelitian dengan judul “*Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kecemasan Keluarga Pasien dalam Menghadapi Perawatan di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Unit Swadana Pare*”. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*, populasi diambil dari keluarga pasien dengan total sample 30 responden, pengumpulan data dengan menggunakan skala HARS, pengolahan data dilakukan dengan tehnik editing, coding dan scoring serta analisis yang dilakukan dengan menggunakan uji gamma dengan $\alpha = 0,05$.
2. Ismail T (2015) melakukan penelitian “*Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan ICU-ICCU terhadap Kecemasan Keluarga Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soehadi Prijonegoro Sragen*”. Penelitian ini desainnya adalah ekperimental one group pre post test design. Populasinya adalah keluarga pasien yang dirawat diruang ICU-ICCU dengan tehnik sampling yang digunakan purposive sampling dengan responden 30 keluarga. Hasil penelitian sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tingkat kecemasan sedang 66,7% dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tingkat kecemasannya 50%. Terdapat pengaruh signifikan antara pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien ICU-ICCU terhadap tingkat kecemasan yang dialami keluarga pasien.

3. Sugiyanto B (2014) melakukan penelitian dengan judul “*Pengaruh Konseling spiritual Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien yang dirawat di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta*”. Penelitian ini menggunakan metode eksperimen semu (*quasi experimen*) dengan pendekatan one group pre and post test design, populasinya adalah keluarga pasien yang dirawat ICU RSUD Sleman dengan jumlah sampel 20 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*). Analisisnya dengan uji *Wilcoxon dan Mann-Whitney Test*. Hasilnya setelah dilakukan konseling spiritual tingkat kecemasan keluarga menjadi tingkat sedang.
4. Gunawan (2015), melakukan penelitian dengan judul “*Hubungan Komunikasi Terapeutik Verbal dan Non Verbal Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pada Instalasi Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus*”. Jenis penelitiannya adalah deskriptif dengan pendekatan Cross-Sectional. Sampel sebanyak 37 orang anggota keluarga yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif. Pengambilan sampel menggunakan teknik consecutive sampling. Instrumen komunikasi perawat dan kecemasan menggunakan kuisisioner. Uji hipotesis penelitian menggunakan uji korelasi Chi-Square. Analisis dengan menggunakan Chi Square menunjukkan Person Chi Square adalah 7,565 lebih besar dari Chi Square tabel dengan df 2 $\alpha=0,05$ sebesar 5,591. Dan terlihat pada kolom Asymp adalah $0,023 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada

hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensive.

Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:

1. Variabel pada penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu kecemasan keluarga pasien, sedangkan pada penelitian terdahulu variabel independennya: Tingkat pendidikan, konseling spiritual, pendidikan kesehatan, komunikasi terapeutik verbal dan non verbal. Variabel dependennya: Kecemasan dan tingkat kecemasan.
2. Desain penelitian: Deskriptif analisis, sedang pada penelitian terdahulu menggunakan korelasi, *quasi dan experimental one group pre post test*.
3. Subyek penelitian: Keluarga pasien diruang ICU, sedang penelitian terdahulu keluarga pasien diruang ICU-ICCU.
4. Analisa penelitian univariat dengan menggunakan tendensi sentral.