

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

High Care Unit (HCU) merupakan area khusus pada sebuah rumah sakit dimana pasien yang mengalami sakit kritis atau cedera memperoleh pelayanan medis, dan keperawatan secara khusus (Pardede et al., 2020). Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1778/Menkes/ SK/XII/ 2010 mendefinisikan HCU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus pula yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit- penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa (I. P. Sari et al., 2017).

Setiap tahun prevalensi pasien kritis di HCU mengalami peningkatan. Tercatat bahwa dari 100.000 penduduk, 9.8-24.6% diantaranya pasien sakit kritis dan mendapat perawatan di HCU dan HCU (Indriani, 2022). Ventilator mekanik merupakan salah satu aspek yang penting dan banyak digunakan bagi perawatan pasien yang kritis di HCU dengan penggunaan di Amerika Serikat mencapai 1,5 juta pertahun (Rista et al., 2018). Di Indonesia jumlah pasien kritis yang terpasang ventilator menempati dua per tiga dari seluruh pasien HCU di Indonesia (Saraswati et al., 2020). Dirumah sakit Pusat Jantung Nasional Harapan Kita dari 01 Oktober 2020 – 16 Oktober 2022 total yang dirawat di HCU adalah 2800 pasien, dan diagnosa penyakit terbanyak dari bulan Januari 2021 – Desember 2022 adalah CHF (data Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita).

HCU mempunyai 2 fungsi utama: yang pertama adalah untuk melakukan perawatan pada pasien gawat darurat dengan potensi “*reversible life-threatening organ dysfunction*”, yang kedua adalah untuk mendukung organ vital pada pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks elektif atau prosedur intervensi dan resiko tinggi untuk fungsi vital (Susilowati, 2018a).

Dalam pengamatan peneliti perawatan diruang HCU dan HCU / Intermediate Ward Medical (IWM) RS PJNHK menggunakan alat-alat canggih dan mahal yang asing bagi pasien maupun keluarga, kemudian peraturan di HCU dan HCU juga cenderung ketat, keluarga tidak boleh menunggu pasien secara terus menerus serta memiliki batasan waktu tertentu untuk berkunjung. Ruang IWM berada di Gedung 1 lantai 3. Di ruangan ini kondisi pasien termonitor 24 jam dengan bed side monitor yang terkoneksi dengan sentral monitor di *nurse station*. *Total bed pasien kriteria IWM adalah sebanyak 40 bed dan setiap ruang pasien ada nurse station-nya. IWM memiliki ruang tunggu dan selama pandemi covid19, ruang ini hanya bisa digunakan dari jam 07.00 WIB – 20.00 WIB.*

HCU (High Care Unit) adalah pelayanan medik pasien dengan kebutuhan memerlukan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat (Elias et al., 2013a). HCU adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian (Elias et al., 2013a). Perbedaan ICU dengan HCU hanya pada alat bantu pernapasan atau ventilator yang terdapat di ruang HCU dan tidak terdapat di ruang HCU (Elias et al., 2013a). Pasien yang dirawat dalam ruangan HCU dan HCU tidak hanya membutuhkan teknologi dan terapi tetapi juga memerlukan perawatan humanistik dari

keluarganya, sehingga keluarga juga harus mengetahui keadaan pasien setiap waktu (Potter & Perry, 2009). Reaksi anggota keluarga berupa cemas akan semakin meningkat karena dalam perawatan pasien HCU itu dilakukan secara terus menerus pada fungsi sistem vital pada pasien dengan menggunakan peralatan canggih, rumit, dan asing yang belum pernah mereka lihat sebelumnya, karena mereka beranggapan bahwa keluarga yang sakit serius bahkan mungkin sekarat (Elias et al., 2013a).

Perawatan HCU diperuntukan untuk perawatan dan mendukung organ vital, pasien yang berada dalam keadaan kritis yang dirawat di ruang HCU, akan tetapi menimbulkan dampak fisik dan psikologis bagi pasien dan keluarga. Dampak fisik dapat berupa gangguan tidur, kelelahan dan gangguan kesehatan bagi keluarga dan pasien. Lingkungan fisik tempat seseorang tidur berpengaruh penting pada kemampuan untuk tertidur dan tetap tidur. Ruangan yang lebih banyak penghuninya dan suasana kurang tenang menyebabkan seseorang menjadi lebih sulit untuk tidur. Hasil penelitian menyatakan bahwa anggota keluarga mempunyai resiko tinggi untuk mengalami kesulitan tidur selama masa hospitalisasi karena seringnya ada gangguan-gangguan yang dapat menurunkan kuantitas atau kualitas tidur (Yosiana, 2012).

Kondisi fisik keluarga pasien yang tidak stabil, juga membuat mereka rentan terhadap resiko gangguan psikologis seperti stress, kecemasan, gangguan mental hingga depresi. Hasil penelitian mengemukakan bahwa gangguan fisik itu terjadi pada 98 responden di Kanada, yaitu berupa faktor yang berkontribusi terhadap kurang tidur keluarga dalam menunggu pasien di HCU adalah kecemasan sedang (43,6%), ketegangan (28,7%) dan ketakutan (24,5%) (Yosiana, 2012).

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 (Yosiana, 2012). Selain dari itu, keadaan penyakit kritis menghadapkan keluarga pasien terhadap tekanan psikologis. Gejala tekanan psikologis mempengaruhi lebih dari setengah dari anggota keluarga pasien kritis. 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 (Yosiana, 2012). Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh (Sugiyanto, 2014) bahwa Tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang HCU sebagian besar tingkat panik (70%) di HCU RSUD Sleman. Gufron (2019) juga meneliti hal yang sama bahwa tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang HCU RSUD dr Soebandi Jember adalah tingkat berat sekali 11 (36%), berat 12 (40%), sedang 3 (10%), ringan 2 (7%) dan normal 2 (7%).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan baik pasien dan keluarga adalah terapi music, konseling spiritual, relaksasi, tehnik nafas dalam dan intervensi yang berbasis pada *family-centered care (FCC)*. FCC adalah sebuah pendekatan untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan. Hal ini didirikan pada memahami bahwa keluarga memainkan peran penting dalam memastikan kesehatan dan kesejahteraan pasien dari segala usia (Yugistyowati & Santoso, 2018). Dalam dalam konsep FCC, pasien dan keluarga menentukan bagaimana mereka akan berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan. FCC sebagai standar praktik yang dapat menghasilkan pelayanan berkualitas tinggi (Yugistyowati & Santoso, 2018).

Bentuk intervensi dari FCC adalah *Dignity and Respect, Participation, Collaboration, Sharing Information*. *Dignity and respect* adalah menghargai pasien dan keluarga sebagai makhluk holistic. *Participation and collaboration* adalah melibatkan keluarga dalam pengelolaan pasien. Dan *sharing information* adalah berbagi informasi tentang kondisi pasien kepada keluarga (Ma'u, 2020).

Keuntungan FCC sebagai filosofi dalam pemberi pelayanan dilaporkan dari berbagai literatur. Dalam praktek FCC, kehidupan pasien ditingkatkan dengan memfasilitasi proses yang adaptif pada pasien yang dirawat di rumah sakit dengan keluarganya. Komunikasi keluarga dan pemberi pelayanan akan meningkat, sehingga kepuasan terhadap pelayanan terbentuk dari keluarga yang lebih merasa percaya diri, dan kompeten dalam memberikan perawatan pada pasien. Meningkatkan *financial* dan hasil perawatan yang berkualitas juga merupakan keuntungan dari FCC dengan terhindarnya lebih banyak uang untuk pembayaran perawatan jika tercipta kolaborasi antara keluarga dan pemberi pelayanan dalam perawatan pasien. (Kusumaningrum, 2010a).

Hal ini didukung oleh hasil uji statistik dengan menggunakan Paired t-test menunjukkan bahwa rata-rata stres sebelum dan sesudah diberi perlakuan mengalami penurunan yaitu dari 66,11 menjadi 47,83, dilihat dari uji statistik t hitung $>$ t tabel ($11,219 > 2,03$) dan p value ($0,000 < 0,05$), maka H1 diterima yaitu menunjukkan bahwa ada pengaruh penerapan metode FCC terhadap pasien anak dengan stress hospitalisasi di Puskesmas Prajekan Bondowoso (Hadi et al., 2020). Selain itu terdapat 815 artikel yang diidentifikasi dan dipublikasi dari tahun 2017- 2022 dan dari 815 artikel, terdapat 4 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan lulus uji JBI yang menunjukkan bahwa pendampingan orang tua berbasis FCC berpengaruh terhadap tingkat kecemasan anak usia prasekolah yang akan menjalani operasi. Didukung dengan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan salah satu alat ukur tingkat kecemasan yaitu Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (MYPAS) (W. A. Sari et al., 2022). Dari hasil penelitian lain yaitu adanya Pengaruh Penerapan FCC Terhadap Kejadian Trauma Pemasangan Infuse Pada Anak di Paviliun Melati RSUD Dr. H Koesnadi Bondowos Tahun 2021, sedangkan arah hubungan adalah positif karena nilai r positif, berarti semakin baik penerapan *Family Centered Care* maka semakin ringan Kejadian Trauma Pemasangan Infuse Pada Anak (E. N. E. Lestari et al., 2022). Dari hasil penelitian lain yang kesimpulannya adalah terdapat hubungan antara penerapan family centered care dengan tingkat tingkat kecemasan anak prasekolah yang dirawat di ruangan Cempaka RS Bhayangkara Kupang dengan nilai p value $0,01 < 0,05$ menurut (Ma'u, 2020).

Gap penelitian ini mengacu pada penelitian (Hadi et al., 2020), penelitian (W. A. Sari et al., 2022), dan penelitian (Lestari et al., 2022) serta penelitian oleh Ma'u (Ma'u, 2020). Penelitian mereka berfokus pada penerapan FCC terhadap anak, sedangkan pada pasien dewasa di ruang HCU atau HCU tidak ada. Oleh karena itu berdasarkan uraian tersebut peneliti ingin melakukan FCC tentang kondisi pasien yang dimana akan mengatasi kecemasan keluarga di ruang HCU.

1.2. Pertanyaan Penelitian

- 1.2.1. Bagaimanakah karakteristik pasien dan keluarga pasien yang dirawat di HCU?
- 1.2.2. Bagaimanakah kecemasan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi?
- 1.2.3. Bagaimanakah kecemasan keluarga sesudah dilakukan intervensi?

1.2.4. Bagaimanakah perbandingan kecemasan keluarga antara sebelum dan sesudah intervensi?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh penerapan FCC terhadap tugas keluarga, fungsi keluarga, kecemasan dan kepuasan keluarga pasien di HCU.

1.3.2. Tujuan khusus

1.3.2.1. Mengidentifikasi karakteristik pasien dan keluarga pasien yang dirawat di HCU.

1.3.2.2. Mengidentifikasi kecemasan keluarga pasien sebelum dilakukan intervensi.

1.3.2.3. Mengidentifikasi kecemasan keluarga pasien sesudah dilakukan intervensi.

1.3.2.4. Mengidentifikasi perbandingan kecemasan keluarga sebelum dan sesudah intervensi

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan data dasar bagi peneliti selanjutnya untuk melanjutkan atau memodifikasi penelitian ini.

1.4.2. Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dalam penyusunan kurikulum, silabus dan materi.

1.4.3. Praktisi

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi pengetahuan dan wawasan praktisi di rumah sakit serta dapat menjadi pertimbangan dalam penyusunan kebijakan pelayanan.