BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) merupakan area kegiatan medis yang dikondisikan dengan baik dan disesuaikan untuk merawat dan menanggulangi kondisi yang mengancam jiwa pasien dan kritis. Setiap pasien yang berada di ruang ICU memiliki SOFA *score* yang berbeda-beda tergantung kondisi pasien. SOFA *score* berguna untuk menilai disfungsi organ mengancam nyawa yang diakibatkan oleh disregulasi sistem imun penjamu terhadap infeksi. Khasnya ICU dibandingkan dengan area lain di rumah sakit adalah ICU ditujukan untuk observasi dan terapi pasien yang menderita penyakit mengancam nyawa dengan perawatan yang cepat, tepat dan cermat (Leininger dan McFarland, 2002), karena itu ICU harus aman secara holistik meliputi aspek bio, psiko, sosial spiritual dan budaya (Leininger dan McFarland, 2002).

Negara Eropa memiliki 4 model ICU diantaranya: ICU *athmosphere, physical spaces, family participation in care*, dan *equipment*. Model ICU yang digunakan di Eropa ini masih memiliki kelemahan yaitu tidak adanya *maditation room* untuk memenuhi layanan spiritual pasien. Sedangkan negara Indonesia sendiri memiliki model ICU yang sudah terstandar yaitu ICU primer, ICU sekunder dan ICU tersier, Ketiga model ICU ini memiliki kelemahan yaitu keluarga terbatas kontak dengan pasien sehingga tidak terbina komunikasi "normatif" antara pasien dengan keluarga (Marshal, 2016).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2011 menyatakan bahwa masih banyak ditemukan keluhan tentang ketidakpuasaan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Sebanyak 67% pasien mengeluh ketidakpuasaan dalam menerima pelayanan keperawatan di rumah sakit yang ada di Indonesia. Data survey kepuasa pasien tahun 2013 mengenai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di *Intensif Care Unit* sebesar 71,25% dengan standar IKM > 90% (Profil RSPM, 2015).

Kualitas pelayanan ICU belum dapat dikatakan komprehensif, karena kualitas pelayanan di ruang ICU tidak hanya dinilai dari segi pasien saja, tetapi juga dinilai dari segi medik, penunjang dan keluarga. Seringkali tingkat keparahan penyakit dan kondisi pasien yang *tersedasi* atau tidak sadar, pasien tidak bisa membuat keputusan yang berkaitan dengan perawatan mereka sendiri (Rab, 2007). Sebanyak 98% pasien di ICU *tersedasi*, mereka mengkomsumsi obat *analgesik* kuat *opioid* yang mempengaruhi tingkat kesadaran. Hal tersebut menyebabkan pasien tidak bisa di wawancara, sehingga dalam menentukan kepuasan pelayanan dapat dilakukan oleh pihak keluarga pasien. Kepuasan diukur melalui persepsi anggota keluarga, apakah pasien menerima perawatan yang berkualitas tinggi terlepas dari hasil klinis (Lam & Heyland, 2015).

Berdasarkan data yang didapatkan peneliti, pada tahun 2017 kepuasan pelanggan ICU di RSUP M. Djamil terhadap kualitas pelayanan di ICU sebesar 84,57%, pada tahun 2018 meningkat menjadi 86,54%, sementara tahun 2019 menjadi 88,62%. Walaupun terjadi peningkatan, angka kepuasan belum mencapai target dari kepuasan pelanggan di RSUP M. Djamil, yaitu diatas 95%. Selain itu, peneliti juga mendapatkan data bahwa tingkat kepatuhan perilaku interaksi pelayanan di RSUP Dr. M.Djamil sebesar 65%, dimana berdasarkan jenis pelayanan perawat didapatkan nilai kepatuhan sebesar 53% dan informasi 43% (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan data yang didapat Peneliti, walaupun kepuasan pelayanan di ICU RSUP Dr. M. Djamil sudah meningkat setiap tahunnya, namun dalam kotak saran terhadap pasien ICU peneliti menemukan 23 keluhan dari anggota keluarga pasien, diantaranya: satu orang keluarga pasien mengeluhkan kunjungan keluarga ke ruang ICU yang dibatasi, tidak bebas dan hanya sewaktu-waktu saja. Anggota Keluarga memiliki aspirasi untuk dapat dilibatkan selama asuhan keperawatan rutin dalam kegiatan seperti memberi makan pasien atau mengoleskan lotion ke tubuh orang yang mereka cintai. Dua belas orang keluarga pasien mengeluhkan tentang ketidakjelasan informasi mengenai kondisi pasien. sepuluh orang keluarga pasien mengeluhkan tentang tidak tersedianya fasilitas ibadah dan jamban keluarga disekitar ruang ICU. Apabila kebutuhan dekat dengan pasien terpenuhi maka kebutuhan informasi mengenai kondisi pasien juga akan terpenuhi, sehingga

keluarga dapat mengetahui keseluruhan kondisi klinis pasien dan paham tindakan apa yang harus dilakukan (RSUP M. Djamil, 2021). Dari hasil survey awal yang dilakukan, peneliti menyimpulkan bahwa model *Patien Center Care* yang diterapkan di RSUP M. Djamil kurang sesuai dengan aspirasi anggota keluarga dan kebutuhan anggota keluarga.

Kebijakan kunjungan rumah sakit bertujuan untuk memaksimalkan perawatan pada pasien dalam kondisi kritis. Kebijakan waktu berkunjung terdiri dari 2 jenis yaitu kebijakan waktu kunjung terbuka dan kebijakan waktu berkunjung tertutup (Ramnath, R. 2007). Kelebihan waktu berkunjung terbuka, pasien dapat didampingi oleh keluarga dan mendapatkan motivasi dari orang-orang terdekatnya. Namun kekurangannya, pasien dapat dengan mudah mengalami risiko infeksi yang didapatkan dari pihak keluarga, sehingga hal ini dapat memperparah kondisi penyakit pasien (Farrell ME, Joseph DH & Barcott DS. 2005). Berbeda dengan kebijakan waktu tertutup yaitu dengan adanya pembatasan waktu beralasan karena kondisi setiap pasien sehingga harus dikelola secara individual dan menjaga kerahasiaan setiap pasien (Farrell ME, Joseph DH & Barcott DS. 2005). Berbeda halnya dengan pasien di ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang tidak boleh dikunjungi oleh pihak keluarga, karena dengan masuknya orang lain ke dalam ICU akan membawa virus-virus ke dalam ruang ICU yang mengakibatkan terkontaminasinya pasien terhadap virus tersebut, sehingga hal ini dapat memperburuk kondisi pasien selama di ICU.

Menurut penelitian Al Mutair et all (2013) ditemukan bahwa dimasukkannya anggota keluarga dalam perawatan pasien ICU dapat memberikan kepuasan dan jaminan emosional yang memberdayakan dan mendukung pasien ICU dan anggota keluarganya. Schiller dan Anderson (2003) juga mengeksplorasi persepsi perawat ICU tentang keterlibatan keluarga, bahwa perawat di sini menunjukkan kepuasan dengan partisipasi keluarga yang memudahkan komunikasi dan memfasilitasi hubungan yang lebih positif dengan keluarga. Penelitian lain di Swedia menemukan perawat menganggap anggota keluarga penting dalam perawatan yang diberikan kepada pasien, dan upaya untuk melibatkan mereka dalam penyediaan perawatan berhasil (Soderstrom dkk. 2003).

Kepuasan anggota keluarga dipengaruhi oleh pemenuhan kebutuhan keluarga. Sejalan dengan hasil penelitian Zouka (2014) yang menyebutkan bahwa kepuasaan keluarga pasien dipengaruhi 89% oleh pemenuhan kebutuhan informasi, 81% oleh perhatian dan kepedulian serta manajemen pasien, 73% oleh keikutsertaan keluarga dalam pengambilan keputusan, 47% oleh suasana di ruang tunggu, 28% oleh frekuensi komunikasi dan 6% oleh dukungan emosional. Selain itu, penelitian Saputra dan Utami (2015) di rumah sakit Semarang menyimpulkan bahwa kebutuhan jaminan pelayanan dianggap paling penting oleh sebagian besar responden (96,3%), kebutuhan dekat dengan pasien (86,4%), kebutuhan rasa nyaman (85,5%), kebutuhan akan informasi (79,8%) dan kebutuhan dukungan mental (72,3%). Dari hasil penelitian tesebut dapat dilihat bahwa yang paling dibutuhkan keluarga adalah kebutuhan informasi, kebutuhan dekat dengan pasien dan kebutuhan rasa nyaman (AS Al Mutair. 2013).

Salah satu kriteria penting kualitas pelayanan ICU adalah komunikasi. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1778 Tahun 2010, mengenai Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit, menyatakan sebelum dimasukkan ke ICU, pasien ataupun anggota keluarga pasien harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU, serta tindakan kedokteran yang akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU (Kepmenkes, 2010).

Selain itu, tidak terpenuhinya kebutuhan anggota keluarga pasien dalam model ICU isolasi pasien sering menimbulkan konflik antara anggota keluarga dengan petugas ICU. Konflik antar personal yang timbul akibat dari kebudayaan. Masyarakat Indonesia menganut kebudayaan kebersamaan, kekeluargaan, gotong royong, saling membantu, dan ramah tamah. Orang Indonesia sangat senang kalau dekat dengan anggota keluarga dalam keadaan sulit. Hubungan kuat kekeluargaan tersebut mempengaruhi pengambilan keputusan terhadap pasien (Agus, 2006).

Berdasarkan data di atas peneliti menyimpulkan masih terdapat keluarga yang merasa tidak senang dan tidak puas terhadap pelayanan di ICU rumah sakit dikarenakan keluarga berharap dapat masuk kedalam ruangan ICU untuk melihat pasien secara langsung agar bisa memberikan dukungan dan motivasi kepada Pasien. Untuk mengatasi masalah tersebut peneliti menerapkan model EMIL

(Enjoy, Mutu, Informatif dan Layanan Siritual) yang dimodifikasi dari model ICU *family participation in care*. Model EMIL merupakan suatu model yang bersifat *family participant* dimana keluarga pasien diizinkan untuk memasuki ruang ICU. Keluarga diberikan kenyamanan, informasi dan dipenuhi layanan spiritual baik untuk pasien ataupun untuk keluarga pasien. Sehingga dengan adanya pemberian rasa nyaman, informasi dan pemenuhan layanan spiritual dapat meningkatkan mutu kualitas pelayanan di rumah sakit. Peneliti akan melakukan intervensi kepada pihak keluarga pasien dengan melihat faktor-faktor diantaranya rasa nyaman, informasi dan layanan spiritual yang berhubungan dengan *cultural competence* pada perawatan di ICU sehingga dengan adanya penelitian ini, peneliti berharap terjadinya peningkatan kualitas pelayanan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah di atas, dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana mengidentifikasi masalah-masalah yang ditimbulkan akibat perawatan pasien di ICU yang dihubungkan dengan kepuasan keluarga pasien (pelanggan)?
2. Bagaimana gambaran defenitif variabel-variabel yang didapatkan (rasa nyaman, informasi, layanan spiritual) yang dihubungkan dengan mutu dan kepuasan pelanggan?
3. Bagaimana pengaruh model ICU ramah keluarga berbasis kultural kompeten terhadap kualitas pelayanan di ICU?
4. Bagaimana kelayak terapan model ICU ramah keluarga berbasis kultural kompeten untuk meningkatkan kualitas pelayanan di ICU?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh model ICU ramah keluarga berbasis kultural kompeten terhadap kepuasan pelayanan ICU di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi masalah-masalah yang ditimbulkan akibat perawatan pasien di ICU yang dihubungkan dengan kepuasan keluarga pasien (pelanggan)

2. Mengetahui gambaran defenitif variabel-variabel yang didapatkan (rasa nyaman, informasi, layanan spiritual) yang dihubungkan dengan mutu dan kepuasan pelanggan
3. Mengetahui pengaruh model ICU ramah keluarga berbasis kultural kompeten terhadap kepuasan pelayanan ICU.
4. Mengetahui kelayak terapan model ICU ramah keluarga berbasis kultural kompeten untuk kualitas pelayanan di ICU .

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Memberikan kontribusi terhadap ilmu pengetahuan yang berorientasi terhadap kualitas pelayanan dengan model EMIL.
2. Mengetahui pengaruh model ICU kultural kompeten terhadap kepuasan pelayanan di ICU
3. Hasil kajian ini dapat dijadikan bahan informasi bagi penelitian selanjutnya guna memperkaya khasanah ilmu pengetahuan mengenai model ICU kultural kompeten untuk meningkatkan kualitas pelayanan di ruang perawatan intensif.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini mendorong terciptanya alternatif kebijakan terkait program peningkatan pelayanan ruang perawatan intensif melalui faktor determinan yang diusulkan dalam penelitian ini.
2. Dapat merekomendasikan model ICU kultural kompeten yang berorientasi terhadap kualitas pelayanan menuju kepuasan keluarga pasien di RSUP Dr. M. Djamil Padang

1.4.3 Bagi Subjek

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatan kualitas pelayanan di ruang perawatan intensif, sehingga keluarga akan merasa lebih puas terhadap pelayanan yang diterima.

1.5 *Novelty*

Adapun *novelty* penelitian ini adalah:

1. Terciptanya model EMIL (*Enjoy*, Mutu, Informasi dan Layanan Spiritual).
2. Terciptanya modul ICU ramah keluarga berorientasi kualitas pelayanan dengan model EMIL (*Enjoy*, Mutu, Informasi dan Layanan Spiritual)

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK
KEDJAJAAN
BANGSA