

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1778/MENKES/SK/XII/2010, *Intensive Care Unit* (ICU) ialah bagian rumah sakit independen yang dibawah oleh direktur layanan, dengan pegawai dan peralatan khusus dengan tujuan mengamati, merawat, dan merawat pasien penderita penyakit, cedera atau kesulitan yang mengecam atau berpotensi mengancam jiwa dengan prognosis dubia (belum tentu / meragukan). ICU adalah sistem yang terstruktur dalam menyediakan perawatan medis bagi pasien dengan penyakit kritis yang dan keperawatan yang intensif dan spesifik terutama dalam mempertahankan kehidupan dari penyulit yang berpotensi mengancam jiwa (Marshall et al., 2017).

Indikasi pasien yang masuk ruang ICU menurut Kepmenkes No. 1778 Tahun 2010 diantaranya yaitu untuk memenuhi kebutuhan perawatan bagi pasien kritis. Istilah penyakit kritis kronis/ *Chronic critical illness* (CCI) digunakan untuk merujuk pada pasien dengan ketergantungan yang berkepanjangan (misalnya,  $\geq 3$  hari) pada ventilasi mekanis (Nelson et al., 2010).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO, 2016 dalam Yusuf & Rahman, 2019), setiap tahun prevalensi pasien kritis di ICU mengalami peningkatan. Tercatat bahwa dari 100.000 penduduk, 9.8 -24.6%

diantaranya pasien sakit kritis dan mendapat perawatan di ICU. Selain itu juga terdapat peningkatan angka kematian sebanyak 1,1 -7,4 juta orang di dunia akibat penyakit kritis dan kronis (Yusuf & Rahman, 2019).

Hasil klinis yang buruk dari pasien berpotensi mempengaruhi kondisi psikologis anggota keluarga, dan beberapa laporan menyebutkan bahwa anggota keluarga pasien kritis berisiko mengalami gejala distress psikologis (Hickman & Douglas, 2010). Distress ialah keadaan subjektif yang ofensif, yang bentuk utamanya yaitu depresi dan ansietas (Mirowsky & Ross, 2003). Berbagai macam stressor dapat timbul dari pihak keluarga yang mendampingi pasien, seperti perasaan takut pasien meninggal, ketidakpastian, pembayaran biaya rumah sakit, sentimental, situasi ataupun keputusan antara hidup dan mati, ketidakberdayaan untuk mendampingi anggota keluarga yang sakit yang disebabkan karena peraturan ICU yang ketat diruang serta merasa asing terhadap lingkungan ICU (Retnaningsih et al., 2017).

Anggota keluarga pasien memiliki peran utama dalam mendukung pasien untuk mendapatkan respon pengobatan terbaik. Namun, ketika tingkat kecemasan dan depresi keluarga terlalu tinggi, hal ini dapat berdampak pada tidak maksimalnya peran keluarga untuk mendukung pasien selama masa perawatan (Dawood et al., 2018). Kondisi psikologis tidak stabil meimbulkan kesulitan bagi keluarga dalam pengambilan keputusan yang terbaik terkait tindakan perawatan ataupun pengobatan yang akan dilakukan pada pasien (Ningsih, 2017).

Menurut Mcadam (2008, dalam Wardah, 2013) di area perawatan kritis terdapat peran keluarga diantaranya: 1) *active presence* atau kehadiran keluarga disamping pasien, 2) *Protector* atau pelindung pasien agar mendapatkan yang terbaik dalam perawatan, 3) *Facilitator* keluarga menjadi fasilitator antara pasien dengan perawat, 4) *Historian* atau pemberi informasi terdahulu terkait kesehatan pasien, 5) *Coaching* atau pemberi dukungan dan dorongan kepada pasien. Keterlibatan keluarga dibutuhkan dalam pelaksanaan fungsi perawatan keluarga terutama pada perawatan di rumah sakit (Wardah, 2013).

Sebuah penelitian dilakukan oleh Kourti (2015) mengenai gejala kecemasan dan depresi pada keluarga pasien ICU di Rumah Sakit Athena, Yunani. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebanyak 61,5% kasus kecemasan diidentifikasi serta 53,8% kasus depresi pada keluarga pasien yang mendapat perawatan di ruangan ICU (Kourti et al., 2015).

Hasil penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin (RSHS) Bandung memperlihatkan sebanyak 95% atau hampir semua keluarga mengalami stres yang sangat berat ketika menunggu pasien dirawat di General Intensive Care Unit. Banyaknya keluarga yang mengalami distress dipengaruhi oleh faktor informasi yang didapatkan keluarga tidak adekuat, biaya rumah sakit, lama hari rawat, serta terganggunya kegiatan keluarga selama masa rawat pasien di GICU RSHS Bandung (Farhan et al., 2014).

Informasi yang akurat dan dapat diandalkan sangat dibutuhkan oleh keluarga pasien di ICU, karena pasien yang masuk ICU benar-benar membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat (Kristiani & Dini, 2017).

Pemberian informasi pada keluarga pasien dapat dilakukan dengan mengkomunikasikan pada saat pertemuan petugas dengan keluarga. Empat tujuan utama dari komunikasi dengan keluarga di ICU yaitu meninjau fakta medis, membahas perspektif keluarga tentang apa yang diinginkan pasien, menyetujui rencana perawatan, menyetujui kriteria yang digunakan untuk menilai keberhasilan atau kegagalan rencana tersebut (Roper Hospital, 2011).

Dalam pertemuan dengan keluarga petugas menyampaikan informasi spesifik, seperti hasil dari prosedur diagnostik; untuk meninjau proyeksi dan rencana jangka pendek, seperti status pasien yang diharapkan dan rencana perawatan selanjutnya; atau untuk menetapkan tujuan perawatan secara keseluruhan yang realistis dan sesuai dengan penjelasan prognosis, nilai, dan preferensi pengobatan pasien. Hal lainnya dilakukan adalah memberikan dukungan emosional kepada keluarga (Gay et al., 2009).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi perawat dengan pasien atau keluarga pasien berdasarkan pada hubungan yang percaya dalam komunikasi. Komunikasi terapeutik adalah salah satu teknik/seni penyembuhan (Nasir et al., 2014). Ketika berkomunikasi dengan keluarga, perawat harus membangun rasa nyaman dan percaya pada keluarga yang merupakan dasar utama untuk komunikasi yang efektif (Priyoto, 2015).

Komunikasi petugas kesehatan - keluarga yang kurang baik dapat mengakibatkan anggota keluarga tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisi medis pasien, prognosis, dan keefektifan pengobatan, dan hal ini dapat menyebabkan ketidakpastian hingga kecemasan dan depresi pada



keluarga pasien (A. Adams et al., 2017; Mack et al., 2012). Ditambah lagi, pasien dengan penyakit kritis kronis biasanya tidak dapat mengkomunikasikan kebutuhan mereka sendiri, sehingga komunikasi terutama pengambilan keputusan medis biasanya melibatkan anggota keluarga dan petugas kesehatan di ICU (Nelson et al., 2010).

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Jo et al., (2019) di Korea didapatkan bahwa dari rentang 1-10, rata-rata kualitas komunikasi keluarga dengan dokter adalah 7,7 dan 7,9 untuk perawat. Dalam penelitian juga disebutkan bahwa kualitas komunikasi perawat mengenai preferensi pengobatan pasien dan keyakinan spiritual atau agama anggota keluarga dinilai sangat rendah. Lebih lanjut, sebanyak 76% dan 93% responden melaporkan bahwa dokter dan perawat tidak melakukan perilaku komunikasi sesuai dengan poin yang tertera dalam kusioner kualitas komunikasi petugas kesehatan (Jo et al., 2019).

Berdasarkan penelitian di Ruang ICU RS Adi Husada Kapasari ditemukan sebanyak 56,2% komunikasi perawat kurang baik serta sebanyak 29,8% dikategorikan baik berdasarkan persepsi keluarga pasien (Kristiani & Dini, 2017). Penelitian lainnya di ICU Rumah Sakit UNISMA didapatkan 46,7% komunikasi perawat kurang baik, kategori baik sebanyak 10% komunikasi dan terdapat 43,3% komunikasi tergolong sedang berdasarkan penilaian keluarga pasien (Rezki et al., 2017).

Komunikasi antara perawat dengan keluarga pasien ketika memberikan informasi terkait status kesehatan pasien yang kurang baik berpotensi besar

menimbulkan distres pada keluarga. Hal ini dapat dilihat dari penelitian oleh Riza (2019) yang didapatkan bahwa perawat dengan komunikasi kurang baik beresiko 10 kali menimbulkan kecemasan sedang pada keluarga pasien (Riza, 2019). Faktor yang mungkin menjadi penyebab adalah terhambatnya komunikasi antar anggota keluarga mengenai informasi dari perawat sehingga dapat menimbulkan kesalahpahaman pada keluarga pasien (Friedman, 2010). Semakin positif persepsi pasien dan keluarganya terhadap komunikasi terapeutik perawat semakin rendah tingkat kecemasan keluarga (Loriana et al., 2018).

Hasil penelitian Dawood (2018) mengungkapkan perawat sebagai pengasuh harus memiliki keterampilan komunikasi terutama untuk menangani situasi dengan anggota keluarga, karena mereka adalah peserta bersama dalam proses asuhan keperawatan. Dalam hasil penelitian ini ditunjukkan bahwa yang sangat dibutuhkan keluarga pasien selama perawatan pasien adalah mengakses informasi yang harus dikomunikasikan secara efektif oleh perawat yang akan membantu mengurangi kecemasan dan depresi pada keluarga pasien (Dawood et al., 2018).

RSUP Dr. M. Djamil adalah rumah sakit rujukan nasional di wilayah Sumatera Barat dan Sumatera bagian tengah. Di RSUP Dr. M. Djamil terdapat berbagai pelayanan diantaranya Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit (ICU)* yang berada di bawah Instalasi Anestesiologi dan Perawatan Intensif. ICU RSUP Dr. M. Djamil dengan kapasitas 7 tempat tidur dan memiliki beberapa aturan terkait pembatasan kunjungan, dengan kata lain kunjungan oleh keluarga tidak dapat dilakukan secara langsung kedalam

ruangan perawatan. Aturan ini dapat dikecualikan dalam kondisi tertentu seperti pada pasien terminal, keluarga akan diizinkan masuk kedalam ruang perawatan dengan pembatasan agar ruangan ICU tetap dalam kondisi steril. Pada awal pasien masuk, keluarga akan diberikan edukasi mengenai berbagai aturan, aturan terkait kunjungan, hak dan kewajiban keluarga serta edukasi terkait *hand hygiene* oleh perawat yang bertanggung jawab. Mekanisme komunikasi antara keluarga dengan perawat yaitu keluarga yang mewakili akan dipanggil oleh perawat dan mendapatkan penjelasan, edukasi serta informasi terkait kapan keluarga dapat berkomunikasi terkait prognosis dan informasi klinis pasien dari dokter.

Berdasarkan studi pendahuluan di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 18-19 Februari 2021, didapatkan bahwa 4 dari 5 orang anggota keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruangan ICU memiliki gejala kecemasan berupa perasaan cemas berlebihan, pusing, lemas, mudah khawatir, serta gejala depresi seperti merasa sedih, gelisah, nafsu makan menurun serta kesulitan untuk tidur. Gejala tersebut berkaitan dengan kondisi klien yang kritis, perubahan kondisi pasien yang terjadi secara tiba-tiba, perasaan takut kehilangan anggota keluarga, serta ketidakpastian terkait kondisi pasien karena keluarga tidak dapat mendampingi pasien secara langsung. Salah satu keluarga juga mengatakan terkadang mereka masih kurang memahami informasi yang disampaikan perawat dan terkadang ada perawat yang berbicara dengan tergesa-gesa sehingga ada perawat yang tidak memperkenalkan namanya terlebih dahulu dan tidak melakukan validasi diakhir komunikasi.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan 3 orang perawat ICU, didapatkan bahwa mereka terkadang memiliki kendala dalam berkomunikasi dengan keluarga pasien yang memiliki perbedaan bahasa antara perawat dan keluarga. Salah seorang perawat juga menyatakan bahwa kendala lainnya yaitu dalam situasi yang gawat seperti kondisi pasien memburuk secara tiba-tiba, perawat tidak memiliki waktu yang cukup untuk berkomunikasi dengan keluarga karena tuntutan pekerjaan perawat dalam pemantauan yang ketat terhadap pasien.

Berdasarkan pemaparan fenomena-fenomena di atas, peneliti ingin meneliti tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan distress psikologis keluarga pasien yang mendapat perawatan di unit perawatan intensif (ICU) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, didapatkan rumusan masalah penelitian yaitu ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan distress psikologis keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.



## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Diketuinya hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan distres psikologis yang dialami keluarga pasien ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran komunikasi terapeutik perawat dengan keluarga pasien yang dirawat di ruangan ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Diketuinya gambaran distres psikologis keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Diketuinya kekuatan dan arah hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan distres psikologis keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## D. Manfaat penelitian

### 1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian bisa dijadikan sumber informasi untuk tenaga kesehatan, dalam hal ini kepala ruangan dan tenaga keperawatan ICU RSUP Dr. M. Djamil terkait hubungan penerapan komunikasi terapeutik dengan distres psikologis keluarga pasien.

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan informasi bagi mahasiswa ataupun institusi pendidikan Fakultas Keperawatan dengan kompetensi berupa komunikasi terapeutik perawat di ICU dalam mengurangi tingkat distres psikologis keluarga pasien.

## 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi perbandingan serta tambahan data bagi peneliti dalam melakukan penelitian lebih lanjut terkait hubungan komunikasi terapeutik perawat dalam menurunkan distres psikologis pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.

