

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pelayanan intensif adalah pelayanan spesialis untuk pasien yang sedang mengalami keadaan yang mengancam jiwanya dan membutuhkan pelayanan yang komprehensif dan pemantauan terus-menerus. Pelayanan kritis atau intensif biasanya dilakukan pada *Intensive Care Unit* atau ICU. *Cardiovascular Care Unit* atau CVCU sebetulnya sama dengan ICU hanya saja CVCU di khususkan pada penyakit kardiovaskuler (Azmul haris & Halimuddin, 2017).

Ruang ICU merupakan ruang perawatan bagi pasien sakit kritis yang memerlukan intervensi segera untuk pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan memerlukan pengawasan yang konstan secara kontinyu serta juga dengan tindakan segera (KEMENKES, 2015). Di ruang ICU pasien kritis atau kehilangan kesadaran atau mengalami kelumpuhan sehingga segala sesuatu yang terjadi dalam diri pasien hanya dapat diketahui melalui monitoring yang baik dan teratur, karena setiap perubahan yang terjadi harus dianalisa secara cermat untuk mendapatkan tindakan yang cepat dan tepat. Penyakit atau kasus-kasus yang umum terjadi di *Intensif care Unit* (ICU) seperti gagal nafas, syok, sepsis, post operasi mayor, gagal multi organ, multipel trauma, cedera kepala, kegawatan obstetric, keracunan, penyakit-penyakit koroner akut, dan lain-lain (Sasono Mardiono, 2018).

Ruangan CVCU atau *Cardiovascular Care Unit* merupakan ruangan keperawatan rawat inap intensif yang melayani perawatan khusus Jantung dan pembuluh darah dengan diagnosa *Acute Coronary Syndrome* atau ACS, Edema paru akut, *congestive heart failure* atau CHF, Gangguan sistem konduksi jantung, dan penyakit lain yang mengganggu sistem kardiovaskuler. Kondisi kesehatan pasien yang dirawat di ruang intensif menyebabkan kecemasan pada keluarga (Zarei, Keyvan & Hashemizadeh, 2015).

Keluarga memiliki fungsi sebagai pemberi perawatan memiliki peran penting dalam merawat anggota keluarganya yang sedang sakit. Keadaan pasien yang terpasang alat-alat seperti ventilator, ECG atau *Electro Cardio Graph*, kateter dan alat lainnya yang terpasang pada tubuh pasien merupakan stressor terberat bagi keluarga pasien, karena keluarga akan berpikir tentang kondisi terminal yang akan dialami pasien. Sehingga kondisi kritis pasien akan menyebabkan kecemasan pada keluarga (Siti Amalia H, & Hasmila Sari, 2018).

Selain kondisi kritis pasien, terdapat hal lain yang menyebabkan kecemasan pada keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit adalah kurangnya informasi yang didapatkan oleh keluarga mengenai kondisi pasien yang menyebabkan keluarga mengalami ketakutan dan ditambah dengan berbagai stressor seperti kekhawatiran kemudian akan diikuti oleh beberapa tanda dan gejala seperti ketegangan, ketakutan, kecemasan dan kewaspadaan. Kecemasan ini muncul dari kekhawatiran tentang penderitaan dan kematian pasien, komplikasi serta peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien (Smith & Custard, 2014).

Keadaan cemas, stres dan depresi yang dialami oleh keluarga akan menyebabkan gangguan psikologis keluarga yang berakibat pada pengambilan keputusan yang tertunda sehingga asuhan keperawatan yang diberikan secara komprehensif dan holistik pada pasien tidak akan tercapai dengan baik (Miranti Florencia, 2017). Berbagai reaksi sering ditunjukkan oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga yang dirawat di unit perawatan intensif. Menurut penelitian yang dilakukan di RS. Bratanata Jambi, respon yang ditimbulkan oleh keluarga terdiri dari respon fisik yang meliputi kelelahan dan keluhan tubuh seperti gemetar dan keringat dingin, pusing dan sakit kepala, dada berdebar-debar dan susah tidur.

Kecemasan adalah sekelompok kondisi yang memberikan gambaran penting tentang kecemasan yang berlebihan, disertai respons perilaku, emosional dan fisiologis yang tidak nyaman, misalnya kesulitan berpikir logis, peningkatan aktivitas motorik, agitasi, dan peningkatan tanda-tanda vital (Muhammad Gufron dkk, 2019). Untuk mengurangi perasaan tidak nyaman, individu mencoba mengurangi tingkat ketidaknyaman tersebut dengan melakukan perilaku adaptif yang baru atau mekanisme pertahanan. Perilaku adaptif dapat menjadi hal yang positif dan membantu individu beradaptasi dan belajar, misalnya : menggunakan teknik imajinasi untuk memfokuskan kembali perhatian pada pemandangan yang indah, relaksasi tubuh secara berurutan dari kepala sampai jari kaki, dan pernafasan yang lambat dan teratur untuk mengurangi ketegangan otot dan tanda-tanda vital. Respons negatif terhadap kecemasan dapat menimbulkan perilaku

maladaptif, seperti sakit kepala akibat ketegangan, sindrom nyeri, dan respons terkait stress yang menimbulkan efisiensi imun (Stuart, 2013)

Amerika Serikat diperoleh dari 50 ribu orang yang anggota keluarganya dirawat, 30% mengalami kecemasan berat. Kecemasan tersebut disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu takut akan kecacatan (63%), takut kehilangan (21,3%), masalah sosial ekonomi (10,7%), takut akan hal yang tidak diketahui, dan kurangnya informasi (5%). Penelitian dari Kiptiyah & Mustikasari (2013) mendapatkan bahwa keluarga pasien yang berada di ruang tunggu sebagian besar mengalami kecemasan sedang (77,8 %), dan terdapat juga kecemasan berat (5,6%). Penelitian menunjukkan bahwa keluarga mengalami tekanan psikologis, kecemasan, stress karena perubahan hidup mereka, dan mengalami kesulitan dalam memutuskan perawatan yang diambil (Koukouli, Lambraki, Sigala, Alevizaki, & Stavropoulou, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO), pasien kritis di ICU prevalensinya meningkat setiap tahunnya. Tercatat 9.8-24.6% pasien sakit kritis dan dirawat di ICU per 100.000 penduduk, serta kematian akibat penyakit kritis hingga kronik di dunia meningkat sebanyak 1,1 -7,4 juta orang (WHO, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Ananda & Muhammad Rizki (2017) terdapat 46 pasien (86.8%) meninggal dan 7 pasien (13.2%) hidup.

Di ruang CVCU menurut data World Health Organization (WHO), menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23,3 juta penderita yang meninggal tahun 2020, dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun

dengan gangguan kardiovaskuler. Indonesia menempati nomor empat Negara dengan jumlah kematian akibat penyakit kardiovaskuler, (WHO, 2013). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang.

Berdasarkan RISKESDAS (2018), prevalensi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 2,2%, dan jumlah penderita paling sedikit berada di NTT sebanyak 0,7%. Penderita penyakit jantung menurut prevalensi yaitu perempuan sebanyak 1,6% dan laki-laki sebanyak 1,3%.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk menelaah jurnal yang berhubungan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU dan CVCU.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah di uraikan di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang ICU dan CVCU ? ”

1.3 Tujuan

Tujuan dari Literatur review ini untuk menganalisis dan mensintesis bukti/literatur tentang tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU dan CVCU

1.4 Manfaat Penelitian

Studi Literatur ini diharapkan dapat memberikan manfaat. Manfaat yang akan di peroleh dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat teoritis

Secara teoritis Studi Literatur ini diharapkan dapat menambah dan mendukung perkembangan ilmu pengetahuan, pengalaman, dan wawasan ilmiah, serta bahan penerapan ilmu metode penelitian, khususnya mengenai tingkat kecemasan keluarga pasien di ruangan ICU dan CVCU

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi peneliti selanjutnya

Studi Literatur ini dapat menambah pengetahuan mengenai tingkat kecemasan keluarga pasien di ruangan ICU dan CVCU

2. Bagi instansi pendidikan

Studi Literatur ini di harapkan dapat menambah informasi mengenai tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruangan ICU dan CVCU