

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat (Departemen Kesehatan RI, 2009). Unit ini memiliki tujuan utama yaitu untuk menerima, melakukan triase, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu. IGD juga menyediakan pelayanan untuk korban kecelakaan dan situasi bencana (*Australian College for Emergency Medicine, 2014*). Pelayanan di IGD meliputi pelayanan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau menjadi gawat dan terancam nyawanya bila tidak mendapatkan pertolongan secara cepat dan tepat (Musliha, 2010).

Terdapat beberapa jenis kondisi pasien masuk ke IGD menurut Krisanty, dkk (2016) yaitu pasien dalam keadaan gawat dan terancam nyawa atau akan beresiko kecacatan bila tidak mendapat pertolongan secepatnya. Kondisi gawat darurat akan menimbulkan suatu kecemasan yang dialami pasien yang berada di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD). Kegawatdaruratan juga menjadi salah satu bagian yang sering dialami dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi gawat merupakan sesuatu yang mengancam nyawa meliputi kasus trauma berat, akut miokard infark, sumbatan jalan nafas, tension pneumothorax, luka bakar disertai trauma inhalasi, sedangkan darurat yaitu perlu mendapatkan penanganan atau tindakan dengan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban, seperti cedera vertebra, fraktur terbuka, trauma capitis tertutup, dan appendicitis akut (Musliha, 2010).

Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan maupun berbagai gangguan sakit, serta suatu sinyal memperingatkan adanya bahaya yang mengancam, serta memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi kecemasan (Pamungkas, 2009). Selama proses perawatan, kecemasan tidak hanya dirasakan oleh seorang pasien, namun dapat juga dialami oleh keluarga yang anggotanya dirawat di rumah sakit. Keadaan pasien yang gawat dan kritis memungkinkan terjadinya konflik atau kecemasan. Kecemasan pada keluarga pasien secara tidak langsung memengaruhi pasien yang dirawat, hal ini terjadi jika keluarga pasien mengalami kecemasan maka berakibat pada pengambilan keputusan yang tertunda. Keluarga pasien adalah pemegang penuh keputusan, ketika pasien dalam keadaan darurat maupun kritis dan harus diberikan penanganan segera (Davidson, *et al*, 2007). Perawat juga membuat keputusan berdasarkan kolaborasi dengan klien, keluarga dan berkonsultasi dengan profesi kesehatan lainnya (Potter & Perry, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian di New York, 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%) (Geraw, 1998 dalam Kumalasari, 2010).

Keluarga mengalami kecemasan yang tinggi ketika pasien berisiko meninggal. Kecemasan yang tinggi muncul akibat beban yang harus diambil dalam pengambilan keputusan dan pengobatan yang terbaik bagi pasien. Kecemasan yang tinggi muncul akibat beban yang harus diambil dalam pengambilan keputusan dan pengobatan yang terbaik bagi pasien. Faktor resiko yang berhubungan dengan kecemasan anggota keluarga dalam keadaan kritis

maupun gawat darurat adalah jenis kekerabatan dengan klien, tingkat pendidikan, tipe perawatan klien, kondisi medis klien, pertemuan keluarga dengan tim perawat, cara penanggulangan, dan kebutuhan keluarga (McAdam & Puntillo, 2009).

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%). Peni (2014) juga melakukan penelitian tentang kecemasan keluarga pasien di ICU Rumah sakit daerah Sidoarjo hampir separuhnya mengalami tingkat kecemasan sedang sebesar 43,3 % dari 30 responden, hal ini disebabkan oleh coping keluarga yang cukup baik, dan mayoritas responden menurun kecemasan setelah diberikan informasi tentang kesehatan.

Salah satu faktor yang dapat mengurangi perasaan cemas pada keluarga adalah adanya dukungan informasi yang jelas dan akurat dari tenaga medis berkaitan dengan adanya penyakit yang diderita oleh pasien beserta tindakan yang dapat diambil untuk keselamatan pasien. Keluarga dari pasien menginginkan perawatan yang terbaik untuk anggota keluarganya. Hal tersebut tentunya memberikan dorongan bagi tim perawatan untuk dapat meyakinkan keluarga bahwa pasien sedang diberikan perawatan yang terbaik dan maksimal, dengan cara memberikan informasi tentang tindakan perawatan yang diperlukan, informasi tentang kondisi pasien, rencana perawatan dan prognosis. Dukungan yang maksimal untuk memenuhi kebutuhan keluarga memberikan perubahan yang positif bagi keluarga pasien (Bailey, *et al*, 2009).

Hasil Penelitian dari Kurniawan (2015) tentang gambaran faktor yang berhubungan dengan kecemasan keluarga pasien di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa faktor ekonomi atau biaya dalam kategori terjangkau dari 27 responden (75,0%) mengalami kecemasan ringan sebanyak 11 (40,7%) dan biaya tidak terjangkau sebagian besar mengalami kecemasan

berat sebanyak 8 (88,9%). Faktor informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan dalam kategori baik mengalami kecemasan ringan 10 (50,0%) dan informasi kurang mengalami kecemasan berat sebanyak 12 (75,0%). Dari faktor aturan kunjungan dalam kategori ketat mengalami kecemasan berat sebanyak 16 (47,1%) dan aturan kunjungan tidak ketat mengalami kecemasan sedang 2 (10,0%). Dari faktor lingkungan baru pengalaman pertama mengalami kecemasan berat sebanyak 13 (76,5%) dan pengalaman berulang mengalami kecemasan sedang sebanyak 5 (26,4%). Dari ketidakpastian kondisi responden mengatakan tinggi mengalami kecemasan berat sebanyak 15 (60,0%) dan kategori rendah mengalami kecemasan ringan sebanyak 4 (45,5%).

Keluarga pasien yang memiliki anggota sakit dalam keadaan gawat darurat di IGD maupun kritis di ruang ICU sama-sama mempunyai harapan terhadap pelayanan yang cepat, komunikasi dan informasi yang akurat serta biaya yang terjangkau (Fry, *et al*, 2014). *Emergency Nursing Association* (ENA) (2010) menyebutkan bahwa kebutuhan yang diperlukan oleh keluarga yang di rawat di IGD adalah berada di samping keluarga yang sakit, diberikan informasi mengenai kondisi kesehatan keluarganya, serta merasa bahwa anggota keluarganya sudah mendapat penanganan terbaik. Keberadaan keluarga di IGD seringkali diabaikan sehingga perawat tidak mengetahui kondisi dan pengalaman traumatik yang dialami oleh keluarga pasien (Wagner, 2004).

Perawat gawat darurat mempunyai beberapa peran dan fungsi berdasarkan pada kondisi pelayanan kegawatdaruratan (Departemen Kesehatan RI, 2006). Fungsi pertama adalah fungsi independen atau fungsi mandiri yang berkaitan dalam pemberian asuhan keperawatan. Fungsi kedua adalah fungsi dependen, yaitu fungsi yang mendapat order sepenuhnya atau sebagian dari profesi lain, dan fungsi yang ketiga adalah fungsi kolaboratif, yaitu melakukan kerjasama saling membantu dalam program kesehatan (perawat sebagai anggota tim kesehatan), dalam hal ini perawat termasuk dalam fungsi independen, karena

selain memberikan asuhan keperawatan kepada pasien juga memperhatikan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat (Budiono & Pertami, 2015).

Perawatan berpusat pada keluarga digunakan untuk perawatan kesehatan secara optimal, serta mampu bekerja secara kolaborasi untuk proses pemberian Asuhan Keperawatan (Kuo, *et al*, 2012). Dengan demikian perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh (holistik) yaitu secara biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual (Nursalam, 2011^b). Pasien di Unit keperawatan kritis maupun gawat darurat, peran perawat tidak hanya berfokus pada masalah patofisiologi, tetapi juga masalah psikososial, lingkungan, dan keluarga yang secara erat berkaitan dengan penyakit fisik pasien (Hudak & Gallo, 2010). Pelayanan keperawatan secara holistik perlu dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien dan keluarga (Andriyani & Sunarto, 2009).

Data yang diperoleh dari rekam medis RSUD Wates, jumlah kunjungan di ruang IGD pada tahun 2016 sebanyak 25.080 pasien, dengan rata-rata kunjungan setiap bulan 2.090 pasien. Hasil wawancara dengan 10 anggota keluarga pasien di IGD pada hari Sabtu, 4 Februari 2017 didapatkan 6 anggota keluarga mengatakan bahwa belum pernah masuk rumah sakit maupun menemani pasien di ruang IGD. Mereka mengatakan merasa cemas, khawatir, dan takut akan kondisi pasien. Empat Anggota keluarga pasien mengatakan sudah pernah menemani anggota keluarga dan mendapatkan penanganan di IGD, mereka mengatakan biasa saja, karena sudah sering bolak balik mengantarkan dan menemani pasien ke IGD. Sebanyak 4 anggota keluarga mengatakan informasi yang diberikan perawat dalam kategori baik, perawat memberikan informasi kondisi pasien tanpa harus bertanya, dan 6 anggota keluarga masih tampak bingung dan selalu bertanya kondisi pasien saat dilakukan tindakan keperawatan.

Dari hasil observasi terhadap 6 anggota keluarga yang mengatakan kecemasan, didapatkan keluarga terlihat gelisah, wajah tampak tegang dan tidak

tenang. Dua anggota keluarga terlihat sangat panik ditandai dengan teriak-teriak memanggil perawat saat tiba di IGD, tidak sabar, mondar-mandir, tampak bingung, dan sampai menangis dikarenakan pasien dibawa di IGD dalam keadaan tidak sadar dan keadaan gawat, serta saat wawancara keluarga mengatakan baru pertama kali menemani pasien di IGD . Dua anggota keluarga tampak tenang dan tidak mengalami kecemasan dikarenakan pasien dibawa ke IGD dalam keadaan stabil dan tidak gawat, serta saat wawancara lebih lanjut keluarga pasien sudah pernah menemani pasien di IGD. Berdasarkan data Rekam medik tanggal 4 Februari 2017, data kunjungan pasien ke IGD pada triase kuning sebanyak 8 pasien perhari. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang gambaran kecemasan keluarga pasien di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wates Kulon Progo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran kecemasan keluarga pasien di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wates, Kulon Progo?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kecemasan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Wates Kulon Progo.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui tingkat kecemasan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat.
- b. Diketahui kecemasan keluarga pasien berdasarkan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan) di Instalasi Gawat Darurat.

- c. Diketahui tingkat kecemasan keluarga berdasarkan hubungan kekerabatan dengan pasien di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Diketahui tingkat kecemasan berdasarkan pengalaman keluarga di Instalasi Gawat Darurat.
- e. Diketahui tingkat kecemasan keluarga berdasarkan informasi di Instalasi Gawat Darurat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis :

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat sekaligus menambah khasanah keilmuan khususnya dibidang keperawatan gawat darurat terkait *Family Centered Care* .

2. Manfaat Praktis :

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi RSUD Wates, Kulon Progo sebagai bahan masukan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bukan hanya kepada pasien, tetapi juga pelayanan kepada keluarga pasien terlebih yang mengalami kecemasan.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi perawat dalam hal menerapkan asuhan keperawatan bukan hanya kepada masalah fisik saja, melainkan mencakup psikososial pasien dan keluarga. Sehingga dapat meminimalkan keluarga yang mengalami kecemasan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai gambaran kecemasan

keluarga di IGD, diharapkan peneliti selanjutnya meneliti faktor-faktor lain yang menyebabkan kecemasan keluarga.

E. Keaslian Penelitian

1. Kiptiyah & Mustikasari (2013) meneliti tentang tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU RSUD Cibinong, Desain penelitian deskriptif, Metodologi yang digunakan *total sampling*. Jumlah sampel 36 responden dengan kriteria hari pertama perawatan sampai hari kedua di ICU. Alat pengumpul data berupa kuesioner yang telah diuji coba dengan nilai validitas 0,423 sampai dengan reabilitas 0,921. Analisis yang digunakan adalah univariat. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU. Perbedaan dengan penelitian sekarang adalah metode yang digunakan *purposive sampling*. Penelitian terdahulu meneliti tingkat kecemasan dan respon kecemasan (Fisiologis, Kognitif, Afektif, dan perilaku), sedangkan penelitian sekarang meneliti tentang kecemasan berdasarkan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan), pengalaman masuk di IGD, hubungan kekerabatan dengan pasien, informasi dan kuesioner kecemasan menggunakan STAI (*State Trait Anxiety Inventory*). Tempat penelitian dan ruang penelitian sekarang yaitu di IGD. Adapun persamaan pada variabel terikat yaitu sama-sama meneliti tentang kecemasan keluarga pasien.
2. Peni (2014) meneliti tentang kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ICU Rumah Sakit Daerah di Sidoarjo, jenis penelitian *deskriptif* dengan teknik *consecutive sampling*. Populasi dalam penelitian adalah semua keluarga yang menunggu di ruang ICU RSD Sidoarjo. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner/angket berupa 14 soal pertanyaan tertutup dengan 5 pilihan jawaban. Penelitian ini menggambarkan kecemasan

keluarga berdasarkan karakteristik jenis kelamin, umur, pendidikan dan hubungan keluarga.

Perbedaan dengan penelitian sekarang adalah menggunakan metode *Purposive Sampling* dan penelitian sekarang di ruang IGD. Karakteristik lain kecemasan keluarga yaitu hubungan kekerabatan, pengalaman masuk IGD, dan informasi dan kuesioner yang dipakai peneliti sekarang yaitu STAI. Persamaan dengan penelitian sekarang adalah sama-sama meneliti tentang kecemasan keluarga pasien.

3. Kurniawan (2015) dalam penelitian yang berjudul gambaran faktor yang berhubungan dengan kecemasan keluarga pasien di ICU RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Desain penelitian yang digunakan *deskriptif* dengan populasi keluarga dari pasien yang di rawat di ruang ICU pada tanggal 3-20 Agustus 2015. Metode pengambilan sampel menggunakan teknik *Accidental sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner tertutup dan menggunakan instrument HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*).

Perbedaan penelitian dahulu dan sekarang yaitu penelitian terdahulu meneliti gambaran faktor kecemasan keluarga di ICU, sedangkan penelitian sekarang tentang gambaran kecemasan keluarga di IGD berdasarkan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan) hubungan kekerabatan dengan pasien, pengalaman keluarga di IGD, dan informasi. Metode yang digunakan penelitian sekarang yaitu dengan teknik *purposive sampling*, Kuesioner yang dipakai peneliti sekarang yaitu *Stait Trait Anxiety Inventory* (STAI). Adapun persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang kecemasan keluarga pasien.