

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain (Friedman, 2010 dalam Firsty, & Putri, 2021). Keluarga merupakan suatu kelompok dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan-ikatan perkawinan, darah, atau adopsi, merupakan susunan rumah tangga sendiri, berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain yang menimbulkan peranan-peranan sosial bagi suami istri, ayah dan ibu, putra dan putri, saudara laki-laki dan perempuan, serta pemelihara kebudayaan bersama (Hepilita & Saleman, 2019).

b. Fungsi Keluarga

Friedman (2010 dalam Firsty, & Putri, 2021) menjelaskan bahwa fungsi keluarga dibagi menjadi lima, yaitu:

1) Fungsi Afektif

Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis dan dukungan terhadap anggota keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga. Sosialisasi merupakan proses yang dimulai pada saat lahir dan berakhir pada saat kematian ketika seseorang secara kontinu memodifikasi perilaku sebagai respon terhadap keadaan yang berpola secara sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup di masyarakat.

4) Fungsi Ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan aloksi yang efektif.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik seperti pakaian, makanan, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

c. Tipe dan Bentuk Keluarga

Tipe keluarga menurut Agustanti, dkk. (2022) yaitu sebagai berikut :

1) *Nuclear Family*

Keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) *Extended Family*

Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

3) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

4) *Middle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang. Istri di rumah atau keduanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah, bekerja atau perkawinan.

5) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya atau salah satu bekerja di rumah.

6) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

7) *Dual Carrier* : Suami istri atau keduanya berkarir dan tanpa anak.

8) *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya berkarir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

9) *Three Generation* : Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

d. Struktur Peran Keluarga

Menurut Agustanti, dkk. (2022) peran keluarga dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

1) Peran Formal Keluarga

Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga (ayah-suami, dll). Keluarga membagi peran kepada anggota keluarganya dengan cara yang serupa dengan cara masyarakat membagi perannya. Beberapa peran membutuhkan ketrampilan atau kemampuan khusus.

2) Peran Informal Keluarga

Peran informal bersifat implisit, sering kali tidak tampak pada permukaannya, dan diharakan memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga dan/atau memeliara keseimbangan keluarga.

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan dan terlindung dari stress yang buruk (Alfianto, A. G., & dkk.,2022). Jenis dukungan keluarga menurut Friedman (2013) antara lain:

1) Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarganya.

2) Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

3) Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan dalam hal pengawasan dan kebutuhan individu.

4) Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Informasi yang diberikan dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah.

f. Keluarga Sebagai *Care Giver*

Agustanti D, dkk. (2022) mengemukakan bahwa keluarga dijadikan unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling berhubungan dengan masyarakat secara keseluruhan. Alasan keluarga sebagai *care giver* antara lain:

- 1) Perilaku keluarga dapat menimbulkan masalah kesehatan, tetapi dapat pula mencegah masalah kesehatan dan menjadi sumber daya pemecah masalah kesehatan.
- 2) Masalah kesehatan didalam keluarga akan saling mempengaruhi kehidupan individu dalam keluarga.
- 3) Keluarga merupakan pengambil keputusan dalam mengatasi masalah.
- 4) Keluarga merupakan saluran yang efektif dalam menyalurkan dan mengembangkan kesehatan kepada masyarakat.

Friedman (2010 dalam Agustin, W, 2020) membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan menjadi lima sebagai berikut:

- 1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan. Keluarga harus mengenali penyakit kanker yang di derita anggota keluarganya.

- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat diberikan kepada anggota keluarganya yang sakit.
- 3) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan yang diberikan harus komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
- 4) Mempertahankan susunan di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga dengan memberikan dukungan positif pada anggota keluarga yang sakit.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas kesehatan yang ada.

g. Dampak Keluarga Sebagai *Care Giver*

Strada-Russo (2006 dalam A'la *et al*, 2017), Padila (2012) dan Renani *et al.* (2014) menyebutkan bahwa dampak adanya salah satu anggota keluarga yang sakit akan terjadi masalah psikologis dalam keluarga. Masalah psikologis tersebut adalah :

1) Ansietas atau Cemas

Ansietas merupakan kondisi yang menggambarkan keadaan kekhawatiran, kegelisahan, ketakutan atau tidak tenram yang tidak menentu dan biasanya diertai keluhan fisik.

2) Depresi

Depresi merupakan perasaan atau respon kehilangan atau dukacita yang mendalam pada individu akibat anggota keluarga menderita penyakit kronis.

3) Distres Spiritual

Distress spiritual merupakan respon spiritual terhadap dukacita atau kehilangan. Individu yang berduka dapat marah dan kecewa kepada Tuhan. Penderitaan yang dialami karena ditinggalkan, kehilangan harapan, musibah dan kehilangan makna merupakan penyebab distres spiritual yang dalam.

2. Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Menurut Boland, R., Verduin, M., & Ruiz P. (2021) kecemasan atau ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpak oleh malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas. Ansietas merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Irman, Nelisa dan Keytimu (2020) mengemukakan bahwa kecemasan adalah respon emosional seseorang terhadap suatu ancaman.

Kecemasan terkait dengan perasaan tidak pasti, tidak berdua, isolasi dan ketidakamanan. Kecemasan bersifat subyektif dan tidak memiliki obyek secara spesifik yang tidak dapat dinilai secara langsung. Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan didokumentasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Cemas merupakan perasaan takut terinduksi rasa ketidakpastian, ketidakamanan, isolasi, ketidakberdayaan. Cemas merupakan luapan kondisi emosi tidak memakai objek tertentu. Karena perihal, dicetuskan sesuai kurang dimengerti & perasaan pengalaman baru (Stuart, 2016).

b. Jenis Kecemasan

Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019), membagi kecemasan menjadi 3 yaitu :

- 1) Kecemasan Realitas atau Objektif (*Reality or Objective Anxiety*) Kecemasan realistik merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri.

- 2) Kecemasan Neurosis (*Neurotic Anxiety*) Kecemasan neurosis adalah rasa cemas akibat bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan.
 - 3) Kecemasan Moral (*Moral Anxiety*) Kecemasan ini berakar dari konflik antara ego dan superego. Kecemasan ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral.
- c. Respon fisiologis dan psikologis terhadap kecemasan
- Menurut Saputro dan Fazrin (2017) respon kecemasan antara lain:
- 1) Respon fisiologis
- Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom. Serabut saraf simpatik mengaktifkan tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh.
- 2) Respon psikologis
- Respon psikologis akibat kecemasan terhadap perilaku adalah tampak gelisah, ketegangan fisik, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dan hubungan impersonal, melarikan diri dari masalah, menghindar dan sangat waspada.
- 3) Respon kognitif
- Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berpikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi

menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi, bingung, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada obyek visual, takut pada cedera atau kematian dan mimpi buruk.

4) Respon afektif

Secara afektif seseorang yang mengalami kecemasan akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan, gelisah, tegang. Gugup, ketakutan, waspada, khawatir, mati rasa, rasa bersalah atau maju dan curiga berlebihan

d. Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan menurut Elbay, R.Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S. & Karadere, E. (2020) adalah sebagai berikut :

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Karakteristik kecemasan ringan ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting

dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Karakteristik kecemasan sedang ditandai dengan sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Karakteristik kecemasan berat ditandai dengan sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitas, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, diare.

4) Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk

berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Karakteristik panik ditandai dengan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional.

e. Rentang Respon Kecemasan



Bagan 2.1 Rentang respon kecemasan Sumber : Stuart (2016)

Sutejo (2018) menjelaskan rentang respon kecemasan sebagai berikut:

1) Antisipasi

Suatu keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan.

2) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan memiliki hubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, yang dapat menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan pandangan persepsinya. Ansietas ringan mengalami ketegangan ringan, penginderaan lebih tajam dan menyiapkan diri untuk bertindak.

3) Ansietas Sedang

Keadaan lebih waspada dan lebih tegang, lapangan persepsi menyempit dan tidak mampu memusatkan pada faktor/peristiwa yang penting baginya

4) Ansietas Berat

Lapangan persepsi sangat sempit, berpusat pada detail yang kecil, tidak memikirkan yang luas, tidak mampu membuat kaitan dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

5) Tingkat Panik

Panik berkaitan erat dengan perasaan takut dan rasa diteror, serta tidak mampu melakukan suatu hal walaupun dengan pengarahan. Panik dapat meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, serta kehilangan pemikiran yang rasional. Persepsi menyimpang, sangat kacau dan tidak terkontrol, berpikir tidak teratur, perilaku tidak tepat dan agitasi/hiperaktif.

f. Gejala Kecemasan

Hawari (2001, dalam Fitriyani, 2016) mengemukakan gejala klinis kecemasan adalah sebagai berikut:

- 1) Cemas khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Merasa tegang, tidak senang, gelisah, mudah terkejut.
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.

- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya: rasa takut pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pendengaran, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

Menurut Chrisnawati dan Aldino (2019) gejala kecemasan meliputi :

- 1) Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- 2) Gejala sensorik: tinnitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
- 3) Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
- 4) Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.
- 5) Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar.

- 6) Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenorrhoe, menorrhagia, frigid, ejakulasi praecocks, ereksi lemah, dan impotensi.
 - 7) Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu rompa berdiri.
- g. Faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Irman, Nistica dan Keytimu (2020) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan diantaranya adalah:

1) Umur

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua umur, akan tetapi lebih sering menimpa usia dewasa dengan rentangusia 21-45 tahun. semakin bertambahnya usia, kemampuan seseorang mengatasi masalah semakin matang. Seseorang yang berusia lebih tua relatif lebih tenang dalam menghadapi situasi yang mengancam.

2) Jenis kelamin

Pada laki-laki lebih sering terjadi kekerasan dan gangguan kepribadian. Pada perempuanadanya gangguan afektif dan kecemasan.

3) Potensi stresor psikososial

Potensi stresor psikososial merupakan setiap peristiwa atau keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga perlu beradaptasi untuk

mananggulanginya. Jika coping maladaptif maka akan timbul kecemasan, depresi dan menarik diri.

4) Kematangan (maturitas)

Individu yang matang yaitu yang mengalami kematangan kepribadia sehingga akan sukar mengalami gangguan akibat stres. Hal ini karena individu yang matang memiliki kemampuan adaptasi yang optimal dan dapat menangkal munculnya stresor sehingga respon perilaku menjadi adaptif.

5) Pendidikan

Pada orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah, terjadi penurunan kemampuan kognitif dalam mempersepsikan munculnya stresor. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Seseorang dengan pendidikan tinggi lebih mudah menerima dan mengerti informasi dan mudah menyelesaikan masalah.

6) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik lebih mudah mengalami stres. individu dengan penyakit kronis atau kecacatan lebih mudah mengalami kecemasan kaena adanya ancama integritas fisik yang berpengaruh dalam pembentukan konsep diri.

7) Sosial budaya

Sosial budaya merupakan cara hidup masyarakat yang akan mempengaruhi kemampuan dalam beradaptasi dengan stres.

8) Status ekonomi

Seseorang dengan status ekonomi yang kuat cenderung lebih positif terhadap stresor dibanding seseorang dengan status ekonomi lemah.

9) Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan. Seseorang yang berada dalam lingkungan baru menganggap lingkungan tersebut sebagai ancaman yang memunculkan respon kecemasan sebagai kondisi yang tidak nyaman.

h. Alat Ukur Kecemasan

Menurut Rani, R., Ningrum, D., & Astuti, A. P. K., (2023) alat ukur yang digunakan untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, dan sangat berat yaitu *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala ini dibuat oleh Max Hamilton tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Kuesioner HARS berisi empat belas pertanyaan yang terdiri dari tiga belas kategori pertanyaan tentang gejala kecemasan

dan satu kategori perilaku saat wawancara. Berdasarkan nilai kecemasan HARS mencakup 14 item, yaitu :

- 1) Rasa cemas (terlalu khawatir, mudah tersinggung, cepat marah, takut akan pikiran sendiri, firasat buruk).
- 2) Ketegangan (perasaan mudah terkejut, tidak mampu rileks, mudah menangis, merasa gemetar, merasa gelisah, tegang).
- 3) Ketakutan (rasa takut pada kerumunan orang banyak, takut keramaian lalu lintas, takut ditinggal sendiri, takut terhadap orang asing, takut gelap).
- 4) Insomnia adalah perasaan tidak bisa tidur , terbangun tengah malam, mimpi buruk, merasa lelah saat bangun, tidur tidak memuaskan kesulitan tidur.
- 5) Intelektual sulit mengingat dan berkonsentrasi
- 6) Perasaan depresi ditandai dengan sering terbangun malam, depresi, kurang senang, kehilangan menit.
- 7) Gejala somatik ditandai dengan tonus otot meningkat, suara tidak stabil, gigi gemertak, otot terasa kaku, kedutan, nyeri.
- 8) Gejala sensorik ditandai dengan sensasi ditusuk-tusuk, perasaan lemah, muka memerah, penglihatan kabur, berdenging.
- 9) Gejala kardiovaskuler ditandai dengan denyut jantung berhenti sekejap, perasaan mau pingsan, lemah, denyut jantung meningkat, nyeri dada, palpitasi, takikardia.

- 10) Gejala pernapasan napas pendek/tersengal-sengal, sering nafas dalam, perasaan tercekik, dada terasa tertekan.
- 11) Gejala gastrointestinal ditandai dengan : kehilangan berat badan, sembelit, mual, muntah, sensasi terbakar, perut terasa kembung, nyeri perut, kesulitan menelan.
- 12) Gejala genitourinari ditandai dengan darah haid lebih banyak, tidak datang bulan, tidak dapat menahan air seni, frekuensi berkemih meningkat
- 13) Gejala otonom ditandai dengan rambur terasa menegang, merasa tegang, kepala terasa berat, merasa pusing, sering berkeringat, muka pucat, muka kemerahan, mukosa bibir kering.
- 14) Tingkah laku ditandai dengan sering menelah ludah, wajah pucat, pernafasan cepat, wajah tegang, alis berkerut, tangan gemetar, mondor mandir, gelisah.

Penilaian untuk masing-masing pertanyaan mempunyai jawaban sebagai berikut : nilai 0 jika jawaban tidak ada, nilai 1 jika jawaban ringan, nilai 2 jika jawaban sedang, nilai 3 jika jawaban berat, nilai 4 jika jawaban sangat berat. Penetapan kategori kecemasan adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak ada kecemasan jika skor ≤ 14
- 2) Kecemasan ringan jika skor 14-20
- 3) Kecemasan sedang jika skor 21-27

- 4) Kecemasan berat jika skor 28-41
- 5) Panik jika skor 42-56

3. *Intensive Care Unit (ICU)*

a. Pengertian

ICU merupakan ruang atau unit di rumah sakit yang memiliki tenaga atau staf yang terlatih dan memiliki fasilitas khusus yang digunakan untuk melakukan observasi, memberikan perawatan intensif, serta memberikan terapi dalam mengatasi pasien cedera atau pasien kronis kritis dengan tingkat ketergantungan yang tinggi (Wulan & Rohmah, 2019). Definisi ICU menurut *Critical Care Nurses Association of The Philippines* adalah sebagai tempat memberikan pelayanan keperawatan untuk menangani setiap masalah yang mengancam jiwa baik dari segi fisiologis, perkembangan, psikososial serta spiritual (Erang, 2018). Penyakit yang terjadi pada pasien ICU meliputi penyakit jantung, masalah pernafasan, masalah neurologi serta trauma berat (Grandjean et al., 2021).

b. Kriteria Pasien Masuk ICU

Karakteristik pasien yang dirawat di ruang ICU merupakan pasien kritis dengan harapan pulih kembali. Ada beberapa karakteristik pasien yang membutuhkan perawatan di ruangan ICU antara lain (Kemenkes RI, 2010 dalam Virgyanti, I. M., Ardyanto, T. D., & Hikmayani, N. H., 2022):

- 1) Pasien dengan kebutuhan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*.
- 2) Pasien yang membutuhkan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan secara terus menerus dan metode terapi titrasi.
- 3) Pasien dengan kondisi sakit kritis yang membutuhkan pemantauan terus menerus dan tindakan segera untuk mencegah munculnya dekompensasi fisiologis.

Menurut Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RSUP Cilacap (2018) yaitu:

- 1) Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien kritis, hemodinamik tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti: dukungan ventilasi, alat penunjang fungsi organ, infus, obat vasoaktif/inotropik kontinyu, obat anti aritmia termasuk stroke hemoragic dengan gangguan pernafasan, shock septik, shock hipo/hiperglikemia.

- 2) Pasien prioritas 2

Golongan pasien memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya post laparotomi eksporasi, post operasi lama (lebih dari 4 jam), post operasi dengan perdarahan

masif, AMI, cidera kepala, bronkhopneumonia berat, gagal jantung, pre eklampsi berat.

3) Golongan pasien prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Sebagai contoh antara lain meningitis, encephalitis, keganasan metastase disertai infeksi, sumbatan jalan nafas, penyakit jantung disertai penyakit akut berat.

c. Fungsi ICU

Fungsi Utama Ruang ICU (Kemenkes, 2010 dalam Virgiyanti, I. M., Ardyanto, T. D., & Hikmayani, N. H., 2022):

- 1) Melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi *reversible life threatening organ dysfunction*.
- 2) Mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks atau prosedur intervensi dan resiko tinggi.

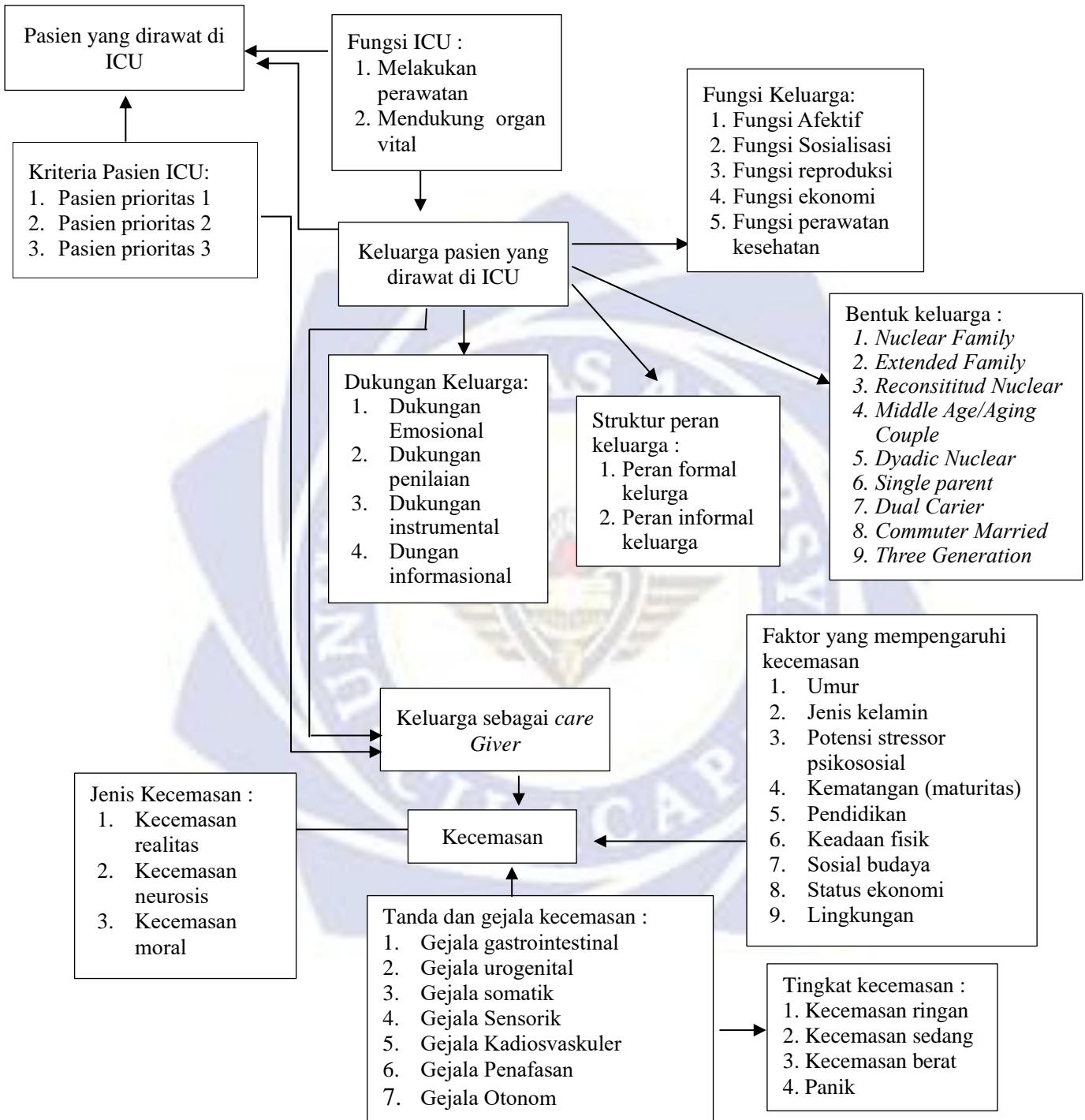
d. Zonasi ICU

Zonasi fungsi pada Intensive Care Unit dibagi menjadi (Kemenkes, 2010 dalam Virgiyanti, I. M., Ardyanto, T. D., & Hikmayani, N. H., 2022):

- 1) Daerah steril yang terdiri dari ruang perawatan ICU / ICCU, *nurse station* terutama bagian yang langsung berkaitan dengan keperawatan.
- 2) Daerah non steril / ruangan umum yang tidak berkaitan langsung dengan perawatan intensif, terdiri dari fungsi-fungsi penunjang baik medik maupun nonmedik.



B. Kerangka Teori



Bagan 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RSUP Cilacap (2018), Wulan & Rohmah, (2019), Amin (2020), Irman, Nelista dan Keytimu (2020)