



APACHE IV SEBAGAI PREDIKTOR MORTALITAS PASIEN KRITIS DI RUANG ICU



APACHE IV SEBAGAI PREDIKTOR MORTALITAS PASIEN KRITIS DI RUANG ICU

NAMA PENYUSUN:

Nugroho Ari Wibowo

Siswanto Agung

Kusdyanto Baihaqi

Dina Yulitasari

Hilda Nuraini Rachmania

Dzakiyatul Fahmi Mumtaz

Kata Pengantar

Kami bersyukur kepada Allah SWT atas rahmat, nikmat, serta hidayah-Nya sehingga kami bisa menyusun buku pembelajaran ini dengan baik.

Buku ajar *APACHE IV* sebagai *predictor mortalitas* di ruang *Intensive Care Unit* ini merupakan karya dari tim Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya sebagai bentuk projek pembelajaran calon perawat untuk dapat memahami dan mampu menerapkan *APACHE IV* dengan optimal dalam prediktor mortalitas yang akurat untuk pasien kritis di *Intensive Care Unit*.

Penyusunan buku ajar ini dapat digunakan mahasiswa dalam melakukan prediksi mortalitas pasien di ruang *Intensive Care Unit* berdasarkan sistem *APACHE IV*. Dalam buku ajar ini, mahasiswa mampu memahami dan menerapkan konsep kritis dan praktik klinis dalam menerapkan sistem prediktor mortalitas pasien terutama di ranah keperawatan kritis. Dengan harapan dapat bermanfaat pada proses pelayanan keperawatan sesuai urgensi dan tatalaksana yang tepat.

Akhir kata, kami selaku tim penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan buku ajar ini.

Surabaya, 9 April 2024

Penulis

Daftar Isi

HALAMAN

JUDUL.....Error!

Bookmark not defined.

KATA PENGANTAR iii

DAFTAR ISI..... iv

KONSEP KEPERAWATAN KRITIS..... 1

A. Definisi Keperawatan Kritis..... 1

B. Prinsip Keperawatan Kritis..... 2

C. Tujuan Keperawatan Kritis 3

D. Ruang Lingkup Keperawatan Kritis..... 4

E. Peran Perawat Kritis..... 5

F. *Withholding* Dan *Withdrawal* 6

G. Peran Perawat Dalam *Do Not Resuscitation*..... 9

H. Pengelolaan *End of Life* 10

KONSEP *INTENSIVE CARE UNIT* 13

A. Definisi ICU 13

B. Fungsi ICU..... 14

C. Klasifikasi Pelayanan ICU 15

D. Ruang Lingkup ICU 16

E. Kriteria Prioritas Pasien ICU..... 16

F. Kedudukan ICU di Rumah Sakit 18

G. Tugas Pokok Perawat ICU..... 19

H. Manajemen Stress Perawat ICU 20

I. Perawatan Paliatif di *Intensive Care Unit* 22

KONSEP PASIEN KRITIS	26
A. Definisi	26
B. Kategori Pasien Kritis	27
C. Faktor yang Mempengaruhi Saturasi Oksigen	28
KONSEP MORTALITAS	32
A. Definisi	32
B. Faktor yang Mempengaruhi Mortalitas	34
C. Pedoman dan Peraturan Terkait Etik Mortalitas	35
D. Identifikasi Kondisi Penyebab Kejadian Mortalitas	36
E. Perhitungan Mortalitas	37
F. Klasifikasi Kegawatan Pasien	39
G. Instrumen Prediksi Mortalitas.....	39
H. Sejarah <i>APACHE</i>	40
I. Konsep <i>APACHE II Score</i>	40
J. Konsep <i>APACHE IV Score</i>	43
K. Perbandingan <i>APACHE II</i> dan <i>APACHE IV</i>	45
L. Keunggulan <i>APACHE IV</i>	46
KONSEP LAMA RAWAT	48
A. Definisi	48
B. <i>Total Length of Stay</i>	48
C. <i>Average Length of Stay</i>	49
D. Faktor yang mempengaruhi <i>Length of Stay</i>	49
E. Perbandingan <i>APACHE II</i> dan <i>APACHE IV</i> dengan Lama Rawat.....	51
MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS	53
A. Definisi	53
B. Prinsip Keperawatan Kritis.....	55

C. Proses Keperawatan pada Area Keperawatan Kritis	56
D. Pengkajian Pasien Kritis	57
E. <i>Code Blue</i>	68
F. Pendidikan Kesehatan Pasien Kritis	71
G. Internet Sebagai Alat Pengajaran	72
H. Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis.....	73
MEKANISME KOPING, LOSS AND GREAFING	76
A. Pendahuluan	76
B. Konsep Mekanisme Koping.....	77
C. Asuhan pada Klien dengan Masalah Kehilangan dan Berduka	84
DAFTAR PUSTAKA	94

Konsep Keperawatan Kritis

A. Definisi Keperawatan Kritis

Keperawatan dan kritis adalah dua kata yang membentuk istilah "keperawatan kritis". Menurut UU Keperawatan (2014), Keperawatan adalah tindakan memberikan perawatan terhadap kesehatan atau penyakit individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Istilah medis "kritis" menggambarkan tingkat keparahan kondisi pasien. Penyakit kritis adalah penyakit ataupun cedera akut yang mengancam kehidupan dengan merusak satu maupun lebih sistem organ vital (Perrin dan MacLeod, 2018). Jadi, keperawatan kritis dapat didefinisikan sebagai pemberian perawatan kepada orang-orang yang mengancam jiwa.

Menurut American Association of Critical Care Nurses (AACN), perawatan kritis merupakan jenis perawatan yang secara khusus mengutamakan respons pasien terhadap situasi yang mengancam jiwa (Perrin dan MacLeod, 2018). Keperawatan perawatan kritis yakni bidang khusus dalam keperawatan yang menangani masalah dan kebutuhan pasien dengan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa dan memerlukan perawatan intensif.

Sebagian besar orang langsung menyimpulkan bahwa pasien di ruang perawatan kritis berada dalam bahaya besar terhadap kehidupan dan kesejahteraannya ketika mendengar istilah tersebut. Perawat perawatan kritis meyakini unit

perawatan intensif adalah tempat untuk merawat pasien yang tidak stabil dan membutuhkan pemantauan ketat. Keluarga dan pasien seringkali beranggapan bahwa pasien yang menerima perawatan intensif memiliki prognosis yang lebih buruk dengan risiko kematian yang lebih tinggi. Jika perawat memahami keperawatan perawatan kritis, mereka dapat memberikan perawatan yang lebih baik. Namun komunikasi yang efektif seringkali menjadi tantangan karena berbagai permasalahan terkait kondisi fisiologis pasien, seperti pemasangan selang ETT, penggunaan obat, ataupun kondisi medis yang mengganggu fungsi kognitif pasien.

B. Prinsip Keperawatan Kritis

Keperawatan kritis ialah subbidang keperawatan yang kompleks serta menantang, pengetahuan tentang perawatan kritis, keterampilan klinis, dan praktik keperawatan digabungkan untuk mengembangkan keahlian klinis yang meningkat seiring waktu (Burns, 2014). Beberapa prinsip dasar yang membentuk keperawatan kritis adalah:

1. Pasien yang rentan atau sakit kritis dapat dicegah kerusakan lebih lanjut dan memiliki peluang yang lebih baik jika mereka diidentifikasi segera dan diberi perawatan yang tepat.
2. Semua kebutuhan pasien yang sakit kritis harus dipenuhi secara fisik.
3. Pasien sakit kritis membutuhkan dokumentasi medis serta evaluasi terus menerus terhadap seluruh tindakan yang diambil. Maka, perawatan intensif sangat penting bagi

pasien kritis karena kemampuannya dalam mengamati perubahan fisiologis atau kegagalan organ lain dalam tubuh dengan cepat.

Pasien yang mengalami penurunan patofisiologis yang cepat dan berpotensi mematikan dianggap berada dalam kondisi kritis. Pasien yang memerlukan perawatan intensif seringkali datang dengan tanda-tanda vital yang tidak stabil, kehilangan kesadaran, serta prognosis buruk guna mencapai kesehatan yang maksimal. Prinsip penting pada keperawatan kritis adalah "waktu sangat krusial."

C. Tujuan Keperawatan Kritis

Untuk memenuhi berbagai kebutuhan pasien dan keluarga mereka yang menderita kondisi kesehatan yang mengancam jiwa, keperawatan kritis adalah disiplin keperawatan yang berkembang. Tujuan Keperawatan Perawatan Kritis termasuk:

1. Membantu pasien yang sakit kritis dengan keluarganya menerima perawatan yang aman dan berkualitas tinggi;
2. Memberikan perawatan komprehensif untuk pasien sakit kritis, dengan mempertimbangkan semua aspek biologis, psikologis, budaya, serta spiritual pasien, terlepas dari diagnosis maupun status klinis; dan memberikan perawatan individual untuk mengurangi disfungsi fisik dan tekanan psikologis di unit perawatan intensif.
3. Untuk membantu proses penyembuhan, gunakan sikap peduli, keterampilan klinis, dan pengetahuan terkini

bersama dengan teknologi yang tepat untuk mencegah, mendeteksi, dan mengobati komplikasi.

4. Memberikan perawatan paliatif kepada pasien kritis ketika prognosisnya buruk serta membantu pasien beserta keluarganya melewati kondisi sulit.

Secara umum, perawatan kritis memiliki tujuan guna membangun interaksi terapeutik dengan pasien serta keluarganya, serta meningkatkan kemampuan fisik, psikologis, sosial, budaya, serta spiritual individu melalui intervensi preventif, terapeutik, serta rehabilitatif. Perawatan kritis berfokus pada perawatan psikiatri biopsikososial berlandaskan respon pasien terhadap penyakit serta bertujuan guna membantu, mendukung beserta memulihkan pasien guna mencapai kesehatan yang maksimal.

D. Ruang Lingkup Keperawatan Kritis

Perawat perawatan kritis yaitu perawat profesional berlisensi yang bertugas memastikan bahwa pasien dengan kondisi kritis dengan keluarganya menerima perawatan terbaik. Menurut American Association of Critical Care Nurses, sekitar 37% perawat pada rumah sakit ialah perawat perawatan kritis.

Perawat perawatan kritis menggunakan sebagian besar waktunya merawat pasien pada ICU, sehingga sering disebut "perawat ICU". Perawat perawatan kritis turun tangan serta bekerja dengan staf medis lainnya untuk menumbuhkan

rencana perawatan yang memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, budaya, serta spiritual pasien.

Memastikan layanan berkualitas bagi pasien sakit kritis membutuhkan akses terhadap peralatan darurat, persediaan yang memadai, dan sistem pendukung yang efektif. Lingkungan perawatan kritis yang berkelanjutan harus mendukung interaksi antara pasien yang sakit kritis, keluarga mereka, serta perawat perawatan kritis.

Ruang gawat darurat (UGD) merupakan tempat pertama di mana pasien menerima perawatan, unit perawatan intensif (ICU) ialah tempat perawatan penyakit serius, dan unit perawatan intensif koroner (ICCU) yakni bagian yang berfokus pada pengobatan penyumbatan arteri koroner serta stenosis. Ruang gawat darurat (UGD), unit perawatan intensif (ICU), serta unit perawatan intensif (ICCU) yaitu tempat perawatan kritis di mana kondisi patofisiologis bisa memburuk dengan cepat serta berpotensi mengakibatkan kematian.

E. Peran Perawat Kritis

Pasien dengan kondisi kritis atau mengancam nyawa dirawat di unit perawatan khusus yang dikenal sebagai unit intensif, di mana perawat yang bekerja memberikan perawatan intensif dan langsung kepada mereka.

Perawat kritis diharapkan untuk berkolaborasi Bersama dokter, anggota tim kesehatan lainnya, dan keluarga pasien. Mereka juga diharapkan memiliki keterampilan dalam mengamati perubahan kondisi pasien dengan cepat dan menggunakan peralatan khusus di ruang kritis. Untuk

merawat pasien yang tidak stabil, perawat kritis harus memiliki kecakapan fisik, mental, dan emosional yang tinggi. Selain pemberian pengobatan, mereka juga harus memiliki kemampuan untuk melakukan pemeriksaan jantung dan paru-paru. Komunikasi interpersonal, kepemimpinan, perencanaan strategis, keterampilan berpikir kritis, serta keterampilan pengambilan keputusan merupakan karakteristik penting dari perawat perawatan kritis yang berkualitas.

Perawat kritis memiliki peran penting dalam mendeteksi perubahan, melakukan intervensi cepat, melakukan evaluasi, dan berkomunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan. Mereka diharapkan menjadi perantara yang efektif dengan pasien, keluarga, beserta anggota tim kesehatan lainnya, serta memfasilitasi komunikasi yang baik di antara mereka. Tanggung jawab perawat kritis sebagai pendukung pasien mencakup memastikan bahwa pasien dapat membuat keputusan yang didasarkan pada informasi, membantu pasien mendapatkan perawatan yang mereka perlukan, memberikan edukasi dan dukungan, melindungi kepentingan pasien yang tidak dapat berbicara, serta memantau dan memastikan kualitas perawatan yang diberikan.

F. *Withholding Dan Withdrawal*

Withdrawal dan Withholding merupakan konsep yang berbeda. Secara sederhana, *Withholding* tidak lagi memberikan suatu tindakan, sedangkan *Withdrawal* menghentikan tindakan atau terapi yang sedang dilakukan. Misalnya, pada pasien yang menggunakan ventilator atau

inotropik, Withdrawal terapi akan melibatkan penghentian penggunaan perangkat atau obat tersebut. Dalam kasus pasien yang masih hidup, tindakan terapeutik atau paliatif dapat dihentikan karena tidak lagi memberikan manfaat yang signifikan. Withholding atau Withdrawal umumnya didasarkan pada perkiraan perjalanan alamiah penyakit, bukan untuk mempercepat kematian atau mengakhiri kehidupan, yang merupakan perbedaan utama dengan euthanasia aktif yang bertujuan untuk mempercepat kematian.

Dalam mengambil keputusan tentang tindakan Withholding atau Withdrawal, beberapa faktor harus dipertimbangkan, termasuk waktu, tempat, dan kondisi pasien sebelum dokter memberikan informasi kepada keluarga pasien mengenai tindakan yang akan diambil. Prioritas utama adalah dokter harus menghormati martabat pasien dan memberikan informasi yang relevan tentang kondisi pasien. Penting juga bagi dokter untuk memastikan bahwa pasien, keluarganya, atau orang-orang yang terdekat dengan pasien memahami kondisi pasien saat ini. Ketika suatu prosedur medis berubah dari biasa menjadi luar biasa, itu menjadi faktor utama dalam membuat keputusan tentang apakah melakukan Withholding atau Withdrawal.

Tindakan yang biasa (ordinary) adalah semua prosedur medis, termasuk pembedahan dan penggunaan obat-obatan, yang menjanjikan kemungkinan pemulihan yang wajar dan dapat diterima tanpa biaya, penderitaan, atau ketidaknyamanan yang berlebihan. Sementara itu, tindakan yang luar biasa (extraordinary) merujuk pada prosedur medis,

termasuk pembedahan dan penggunaan obat-obatan, yang tidak bisa diterima tanpa biaya, penderitaan, ataupun ketidaknyamanan yang berlebihan, atau tidak menjanjikan kemungkinan pemulihan yang wajar.

Keputusan guna melaksanakan tindakan Withholding atau Withdrawal pada peralatan ataupun perawatan yang belum pernah diberikan kepada pasien masih merupakan masalah yang kompleks. Ketika mempertimbangkan untuk menghentikan asupan makanan dan cairan buatan, pertimbangan yang sangat hati-hati diperlukan. Hal ini disebabkan karena penting untuk menentukan apakah tindakan tersebut merupakan bagian dari upaya penyembuhan (cure) atau perawatan (care). Tindakan tersebut dapat dihentikan jika dianggap sebagai bagian dari pengobatan dan dianggap sebagai prosedur medis yang tidak membantu. Namun, jika dianggap sebagai bagian dari perawatan dasar, diperlukan penilaian berbeda.

Jika pengobatan tidak lagi mencapai tujuan yang diinginkan, seperti menyembuhkan penyakit, menghilangkan gejala, mencegah penyakit maupun komplikasi lebih lanjut, ataupun menumbuhkan fungsi pasien, maka pertimbangan untuk menahan atau menghentikan pengobatan harus sesuai dengan etika dan standar medis.

Menurut regulasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia nomor 290 tahun 2008, bagian 5 pasal 18 mengatur mengenai penolakan tindakan medis yang bisa dilaksanakan oleh pasien ataupun keluarga dekat setelah mereka diberikan penjelasan terkait tindakan medis yang akan dilaksanakan.

Bagian 4 pasal 16 juga menetapkan prosedur untuk mendapatkan persetujuan untuk tindakan medis dalam situasi khusus. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan withholding atau withdrawal pada pasien harus mendapatkan persetujuan dari keluarga terdekat pasien..

Apabila kondisinya memburuk, kematian pasien ditetapkan sesuai ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 memuat kriteria diagnostik kematian klinis ataupun kematian konvensional sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 dan didasarkan oleh hilangnya nyawa pasien. fungsi tubuh jantung dan sistem pernapasan serta peredaran darah.

Setelah dipastikan bahwa orang tersebut memang meninggal, segala bentuk pengobatan pendukung kehidupan harus segera dihentikan, dan orang tersebut harus diperiksa dan didiagnosis mati otak di unit perawatan intensif (ICU) sesuai prosedur. Persyaratan untuk menegakkan diagnosis kematian otak.

G. Peran Perawat Dalam *Do Not Resuscitation*

Perawat berperan dalam memberikan bantuan dokter menentukan keputusan DNR (Do Not Resuscitate) berdasarkan hasil evaluasi kondisi pasien. Setelah rencana DNR dibuat, keluarga dapat segera diberitahu tentang kondisi pasien serta keputusan DNR. Perawat juga bisa membantu melaporkan informasi kepada dokter (Amestiasih, 2015). Sebagai perawat, mereka harus terus memberikan perawatan

yang berkualitas sesuai dengan saran dan kebutuhan pasien, tanpa mengurangi kualitas perawatan yang diberikan.

Teori keperawatan *peaceful end of life* oleh Rulland and Moore menekankan pentingnya memberikan perawatan akhir hayat yang damai bagi pasien, termasuk mengelola rasa sakit, memastikan kenyamanan, menghormati keinginan pasien, menciptakan kedamaian, dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk berdekatan dengan orang yang merawatnya (Amestiasih, 2015). Menurut American Nurses Association (ANA) tahun 2004, perawat diharapkan untuk mengawasi dan berperan aktif dalam pengembangan kebijakan *Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)* di tempat kerja mereka, serta berkolaborasi dengan dokter sebagai penanggung jawab DNAR.

Perawat memberikan pendidikan kepada pasien serta keluarga mereka terkait keputusan yang diambil serta menyediakan informasi penting tentang peran mereka sebagai perwakilan pasien dalam menentukan bagaimana mereka ingin menghadapi akhir hidup.

H. Pengelolaan *End of Life*

Dalam situasi di mana pasien menghadapi gangguan atau penyakit lain, manajemen akhir hidup memerlukan pendekatan yang lebih hati-hati, sabar, dan melibatkan berbagai profesional. Sebagai manajer kasus, dokter bertanggung jawab atas pengelolaan kondisi medis yang mengancam jiwa, seperti pneumonia, infeksi saluran kemih, konstipasi, mual, muntah, diare beserta dehidrasi, deku-bitus,

obstruksi saluran pencernaan, serta sebagainya. Mereka juga perlu berkolaborasi dengan berbagai profesional lain, seperti perawat, fisioterapis, psikolog, pekerja sosial, rohaniwan, ahli gizi, dan lain sebagainya. Manajer kasus dapat menjadi perawat yang secara langsung mengelola perawatan pasien sehari-hari.

Perawatan akhir hidup (End-of-Life Care) yang bersifat paliatif dapat diberikan baik pada rumah sakit ataupun klinik maupun di rumah pasien (home care), sehingga kehadiran seorang caregiver sangat diperlukan. Caregiver dapat berasal dari keluarga pasien, tenaga medis terampil seperti perawat dengan berbagai tingkat pendidikan dan keterampilan, atau tenaga terlatih seperti asisten perawat (pramurukti). Dokter memiliki peran dalam mengajarkan perawatan dasar kepada pasien, perawat, dan keluarga mereka tentang cara merawat diri sendiri dan mencegah komplikasi. Dokter juga bertugas memberikan catatan mengenai gejala dan tanda-tanda kegawatan pasien, termasuk indikator bahwa kondisi pasien semakin memburuk. Perawat, ahli gizi, fisioterapis, dan profesional lainnya bekerja sama dalam memberikan edukasi ini. Mengingat caregiver merupakan perpanjangan tangan dari tenaga medis dan paramedis, peran mereka sangat penting dalam perawatan akhir hidup.

Dalam situasi khusus, caregiver (CG) perlu diberikan pengetahuan yang cukup dengan bahasa yang mudah dipahami, sambil juga mendidik mereka tentang profesionalisme dan etika yang diperlukan. CG di lokasi tersebut harus memiliki sifat penyayang, sopan, sabar,

empatik, cerdas, dan disiplin. Penting untuk menyampaikan informasi tentang cara mengatasi masalah seperti sesak napas, nutrisi, mual-muntah, gangguan tidur, kecemasan, depresi, nyeri, dan metode alternatif komplementer dan integratif (CAM) seperti doa, meditasi, terapi musik, serta dukungan keluarga, keterampilan komunikasi, interaksi obat, perencanaan pemulangan, penempatan yang tepat, dan lain sebagainya. Untuk memastikan bahwa kualitas hidup pasien akhir hidup sebaik mungkin, tim paliatif harus mempertahankan prinsip-prinsip profesionalisme sambil tetap sensitif dan fleksibel dalam menyampaikan informasi, terutama ketika memberikan berita yang sulit (Probosuseno, 2016).

Konsep Intensive Care Unit

A. Definisi ICU

Unit Intensive Care (ICU) ialah bagian terpisah pada rumah sakit yang didedikasikan untuk menyediakan perawatan medis dan khusus kepada pasien yang sakit parah maupun terluka. (Pande et al., 2013). Ruangan ini dilengkapi dengan peralatan khusus dan dirancang secara spesifik untuk merawat dan memantau pasien yang menghadapi kondisi yang mengancam jiwa, baik itu akibat dari trauma atau pembedahan (Kemenkes, 2012). Dengan tersedianya fasilitas terapi intensif, tujuannya adalah untuk mengembalikan kondisi pasien dari situasi darurat dan membantu mereka dalam pemulihan menuju kehidupan sosial normal mereka (Intensive Care Society, 2013).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010, Unit Perawatan Intensif (ICU) merupakan bagian mandiri pada rumah sakit yang dilengkapi dengan personel serta peralatan khusus dirancang guna memantau, merawat, serta menyelamatkan pasien yang menghadapi ancaman kehidupan. kondisi ataupun penyakit yang mengintimidasi, Termasuk cedera maupun komplikasi serius. Tim profesional dari berbagai latar belakang bekerja sama guna merawat pasien di ICU.

Intensive Care Unit (ICU) yakni bangsal atau ruangan pada rumah sakit dengan staf terlatih serta fasilitas khusus yang digunakan dalam observasi, perawatan intensif, serta

perawatan pasien dengan cedera parah atau kondisi kronis yang mengancam jiwa (Wulan & Rohmah, 2019). Pasien ICU berperilaku berbeda dengan pasien di bangsal umum. Menurut Stedman, Unit perawatan intensif merupakan bagian rumah sakit yang memberikan perawatan intensif kepada pasien yang menderita berbagai masalah kesehatan yang mengancam jiwa. Association of Critical Care Nurses of The Philippines menggambarkan ICU sebagai tempat di mana layanan keperawatan diberikan untuk mengatasi masalah fisik, perkembangan, psikologis, dan spiritual (Erang, 2018). Beberapa kondisi yang biasa ditemui pasien ICU antara lain trauma berat, penyakit jantung, gangguan pernafasan, dan masalah neurologis (Grandjean et al., 2021).

Fungsi utama bangsal ICU adalah memberikan perawatan darurat bagi pasien dengan disfungsi organ yang masih bisa dipulihkan serta memberikan dukungan organ vital untuk pasien yang menjalani prosedur ataupun intervensi bedah yang kompleks serta berisiko tinggi (Kementerian Kesehatan, 2012). Perawatan kritis melibatkan pasien yang sakit parah, desain fasilitas dengan ruang khusus, penggunaan peralatan teknologi tinggi, serta layanan dari staf medis sebagai aspek penting.

B. Fungsi ICU

Fungsi perawatan intensif dibagi menjadi beberapa bagian, dan ICU khusus termasuk:

1. ICU untuk pasien yang mengalami penyakit serius atau trauma.

2. ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) untuk pasien yang memiliki gangguan vaskular, unit pernapasan guna pasien dengan gangguan pernapasan, dan unit ginjal untuk pasien dengan gangguan ginjal.
3. Selain itu, ada juga ICU Umum di semua rumah sakit, termasuk ICU khusus guna anak-anak serta neonatus yang terpisah dari unit untuk orang dewasa.

C. Klasifikasi Pelayanan ICU

Menurut Guswenti (2016) dan Nelly Br Barus (2014), ada tiga jenis unit perawatan ICU :

1. Unit ICU Primer (standar minimal) adalah Unit ICU yang menyediakan ventilasi paru, pernapasan buatan, dan pemantauan jantung dalam waktu 24 jam. Perangkat ini terletak pada rumah sakit Tipe C maupun Tipe BI dan menyediakan CPR serta pernapasan buatan selama 24-48 jam.
2. Terletak di rumah sakit tipe B2, Unit Perawatan Intensif Sekunder (menengah) memberikan perawatan intensif tingkat tinggi yang mendukung fungsi rumah sakit dalam berbagai bidang medis seperti kedokteran umum, bedah, pengobatan trauma, saraf, serta vaskular. Perangkat ini memberikan bantuan ventilasi lebih lama serta mendukung fungsi kehidupan lainnya tanpa terlalu rumit.
3. ICU tersier mampu memberikan semua aspek perawatan kritis, termasuk dukungan hidup multisistem penuh atau dukungan tidak terbatas. Selain itu, sebagai rumah sakit tipe A, unit ini memiliki kemampuan untuk melakukan

renal extracorporeal beserta pemantauan kardiovaskular invasif guna jangka waktu yang tidak terbatas.

D. Ruang Lingkup ICU

Pelayanan yang disediakan di Unit Perawatan Intensif meliputi diagnosis serta pengobatan penyakit kritis yang mengancam jiwa, tindakan cepat untuk menjaga fungsi vital tubuh, pemantauan dan penanganan komplikasi penyakit, serta memberikan motivasi psikologis kepada pasien beserta keluarganya. Semua aspek tersebut sangat bergantung kepada perawatan medis intensif.

E. Kriteria Prioritas Pasien ICU

Ketika infrastruktur dan fasilitas ICU rumah sakit terbatas serta kebutuhan akan layanan ICU meningkat, prosedur guna menentukan pasien yang akan dirawat di ICU mencakup:

Kriteria prioritas pasien masuk menurut RSUP Dr. Kariadi Semarang (2016) seperti dibawah ini:

1. Pasien prioritas 1: Pasien yang sakit kritis serta tidak stabil memerlukan perawatan intensif dengan titrasi, termasuk dukungan ventilasi, fungsi sensorik, infus cairan, obat vasoaktif atau inotropik, dan obat antiaritmia. Misalnya, setelah operasi kardiotoraks, pada pasien dengan sepsis berat atau ketidakseimbangan asam-basa serta elektrolit yang berpotensi fatal.
2. Pasien prioritas 2: Pasien berisiko tinggi yang membutuhkan pemantauan menyeluruh pada unit perawatan intensif, seperti pemantauan intensif

menggunakan kateter arteri pulmonalis, termasuk pasien dengan penyakit jantung paru, gagal ginjal yang parah serta kritis, atau pasien yang baru saja menjalani operasi besar.

3. Pasien prioritas 3: Pasien kritis dengan kondisi kesehatan yang tidak stabil akibat penyakit penyerta ataupun penyakit akut memiliki peluang pemulihan atau manfaat dari perawatan ICU yang sangat kecil. Contoh pasien dalam kategori ini adalah mereka dengan keganasan metastatik yang diperparah oleh infeksi, tamponade jantung, atau penyakit jantung atau paru stadium akhir yang diperburuk oleh penyakit akut yang parah. Pasien-pasien ini hanya menerima perawatan darurat tanpa intervensi seperti intubasi maupun resusitasi jantung paru.
4. Pengecualian: Pasien yang memenuhi syarat guna masuk ke unit perawatan intensif tetapi menolak terapi agresif, memiliki perintah "Do Not Resuscitate" (DNR), berada dalam keadaan vegetatif permanen, atau dipastikan mengalami kematian otak dan ingin mendonasikan organ mereka dapat dikeluarkan dari perawatan intensif dan dipindahkan dengan persetujuan dari Direktur. dari Unit Perawatan Intensif. Pasien kategori ini dapat dikeluarkan dari ICU, dengan prioritas diberikan kepada pasien prioritas 1, 2 dan 3.

Menurut Hipercci (2018), kriteria untuk keluar ataupun pemindahan pasien dari unit perawatan intensif adalah sebagai berikut:

- a. Karena keadaan pasien telah stabil, tidak diperlukan terapi atau pemantauan intensif tambahan.

- b. Pasien dan keluarganya menolak untuk dirawat lebih lanjut.
- c. Pasien yang lebih parah memerlukan penanganan dan observasi lebih lanjut dibandingkan dengan pasien yang hanya memerlukan observasi intensif.

F. Kedudukan ICU di Rumah Sakit

Dengan meningkatkan keamanan pasien, rumah sakit, sebagai penyelenggara layanan kesehatan yang memiliki kewajiban referensi, dapat menyediakan layanan ICU yang berkualitas dan andal (Kepmenkes No. 1778 RI, 2010). Di rumah sakit, unit perawatan intensif (ICU) disebut instalasi. Menurut Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2002 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah, Instalasi merupakan bagian dari layanan fungsional di rumah sakit daerah. Tugasnya adalah mengelola instalasi sesuai dengan tanggung jawab fungsionalnya dan membantu Supervisor dalam memberikan pelayanan sesuai peraturan yang berlaku. Jumlah serta jenis fasilitas yang disediakan disesuaikan dengan kebutuhan dan spesialisasi rumah sakit, serta perubahan ini ditetapkan oleh penanggung jawab sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Pengangkatan kepala instalasi diumumkan melalui keputusan dari pimpinan rumah sakit. (Kepmenkes No. 1778, 2010).

Menurut Panitia Pengakuan Rumah Sakit dan KARS, jasa ICU diberikan kepada penderita dalam kondisi sakit berat yang membutuhkan perawatan khusus dan membutuhkan amatan cepat dan tindakan cepat. Jasa yang diberikan juga harus dapat memberikan bantuan jendela mekanis lebih lama

dan melakukan bantuan hidup lainnya tanpa mengganggu lingkungannya. KARS menjelaskan bahwa ruang ICU wajib terletak dekat dengan kamar pembedahan dan ruang pemeliharaan lainnya, beserta mudah diakses untuk IGD, Radiologi, dan Laboratorium, menurut KARS (2011).

G. Tugas Pokok Perawat ICU

Perawat ICU memiliki tugas utama berikut:

1. Melaksanakan perawatan komprehensif, termasuk penilaian, diagnosis, perencanaan pengobatan, implementasi program, evaluasi respon dan tindakan, dan penilaian ulang;
2. Bertanggung jawab atas pelaksanaan proyek kepada Koordinator ICU; dan
3. Menjaga kesejahteraan pasien merupakan tanggung jawab utama perawat dan staf medis lainnya, serta membangun kepercayaan dari keluarga pasien terhadap mereka. (Wulan and Rohmah, 2019).

Menurut Indrawati dan Romli (2018), perawat ICU harus memiliki kemampuan berikut:

- a. Mampu menangani kegawatdaruratan jalan nafas (terapi oksigen, intubasi, ekstubasi).
- b. Mengaplikasikan ventilator, dan Menangani kegawatan sistem cardiovascular (CVP, DC shock, EKG).
- c. Terakhir, mampu menangani kegawatan sistem pencernaan, neurologi, dan endokrin (NGT, GCS, insulin).

Pelayanan kepada keluarga di setiap ruangan beragam. Keluarga tidak diperbolehkan menunggu lama di ruangan, oleh karena itu, komunikasi yang efektif antara perawat, dokter, dan keluarga pasien penting. Meskipun begitu, keluarga tetap memiliki hak untuk mendapatkan informasi mengenai perkembangan kondisi pasien. Oleh karena itu, tenaga medis memiliki kewajiban untuk menyampaikan informasi tentang kondisi pasien dengan bahasa yang sederhana beserta mudah dipahami oleh keluarga.

Tingkat kesembuhan pasien diharapkan meningkat jika perawat dalam ruangan menerapkan konsep caring dalam tugas mereka. Ada sepuluh komponen:

1. Menumbuhkan keyakinan dan harapan
2. Mempunyai altruistik tinggi serta nilai kemanusiaan
3. Meningkatkan rasa percaya
4. Mempunyai sensitifitas tinggi (peka)
5. Menumbuhkan peran positif
6. Menyelesaikan masalah secara sistematis
7. Dukungan interpersonal
8. Dukun fisik serta mental
9. Menjaga kebutuhan dasar manusia
10. Menumbuhkan kekuatan spiritual

H. Manajemen Stress Perawat ICU

Tenaga medis yang bertugas di ICU bersama pasien kritis sering mengalami tingkat stres yang tinggi, seperti juga keluarga pasien. Perawat serta staf medis lainnya sering kali menghadapi stres akibat kondisi pasien yang semakin

memburuk maupun kritis, penggunaan teknologi pemantauan pasien yang canggih, serta lingkungan kerja yang sangat sibuk yang memerlukan keterampilan khusus. Jika stres terus berlanjut maka akan mempengaruhi kinerja perawat di ruangan tersebut. Maka, manajemen stres sangat penting guna meredam dampak stres. Berikut langkah yang bisa Anda laksanakan guna mengurangi stres saat bekerja pada ICU :

1. Melakukan pendekatan pribadi (pendekatan secara individual): Buatlah daftar tugas yang harus Anda selesaikan setiap hari, lakukan aktivitas fisik seperti jogging serta lari guna membangun kekuatan dengan mengurangi ketegangan, gunakan teknik relaksasi seperti meditasi serta zikir buat tetap tenang, serta terhubung dengan keluarga dan teman yang dapat membantu.
2. Organisasi Pendekatan (Pendekatan Organisasi): Pemilihan dan penempatan staf yang rentan terhadap stres dan memiliki toleransi stres yang rendah tidak akan dimasukkan dalam perawatan ICU. Hal ini juga akan memotivasi karyawan guna menumbuhkan kinerja, memperkuat disiplin kerja, meningkatkan rasa tanggung jawab perawat, memberikan kesempatan kepada karyawan untuk berdebat, menyelenggarakan pelatihan magang bagi karyawan, dengan memberikan kesempatan kepada karyawan guna mengikuti pelatihan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa manajemen perawat ICU memang fokus pada penyediaan perawatan spiritual bagi pasien dan memenuhi kebutuhan akhir hidupnya. (Destisary, Lumadi, and Handian, 2021).

I. Perawatan Paliatif di *Intensive Care Unit*

Perawatan paliatif merupakan suatu bentuk perawatan yang berfokus pada kesejahteraan pasien serta keluarganya, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengantisipasi, serta meringankan penderitaan dalam pengobatan “kuratif” tidak memberikan hasil yang signifikan. Keuntungan. Pasien yang mengalami kondisi kritis sering menerima perawatan pendukung kehidupan untuk memulihkan atau menjaga fungsi organ mereka di unit perawatan intensif (ICU) atau ruang perawatan intensif lainnya. Perawatan paliatif di ICU telah menjadi topik diskusi dan penerapan klinis yang semakin meningkat.

Mengapa ?

Kebanyakan pasien ICU sering mengalami gejala yang sulit diatasi. Sebuah studi prospektif terhadap pasien berisiko tinggi kematian di ICU menemukan bahwa gejala berkontribusi terhadap penderitaan sebesar 27% hingga 75%. Sekitar sepertiga pasien dinilai mengalami delirium. Selain itu, anggota keluarga pasien menunjukkan berbagai gejala: sekitar 57% mengalami stres traumatis, dan 70-80% mengalami kecemasan beserta depresi, serta gejala fisik serta emosional, terutama saat masa kanak-kanak. Temuan ini menyoroti pentingnya penilaian dini terhadap perawatan paliatif untuk memulai intervensi yang lebih tepat sasaran yang bertujuan untuk memprediksi atau mengurangi penderitaan yang tidak perlu.

Dimana?

Unit perawatan paliatif akut menyediakan bantuan dalam proses peralihan perawatan jika pasien tidak memenuhi syarat untuk perawatan agresif lebih lanjut. Unit ini dipimpin oleh dokter yang bersertifikasi dalam perawatan paliatif, serta prosedur penarikan terapi umumnya dilakukan pada pasien yang berada pada tahap akhir hidup. Contohnya termasuk penarikan dukungan ventilasi mekanis yang berhasil, serta pemantauan kematian alami pada rumah sakit.

Apa?

Isu-isu pada perawatan paliatif meliputi sejumlah besar masalah yang harus diatasi. Menangani gejala fisik dan mental, dengan merespon kebutuhan spiritual dan eksistensial, adalah kunci dalam perawatan ini. Penting untuk secara aktif mengidentifikasi masalah, melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan, merencanakan perawatan yang berkelanjutan, dan mempertimbangkan opsi akhir kehidupan. Semua ini menjadi esensial dalam lingkungan ICU.

Siapa?

Perawatan paliatif awal di unit perawatan intensif (ICU) berfokus dalam perbaikan proses kematian serta kualitas kematian itu sendiri. Namun, fokus ini dapat diperluas untuk mencakup pasien yang memenuhi syarat untuk mendapatkan perawatan bantuan hidup dan memiliki potensi untuk hidup

lebih lama. Semua dokter yang bekerja di ICU harus bertanggung jawab atas perawatan paliatif umum, termasuk pengetahuan dasar tentang manajemen gejala, keterampilan komunikasi yang efektif, dan kemampuan membuat keputusan dengan pasien berdasarkan nilai, tujuan, serta preferensi mereka. Meskipun spesialis perawatan paliatif bisa memainkan peran penting di ICU, permintaan terhadap profesional tersebut kemungkinan besar akan meningkat, dan oleh karena itu, model hibrida yang melibatkan dokter ICU dan spesialis perawatan paliatif telah diusulkan sebagai solusi yang tepat.

Kapan?

Tujuan awal dari perawatan paliatif serta perawatan kritis mungkin terlihat berbeda pada awalnya, namun, upaya untuk menyelamatkan atau memperpanjang hidup seringkali beriringan dengan upaya untuk mengurangi penderitaan, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi penderitaan. Meskipun setiap disiplin memiliki fokus utama yang berbeda, namun masing-masing juga memiliki tujuan sekunder yang saling berkaitan. Ketika pasien masuk ke unit perawatan intensif (ICU), penting guna segera memulai diskusi terkait perubahan pada tujuan perawatan serta penyesuaian tingkat perawatan yang lebih seimbang. Oleh karena itu, penilaian perawatan paliatif harus dimulai lebih awal, sebelum munculnya masalah yang memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Bagaimana?

Bagian integral dari perawatan paliatif melibatkan manajemen gejala dasar serta dialog terkait tujuan perawatan yang berkaitan dengan prognosis serta preferensi pasien. Ini harus menjadi bagian yang terintegrasi dalam standar praktik ICU, sehingga setiap profesional medis di ICU harus memiliki keterampilan ini. Di berbagai negara, pendekatan terhadap keputusan tentang apakah terapi pendukung kehidupan harus dilanjutkan atau tidak di ICU dapat bervariasi. Proses ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk aspek hukum, politik, dan agama, serta pengalaman dan keinginan pasien. Setiap profesional medis di ICU harus memiliki kemampuan untuk melakukan penarikan ataupun penghentian perawatan yang agresif serta tidak memberi manfaat. Sebagai contoh, dalam konteks penghentian ventilasi mekanis, ekstubasi terminal seringkali lebih disukai oleh anggota keluarga, yang memungkinkan mereka untuk menghabiskan waktu bersama pasien pada saat-saat terakhirnya.

Konsep Pasien Kritis

A. Definisi

Pasien yang menghadapi sakit kritis dianggap memiliki kondisi kesehatan aktual yang memiliki risiko tinggi atau berpotensi mengancam nyawa, menurut American Critical Nursing Association (AACN). Pasien dengan kondisi yang lebih serius, tidak stabil, dan kompleks memerlukan perawatan yang komprehensif dan hati-hati. Pasien biasanya diklasifikasikan ke dalam kategori akut, kritis, atau kronis. Pasien dengan penyakit parah atau kritis perlu segera pulih; jika tidak, mereka berisiko terkena penyakit kronis dan bahkan mungkin meninggal saat dirawat pada pusat perawatan intensif akut. Pasien sakit kritis kronis sering kali dievaluasi berdasarkan lamanya waktu mereka menjalani ventilator dan trakeostomi.

Pasien yang mengalami kondisi kritis sering mengalami ketidakstabilan fisiologis, yang mengakibatkan respon trauma hipermetabolik yang rumit. Sakit alami dapat menyebabkan perubahan dalam metabolisme tubuh, hormon, sistem kekebalan, dan keseimbangan nutrisi. Pasien yang berada dalam kondisi yang lebih kritis cenderung lebih rentan dan kompleks, sehingga memerlukan perawatan, pemantauan, dan pengobatan yang menyeluruh (Nurhadi, 2014). Pada pasien dengan kondisi kritis, istirahat total sering kali diperlukan untuk mengurangi konsumsi oksigen, mengelola kebutuhan oksigen, dan mengurangi trauma, sehingga energi dapat

dialokasikan untuk proses penyembuhan. Walau bagaimanapun, kondisi ini menyebabkan perubahan fisik, psikologis, dan psikososial. Imobilisasi mutlak dalam posisi terlentang, trendelenburg, lateral, atau fowler terutama terjadi (Potter & Perry, 2011).

Pasien kritis merujuk kepada individu yang mengalami ketidakstabilan fisiologis, kegagalan organ multipel, ketergantungan pada ventilator, dan membutuhkan bantuan dari peralatan medis yang tepat. Pasien yang dirawat pada unit perawatan intensif (ICU) termasuk pada kategori ini serta termasuk pasien yang kondisinya memerlukan pemantauan ketat serta tindakan cepat guna mencegah kerusakan fisiologis, pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim ICU, dan pasien yang fungsi organ tubuhnya memerlukan koordinasi serta penatalaksanaan berkelanjutan, sehingga Anda bisa terus memantau dan mendapat pengobatan yang tepat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

B. Kategori Pasien Kritis

Dalam pertemuan mereka di Simanjuntak (2021), Fakultas Kedokteran Perawatan Intensif Irlandia (JFICMI) dan Keluarga Perawatan Intensif Irlandia (ICSI) menetapkan klasifikasi pasien kritis sebagai berikut:

1. Kriteria level 0 serta level 1 diketahui: Meski pasien dalam kondisi sakit parah serta tidak membutuhkan perawatan pada unit perawatan intensif, kondisinya semakin parah. Tim ICU mengharapkan tingkat respons ini hanya untuk

pasien yang kondisinya membaik dengan cepat dan tidak memerlukan perawatan di ICU.

2. Kriteria 2: Dalam standar ini, frekuensi pemantauan lebih tinggi. Hal ini memungkinkan pasien dengan kondisi serupa dengan pasien Kategori I untuk dirawat di rumah sakit, bangsal, maupun unit perawatan pasca anestesi yang mempunyai sumber daya keperawatan yang mampu memantau pasien. Kondisi ini mungkin memerlukan ventilasi non-invasif yang kompleks (NIV) atau ventilasi mekanis invasif yang lebih canggih, yang menjadi pusat pengobatan ketika salah satu organ gagal berfungsi. Kondisi lain yang termasuk dalam Level 2 meliputi ketidakstabilan hemodinamik, penggantian ginjal, terapi neurologis, lesi kulit, beserta dukungan hati.
3. Kriteria 3: Data dari pasien yang mengalami dua ataupun lebih kegagalan organ serta menerima ventilasi invasif.
4. Kriteria 3s: Pasien dalam kondisi kritis tahap 3 memerlukan perawatan medis tingkat nasional dan regional, seperti ECMO/ECLS untuk oksigenasi membran ekstrakorporeal, bedah saraf, perawatan dada, serta transplantasi organ.

C. Faktor yang Mempengaruhi Saturasi Oksigen

Setiayawan et al. (2020) menyatakan bahwa beberapa faktor dan tindakan dapat mempengaruhi saturasi oksigen pasien kritis:

1. Hemoglobin

Penurunan aliran darah sama dengan penurunan konsentrasi Hb; Menurunkan kadar Hb hingga

seperempat dari normal akan menormalkan sirkulasi serta menurunkan PO₂ cairan interstitial sekitar 12 mmHg. Selain itu, pH darah memberikan indikasi tentang ketersediaan oksigen dalam tubuh, yang dapat diukur dengan SpO₂. Ketika pH darah menurun, kadar tekanan parsial oksigen (PO₂) meningkat, memungkinkan hemoglobin untuk lebih efisien mengikat oksigen. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa kadar oksigen dalam udara (FiO₂) dapat ditingkatkan, memperbesar jumlah oksigen yang masuk ke paru-paru serta menumbuhkan kapasitas difusi paru-paru, sehingga menumbuhkan tekanan parsial oksigen (PO₂) secara tidak langsung. PO₂ ini sangat penting karena berpengaruh pada kemampuan hemoglobin untuk mengikat oksigen; semakin tinggi PO₂, semakin banyak oksigen yang diangkut oleh hemoglobin dalam darah.

2. Aktifitas dan Mobilisasi

Mobilisasi, tindakan keperawatan penting, membutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk digunakan dengan baik pada pasien yang menderita sakit kritis. Mobilisasi dapat memberikan manfaat signifikan bagi pasien dalam berbagai aspek, seperti menumbuhkan pertukaran gas, mengurangi risiko ventilator-associated pneumonia (VAP), meminimalisir ketergantungan pada ventilator, serta menumbuhkan prognosis jangka panjang (Vollman, 2013). Intervensi mobilitas progresif mencakup serangkaian tindakan seperti rotasi kepala, rotasi manual, rentang gerak pasif

serta aktif, rotasi lateral yang berkelanjutan, posisi terlentang, gerakan anti-gravitasi, serta posisi berdiri atau mengangkat kaki (misalnya di atas meja atau tempat tidur), termasuk duduk, bergelantungan, serta berjalan. (Vollman, 2010).

3. Posisi *Head Up* 30°

Bila kepala ditinggikan 30°, aliran darah ke atrium kanan tidak terlalu tinggi, dan hambatan serta tekanan pada pembuluh darah pada atrium kanan juga tidak terlalu tinggi (venous return). Hal ini menyebabkan aliran darah dari atrium bawah ke atrium kanan relatif lancar. Namun, risiko stroke dan curah jantung dapat meningkat karena tekanan pengisian yang lebih tinggi dibandingkan dengan tekanan pengisian yang relatif rendah. Oleh karena itu, disarankan untuk meletakkan pasien dalam posisi tidur dengan kepala sedikit diangkat, dengan sudut sekitar 30 derajat. Menumbuhkan sirkulasi darah di otak, menjaga jaringan otak tetap terisi oksigen, serta menumbuhkan saturasi oksigen. Patricia (2014) dan Octobrianus (2014).

4. Suction

Penghisapan lendir digunakan untuk pasien yang tidak mampu menelan atau mengalirkan sekret pernafasan melalui selang yang dimasukkan melalui mulut atau hidung ke tenggorokan atau trakea. Aspirasi mukus harus dilaksanakan pada pasien yang tidak sadarkan diri disebabkan tidak bereaksi ataupun memerlukan pengeluaran sekret oral. Untuk menyelesaikan

pertukaran gas di paru-paru dan memompa darah di jantung, Muhamad (2017) menyatakan bahwa saturasi oksigen pasien saat menghirup harus berada dalam kisaran normal (di atas 95%), dan harus selesai dalam waktu sepuluh detik setelah menghirup. Dengan cara ini, pasien dapat segera bernapas setelah menghirup, serta oksigen dapat didistribusikan kepada seluruh tubuh.

Konsep Mortalitas

A. Definisi

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan bahwa kematian adalah ketika semua tanda kehidupan seseorang hilang secara permanen, yang dapat terjadi pada setiap tahap kehidupan setelah kelahiran. Tingkat keparahan penyakit, kondisi penyerta, dan usia adalah beberapa faktor mortalitas pasien (Handayani, 2020). Angka kematian adalah metrik penting yang menunjukkan tingkat kemajuan dan keparahan suatu penyakit. Lama rawat ialah jumlah waktu yang dihabiskan pasien pada rumah sakit mulai dari masuk hingga keluar, sedangkan lama perawatan di unit perawatan intensif dipengaruhi oleh kondisi spesifik pasien (Hempel et al., 2023).

Angka mortalitas pasien di unit perawatan intensif (ICU) adalah salah satu penunjuk penting guna menilai kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Tingkat mortalitas sangat dipengaruhi oleh kualitas perawatan pasien kritis (Hanafie, 2008). Tingkat mortalitas yang tinggi dapat menyebabkan masa penyembuhan yang lebih lama serta waktu rawat inap yang lebih lama pada rumah sakit (Gubari et al., 2020). Masa rawat yang lama dapat berdampak buruk pada pasien dan institusi kesehatan.

Indikator kematian merupakan angka ataupun indeks yang digunakan untuk mengukur tingkat kematian pada suatu

populasi tertentu. Ada banyak indikator kematian, mulai dari yang sederhana hingga yang kompleks. Penting untuk dicatat bahwa satu angka saja tidak bisa sepenuhnya mencerminkan kondisi kematian. Biasanya, berbagai metrik kematian digunakan bersama untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang tingkat kematian dalam populasi. Sebagian besar metrik kematian berbentuk rasio atau rate, menunjukkan frekuensi kejadian (seperti kematian, kelahiran, penyakit, dll.) selama periode waktu tertentu.

Memprediksi tingkat kematian merupakan strategi untuk meningkatkan kualitas perawatan dengan memprediksi kondisi pasien saat keluar dari ICU. Hal ini membantu dalam memantau status pasien dan memberikan informasi mengenai perkembangan perawatannya terkait dengan penyakit yang diderita. Informasi ini dapat menjadi panduan dalam pengambilan keputusan mengenai terapi lanjutan, yang pada akhirnya mempengaruhi lamanya perawatan yang dibutuhkan pasien.

Di setiap rumah sakit, jumlah kematian dapat berfluktuasi berdasarkan berbagai faktor. Tingkat kematian yang tinggi atau rendah sering dijadikan sebagai indikator kualitas pelayanan di rumah sakit. Negara-negara di dunia telah sepakat untuk merumuskan Tujuan Pembangunan Milenium berdasarkan kondisi nasionalnya. Ide ini kemudian berkembang menjadi "Transformasi dunia kita: Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030", sebuah kerangka kerja untuk pembangunan berkelanjutan. Agenda tersebut mencakup 17 tujuan serta 169 target yang mencakup seluruh

aspek pembangunan, termasuk upaya global untuk mengurangi angka kematian.

B. Faktor yang Mempengaruhi Mortalitas

Yastini (2020) menyebutkan hal-hal berikut sebagai penyebab kematian:

1. Komorbiditas

Secara umum, istilah "komorbiditas" dapat merujuk pada dua hal: 1. dua atau lebih kondisi medis yang ada bersamaan tetapi tidak saling terkait; atau 2. dua atau lebih kondisi medis yang ada bersamaan dan saling bergantung, artinya satu kondisi medis pada individu tersebut menyebabkan, disebabkan, atau berhubungan dengan kondisi medis lainnya (Purba, 2023). Kondisi medis tambahan dapat meningkatkan risiko terkena infeksi yang lebih serius dan meningkatkan angka kematian. Hipertensi, diabetes, dan obesitas adalah contoh penyakit penyerta yang umum (Rahmat et al., 2021).

2. Usia

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi tingkat kerentanan terhadap penyakit adalah usia. Ini berdampak pada tingkat risiko dan ketahanan individu terhadap berbagai jenis virus. Penelitian menunjukkan bahwa usia pasien berkaitan dengan kondisi mereka di unit perawatan intensif (ICU) (Daud et al., 2022).

3. Status Gizi

Kelebihan atau kekurangan gizi dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan risiko infeksi, dan

memperlambat proses penyembuhan dibandingkan dengan kondisi gizi yang normal (Yastini & Putu, 2022).

C. Pedoman dan Peraturan Terkait Etik Mortalitas

Statistik kematian merupakan sumber informasi kesehatan yang paling penting di beberapa negara, menjadi data yang paling bisa diandalkan.

Menurut World Health Assembly, penyebab kematian mencakup setiap kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera fatal, serta penyakit, kondisi sakit, maupun cedera yang bisa mengakibatkan kematian. Definisi ini tidak mengharuskan pembuat sertifikat untuk memenuhi beberapa kondisi sementara mengabaikan yang lain; tujuannya adalah untuk mengumpulkan semua informasi yang relevan. Gejala dan cara kematian seperti gagal jantung atau gagal paru-paru tidak disebutkan dalam definisi ini.

Jika hanya satu penyebab kematian yang disebutkan, maka penyebab tersebut dipilih buat ditabulasi. Namun apabila alasannya lebih dari satu maka pilihannya didasarkan pada kondisi yang ada. Berdasarkan keputusan Sesi Keenam Konferensi Revisi Internasional Sepuluh Tahun, aturan tersebut didasarkan pada gagasan bahwa penyebab kematian yang dihitung pada awalnya harus menjadi penyebab utama kematian. Dari perspektif pencegahan kematian, penting untuk menentukan rangkaian kejadian dan kondisi yang menghambat pemulihan. Tujuan kesehatan masyarakat yang paling efektif adalah mengatasi penyebab yang mendasarinya. Oleh karena itu, penyebab utama kematian harus dipahami sebagai berikut:

1. Penyakit ataupun kondisi yang mengakibatkan kematian secara langsung.
2. Penyakit (bila ada) yang menyebabkan kematian pada huruf (a).

Dokter yang bertanggung jawab memasukkan penyebab kematian harus berpegang pada prinsip di atas ketika menentukan kondisi patologis yang secara langsung mengakibatkan kematian serta kondisi awal atau sebelumnya yang menyebabkan kematian. Untuk memudahkan pemilihan penyebab kematian utama, penyebab kematian dibuat ketika dua atau lebih penyebab kematian ditemukan..

D. Identifikasi Kondisi Penyebab Kejadian Mortalitas

Banyak kasus menyebabkan kematian. Setiap kasus harus dicatat pada akta kematian dalam hal ini. Berkas kasus lengkap dapat digunakan untuk menemukan penyebab kematian. Penyebab dasar kematian (Underlying Cause of Death, atau UCoD) adalah penyebab tunggal ini. Program preventif primer didasarkan pada penyebab dasar kematian untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Kematian disebabkan oleh faktor-faktor berikut (WHO, 2010):

1. Penyakit atau kondisi yang menyebabkan kematian;
2. Kecelakaan ataupun kekerasan yang mengakibatkan cedera serta kematian.

Konsep tentang penyebab kematian adalah krusial pada menentukan kode kematian seseorang. Penyebab dasar kematian merujuk pada kondisi, peristiwa, ataupun keadaan yang menjadi akar penyebab kematian seseorang, yang tidak

selalu sama dengan kondisi akhir yang mengakibatkan kematian pasien. (Sarimawar dan Suhardi, 2008). Sebagai contoh, seseorang yang menderita kanker meninggal karena gagal jantung yang disebabkan oleh carcinomatosis. Dalam kasus ini, neoplasma kolon adalah titik awal penyakit yang dimulai dengan kanker kolon dan berkembang menjadi carcinomatosis, yang menyebabkan gagal jantung. Neoplasma maligna kolon adalah salah satu kondisi yang harus dikodekan sebagai penyebab dasar kematian (UCoD). Dokter rumah sakit atau puskesmas, dokter forensik, dan petugas polisi dalam kasus kecelakaan atau kekerasan dapat memberikan informasi tentang akta kematian.

E. Perhitungan Mortalitas

1. *Gross Death Rate* (GDR): Berdasarkan Kementerian Kesehatan (2011), angka kematian rata-rata di GDR adalah 45 per 1000 pasien keluar; standar ideal adalah 45 per 1000 pasien keluar, atau kurang dari 45 persen.
2. *Net Death Rate* (NDR): Angka kematian rata-rata untuk tiap 1000 pasien keluar adalah 48 jam setelah dirawat. Rumah sakit diberi waktu minimal 48 jam untuk merawat pasien, sehingga angka ini menunjukkan kualitas layanan rumah sakit yang baik dibandingkan dengan angka GDR. Standar ideal adalah 25 per 1.000 pasien, atau sekitar 25%.
3. *Rate Kematian Ibu* (MDR): Menurut Sudra (2010), MDR adalah kematian ibu dalam waktu 42 hari setelah kehamilan berhenti atau pada saat hamil. Pada tahun

2019, target NMR didalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sejak 2015 hingga 2019 adalah 24 per 1000 kelahiran hidup. Muninjaya (2015) menyatakan bahwa batas waktu yang ditetapkan guna asuhan kesehatan rumah sakit di Indonesia yaitu jangka waktu tertentu.

4. *Fatal Death Rate* (FDR): Jumlah kematian yang terjadi selama kehamilan atau dalam waktu empat puluh dua hari setelah berakhirnya kehamilan. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, target NMR tahun 2019 yakni 24 per 1.000 kelahiran hidup.
5. *Post-Operative Death Rate* (PODR): PODR adalah tingkat kematian operasi, juga dikenal sebagai tingkat kematian operasi. Ini adalah jumlah Pasien yang meninggal dalam sepuluh hari pasca operasi sebagai persentase dari pasien yang menjalani operasi selama periode tersebut. sesuai dengan Sudra (2010). Standar asuhan kesehatan rumah sakit di Indonesia adalah 1 per 5000, menurut Muninjaya (2015).
6. *Anaesthesia Death Rate* (ADR): Menurut Widjaya (2016), ADR mengacu pada kematian terkait anestesi yang disebabkan pada penggunaan obat ataupun peralatan anestesi oleh ahli anestesi selama praktik. Kematian akibat anestesi hanya bisa ditentukan oleh dokter. Standar nasional 1 orang per 5.000 orang merupakan standar ideal pelayanan kesehatan rumah sakit di Indonesia, berdasarkan Muninjaya (2015).

F. Klasifikasi Kegawatan Pasien

Menentukan kegawatan penyakit adalah bagian penting dari aktivitas sehari-hari di ruang ICU. Kualitas ini akan menentukan jumlah intervensi terapeutik yang dibutuhkan pasien di ruang ICU. Ini juga bermanfaat untuk memperkirakan penyakit, menjadi referensi untuk penelitian klinis, dan berbicara tentang kesehatan dalam diskusi medis. Kapasitas pasien ICU dapat dinilai dengan berbagai cara. M Palazzo (2006) membaginya menjadi sistem skoring berikut:

1. *Glasgow Coma Scale (GCS)*
2. *Acute Physiology Age and Chronic Health Evaluation (APACHE)*
3. *Mortality Prediction Models (MPM-II)*
4. *Organ Failure Scores*
5. *Sepsis Related Organ ailure Assessment (SOFA)*
6. *Simplified Acute Physiology Socre (SAPS)*

G. Instrumen Prediksi Mortalitas

Jumlah kematian pasien dapat dihitung dan dinilai dengan berbagai alat, tetapi sistem skor harus disesuaikan dengan kondisi ICU pada rumah sakit tertentu. Sistem skor APACHE II serta APACHE IV dipergunakan guna mengukur tingkat keparahan penyakit (Made Patni Dewi dkk., 2021).

APACHE adalah sistem skoring yang paling populer dan terkenal. Salah satu sistem penilaian yang terus dikembangkan, Acute Physiological Chronic Health Evaluation (APACHE), yang dimulai dengan APACHE I, APACHE II, APACHE III, dan APACHE IV, dirancang untuk mengevaluasi kondisi

pasien selama 24 jam pertama mereka tiba di ICU. APACHE IV dimaksudkan untuk meniru kondisi pasien selama 24 jam pertama mereka berada di ICU (Lee et al., 2014).

H. Sejarah APACHE

Sementara SAPS didirikan di Eropa, sistem APACHE yang dibuat oleh Knauss et al. telah menjadi populer di Amerika Serikat sejak tahun 1971. Sistem penilaian APACHE telah mengalami banyak revisi di berbagai pusat sejak publikasi pertamanya pada tahun 1981. Karena sistem penilaian APACHE asli dikurangi dari 34 menjadi 12 variabel pada tahun 1985, APACHE II dikenal sebagai APACHE Sederhana. Beberapa tahun kemudian, Knaus dkk. APACHE II direvisi menjadi APACHE III, dirilis pada tahun 1991. Revisi dari APACHE III, APACHE IV, menggunakan variabel yang sama tetapi dengan beberapa variabel tambahan, diterbitkan pada tahun 2006.

I. Konsep APACHE II Score

1. Definisi

APACHE II skor dapat digunakan untuk menentukan tingkat keparahan penyakit pasien dan perkiraan mortalitas. Ini adalah pengembangan dari sistem skor APACHE II, yang diluncurkan pertama kali pada tahun 1981. Skor APACHE II sebelumnya sangat berbeda dari versi sebelumnya; yang pertama menggunakan 12 variabel fisiologis, dan yang kedua menggunakan 34 variabel, dengan skor maksimum 71. Dalam 24 jam pertama pasien masuk ke ICU, nilai untuk setiap

variabel dihitung. Nilai terendah digunakan sebagai dasar (Adrian Halim dkk., 2016). Meskipun banyak metode penilaian telah digunakan untuk memprediksi perkembangan pasien, APACHE II, misalnya, telah terbukti cukup akurat untuk memprediksi tingkat kematian setiap pasien (Min Hyuk dkk., 2022).

Secara keseluruhan, skor APACHE II terdiri dari tiga variabel: dua belas kategori untuk variabel fisiologi, lima kategori untuk variabel usia, dan lima kategori untuk variabel keberadaan penyakit kronis atau komorbid. Skor APACHE II dihitung berdasarkan nilai parameter fisiologis normal pasien selama 24 jam pertama setelah masuk ke unit perawatan intensif (ICU) (Majeed Arshad et al., 2020).

Bagian pertama dari APACHE II menghitung data termasuk beberapa parameter fisiologis, termasuk suhu tubuh, tekanan nadi, detak jantung, laju pernapasan, hematokrit, jumlah sel darah putih, natrium, kalium, kadar kreatinin, pH darah, tekanan parsial oksigen (PaO₂) dan Skala Koma Glasgow (GCS). Terdapat penyesuaian tambahan guna pasien dengan kegagalan organ parah serta kronis, termasuk gagal jantung. Bagian kedua dan ketiga meliputi penyesuaian usia.

2. Skor *APACHE II*

Hasil penelitian Magdalena dkk. (2023) menunjukkan bahwa responden dengan skor APACHE II tertinggi, yaitu nilai APACHE 20–24, memiliki durasi rawat terlama, yaitu 8 hari. Sebaliknya, penelitian

Farajzadeh dkk. (2021) menemukan bahwa pasien dengan skor APACHE II antara 10-14 memiliki durasi rawat terlama, yaitu rata-rata 14 hari. Ini karena tingkat keparahan penyakit, yang berkisar dari ringan hingga berat, yang cenderung memerlukan perawatan yang lebih lama.

Pasien dalam kelompok dengan skor APACHE II yang lebih tinggi menunjukkan kompleksitas kasus yang lebih tinggi serta tingkat kematian yang lebih tinggi, sehingga banyak pasien dalam kelompok ini keluar dari unit perawatan intensif dengan status pasien keluar meninggal. Di sisi lain, pasien dalam kelompok dengan skor APACHE II yang lebih rendah menunjukkan kompleksitas kasus yang lebih rendah, yang memungkinkan proses alih rawat ke ruang perawatan biasa yang lebih cepat.

Sebuah penelitian dilaksanakan oleh Farajzadeh et al. (2021) menemukan bahwa skor APACHE II rata-rata untuk pasien yang dirawat di ICU adalah 16,68, skor APACHE II untuk pasien yang meninggal adalah 19,69, serta skor APACHE II rata-rata untuk pasien yang pindah ruangan adalah 14,42. Hasil ini menunjukkan bahwa skor APACHE II yang lebih tinggi berkorelasi dengan kondisi pasien yang lebih buruk, sementara skor APACHE II yang lebih rendah berkorelasi dengan kondisi pasien yang lebih baik

3. Kategori Skor APACHE II

Apache II score	Mortalitas rumah sakit (%)
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	24
20-24	40
25-29	55
30-34	73
≥ 35	85

Skor APACHE II dibagi menjadi dua kategori kondisi klinis pasien: rentan untuk perbaikan atau penurunan, dengan skor mulai dari 0 hingga 24 menunjukkan peningkatan kondisi pasien, dan skor mulai dari 25 hingga 71 menunjukkan penurunan kondisi pasien.

J. Konsep APACHE IV Score

1. Definisi

APACHE adalah sistem skoring yang paling populer dan terkenal. Acute Physiological Chronic Health Evaluation (APACHE), sistem penilaian yang terus dikembangkan, dimulai dengan APACHE I, APACHE II, APACHE III, dan APACHE IV. APACHE IV dimaksudkan untuk meniru kondisi pasien selama 24 jam pertama mereka tiba di ICU (Lee et al., 2014).

2. Skor APACHE IV

Studi yang dilakukan oleh Zimmerman (2006) menemukan bahwa skor APACHE IV berkisar antara 0 dan 299. Sebaliknya, penelitian Farasian (2023) menemukan bahwa kelompok responden dengan skor

APACHE IV memiliki nilai antara 141 dan 160, dan durasi rawat inap rata-rata adalah 9 hari. Faktor medis meliputi tingkat keparahan penyakit dan pasien yang keluar dari ICU tetapi kembali ke rumah sakit (rawat inap kembali) karena kondisinya memburuk (readmisi), menurut penelitian Choi et al. (2017). Selain itu, Faktor sosial yaitu komunikasi yang efektif serta psikologi keluarga juga berperan.

Penduduk Chungnam seperti keluarga besar, jadi mereka harus mengambil keputusan bersama. Ini dapat meningkatkan durasi perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang ICU. Farasian (2023) mengatakan bahwa RSUD dr. H. Jusuf SK Tarakan masih mempergunakan skor APACHE II dan variabel tes APACHE IV untuk menentukan kriteria masuk ICU. Namun, skor APACHE IV Dr. RSUD tidak pernah digunakan untuk menentukan kriteria masuk ICU. Jika pasien tidak memiliki asuransi kesehatan, mereka biasanya menghadapi masalah biaya. Menurut hasil penelitian, skor APACHE IV yang lebih tinggi terkait dengan waktu yang lebih lama pasien dirawat di ICU.

3. Kategori

<i>APACHE IV Score</i>	Mortalitas
0 – 20 21 – 40	< 20 % (Risiko Rendah)
41 – 60 61 – 80	20 – 80 % (Risiko Sedang)
81 – 100 <100	>80 % (Risiko Tinggi)

Berdasarkan tabel yang disajikan, skor APACHE IV dibagi menjadi tiga kategori kondisi klinis pasien: risiko rendah, risiko sedang, dan risiko tinggi mortalitas. Skor APACHE IV antara 0 dan 40 dianggap sebagai risiko rendah mortalitas, sehingga pasien rentang perbaikan; skor APACHE IV antara 41 dan 80 dianggap sebagai risiko sedang mortalitas, dan skor APACHE IV lebih dari 100 dianggap sebagai risiko tinggi mortalitas, sehingga pasien rentang perbaikan.

K. Perbandingan *APACHE II* dan *APACHE IV*

Beberapa tahun kemudian, Knaus et al. mengubah APACHE II, yang dirilis saat tahun 1991, menjadi APACHE III. APACHE III sama dengan versi sebelumnya, tetapi didasarkan pada penilaian kesehatan jangka panjang, perubahan fisiologis akut, dan usia. Skor APACHE III (kisaran 0–299) didasarkan pada 17 variabel fisiologis, termasuk 12 variabel dasar, glukosa, albumin, bilirubin, dan produksi urin selama 24 jam pertama. Selain itu, usia dan tujuh penyakit kronis—limfoma gagal hati, metastasis, leukemia, kerusakan sistem kekebalan, dan sirosis hati—dievaluasi. Berbeda dengan versi sebelumnya, APACHE III dapat digunakan kapan saja selama berada di ICU untuk menghasilkan persamaan prediksi angka kematian yang konsisten.

Skor APACHE III, selain sifatnya yang umum digunakan untuk mengukur tingkat keparahan penyakit, dapat digunakan untuk diagnosis atau menetapkan kriteria untuk masuk ICU, dan untuk membandingkan hasil pengobatan

antara pasien dengan risiko penyakit rendah dan pasien dengan risiko kematian tinggi (Knaus WA dkk., 1991). APACHE IV, yang diluncurkan pada tahun 2006, menunjukkan peningkatan akurasi dan penyelesaian masalah yang diperbaiki pada sistem sebelumnya. APACHE IV, di sisi lain, digunakan secara terbatas untuk alasan tertentu. Pertama dan paling penting, hal ini meningkatkan kompleksitas model, dan untuk melakukannya diperlukan perangkat lunak khusus. Kedua, karena sistem ICU dikembangkan di Amerika Serikat, sumber daya, sistem klasifikasi, dan jumlah tempat tidur ICU yang tersedia di negara lain mungkin berbeda.

L. Keunggulan APACHE IV

Berbeda dari APACHE III, APACHE IV memiliki 17 kriteria fisiologis dan dimaksudkan untuk menilai prognosis dan tingkat keparahan penyakit di ICU. Ini memasukkan variabel baru tentang trombolisis, penggunaan ventilasi, lama rawat di pra-ICU rumah sakit, lokasi sebelum masuk ICU, serta sub kelompok penyakit khusus.

Beberapa faktor menjelaskan keakuratan prediksi mortalitas APACHE IV. Yang pertama dan paling penting, APACHE IV didasarkan pada keberhasilan penggunaan abnormalitas fisiologis untuk penyesuaian resiko; ini merupakan bagian dari 60% keakuratan penjelasan model. Selanjutnya, variabel Pao_2/fio_2 dan GCS yang diskalakan ulang ditambahkan untuk menyesuaikan risiko fisiologis dengan lebih akurat. Karena efek dari nilai default GCS ke nilai normal selama sedasi atau kelumpuhan, penilaian langsung tidak

mungkin. Ketiga, para peneliti menemukan bahwa penyesuaian case-mix dengan pelabelan penyakit yang lebih tepat menghasilkan hasil yang lebih baik. Kemudian, berdasarkan data dan informasi yang dipublikasikan tentang dampak prognosis independen, peneliti terus mengubah dampak prognosis dari lokasi pasien sebelum mereka masuk ke ICU.

Kompleksitas prediksi APACHE IV dipengaruhi oleh elemen yang sama yang menghasilkannya. Usia, APS, komorbiditas dengan penyakit kronis, lama rawat inap sebelumnya, status ventilator, terapi trombolitik untuk pasien infark miokard akut, sumber masuk, diagnosa masuk ICU, dan pembedahan darurat adalah sembilan variabel yang diukur. Selama pencatatan APS, dua variasi tambahan dinilai. Ini dilakukan karena mereka tidak dapat menilai GCS dan rasio pao_2/fio_2 .

Konsep Lama Rawat

A. Definisi

Lama rawat, juga dikenal sebagai Length of Stay (LOS), merupakan jumlah waktu seorang pasien tinggal pada rumah sakit, yang dihitung dari hari masuk ke rumah sakit hingga hari keluar atau saat pulang. LOS digunakan sebagai ukuran untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien kepada suatu rumah sakit. Satuan waktu penghitungan lama rawat inap adalah hari, tanggal masuk pasien dikurangi tanggal keluar pasien. Data Kementerian Kesehatan tahun 2018 menunjukkan lama rawat inap yang ideal yaitu 6-9 hari, namun standar rumah sakit di Indonesia biasanya menetapkan sekitar ± 5 hari per pasien.

$$\text{LOS} = \text{Tanggal Keluar} - \text{Tanggal Masuk}$$

Keterangan:

Perhitungan tanggal masuk atau tambahkan hari berikutnya jika terjadi pada bulan yang berbeda.

B. Total Length of Stay

Total lama rawat (TLOS), ataupun total lama rawat inap, mencakup total waktu perawatan sekelompok pasien yang dipulangkan dalam jangka waktu tertentu. TLOS dipergunakan guna menghitung rata-rata durasi pengobatan harian, yang dikenal sebagai Average Length of Stay (ALOS).

C. Average Length of Stay

Salah satu parameter yang sering dipergunakan ketika menilai serta merencanakan sumber daya rumah sakit yaitu rata-rata lama rawat inap (AvLOS), yang dapat dihitung secara bulanan atau tahunan dan dapat dihitung berdasarkan kategori perawatan pasien. AvLOS merupakan rata-rata lama rawat pasien yang keluar dalam jangka waktu tertentu (H+M) (Yastini & Putu, 2022).

D. Faktor yang mempengaruhi Length of Stay

1. Tingkat Keparahan Penyakit

Pasien rawat inap INA-CBG, ada tiga tingkat keparahan penyakit. Terdapat tiga tingkat keparahan. Tingkat ringan menunjukkan bahwa penyakit pasien tidak memiliki komplikasi atau komorbiditas. Tingkat sedang menunjukkan bahwa penyakit pasien memiliki komplikasi dan komorbiditas ringan. Tingkat berat menunjukkan bahwa penyakit pasien memiliki komplikasi dan komorbiditas yang serius. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, yang menetapkan Petunjuk Teknis Grup Kasus Basis Sistem Indonesia (INA-CBGs) pada tahun 2014 (Mayau, 2020).

Dalam kategori skor APACHE II, perbedaan dalam tingkat keparahan penyakit, dari yang ringan hingga berat, berkorelasi dengan durasi perawatan yang berbeda. Pasien dengan skor APACHE II rendah memiliki kasus yang lebih sederhana dan dapat

dipindahkan ke ruang perawatan normal lebih cepat, sementara pasien dengan skor APACHE II tinggi menunjukkan kompleksitas kasus yang lebih tinggi serta tingkat kematian yang lebih tinggi, menurut penelitian Magdalena (2023).

2. Jenis Penyakit

Berdasarkan hasil penelitian Nugraheni, Wiyatini, & Wiradona (2018), penyakit adalah suatu keadaan yang kompleks yang dapat memberikan dampak negatif pada individu. Jenis penyakit yang dialami oleh pasien memiliki pengaruh yang signifikan terhadap rata-rata durasi perawatan menurut penelitian Mayau (2020).

3. Usia

Pengertian usia pada Kamus Bahasa Indonesia merujuk pada rentang waktu sejak individu dilahirkan atau dimulai dari saat hidup. Dalam konteks pertimbangan pembedahan, pengelompokan usia dibagi menjadi:

- a. Usia anak-anak, ialah umur antara 0 hingga 12 tahun.
- b. Usia dewasa, yaitu pada umur 13 hingga 45 tahun
- c. Usia tua yaitu usia yang lebih dari 45 tahun.

Usia memiliki korelasi dengan tingkat paparan, risiko yang dihadapi, dan resistensi terhadap berbagai faktor. Selain itu, usia juga terkait erat dengan berbagai karakteristik individu. Perbedaan dalam jenis penyakit menurut usia memiliki dampak yang terkait dengan hal ini:

- a. Perbedaan tingkat keterpaparan serta kerentanan menurut umur.
- b. Perbedaan dalam proses patogenesis.
- c. Perbedaan dalam hal pengalaman terhadap penyakit tertentu

Pasien biasanya membutuhkan waktu perawatan yang lebih lama seiring bertambahnya usia mereka. Pasien yang lebih tua, terutama mereka di atas usia 45 tahun, cenderung membutuhkan waktu perawatan yang lebih lama dibandingkan dengan pasien yang lebih muda. Menurut penelitian Yastini & Putu (2022), bertambahnya usia juga berarti sistem kekebalan tubuh seseorang menjadi kurang efektif dalam memerangi bakteri dan jamur.

4. Status Gizi

Kekurangan gizi dan kelebihan gizi dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh, yang menyebabkan peningkatan risiko infeksi dan penundaan dalam proses penyembuhan jika dibandingkan dengan kondisi gizi yang optimal. Ini adalah temuan yang diperoleh dari penelitian oleh Yastini & Putu (2022).

E. Perbandingan *APACHE II* dan *APACHE IV* dengan Lama Rawat

Penelitian yang dilakukan oleh Farasian (2023) menemukan bahwa *APACHE IV* memiliki nilai signifikansi yang lebih tinggi dibandingkan *APACHE II*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Vandenbrande et al. (2021), penelitian ini memvalidasi penggunaan skor *APACHE II* serta

APACHE IV untuk pasien COVID-19 di ICU rumah sakit pusat rujukan Belgia pada tahun 2021. Penelitian ini menunjukkan bahwa skor APACHE IV lebih efektif dalam memperkirakan status kesehatan pasien. Waktu tinggal. Lebih lanjut, penelitian ini konsisten dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Vasilevski et al. (2009) menemukan skor APACHE IV lebih berguna. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Kamal et al. (2013) menemukan bahwa skor APACHE IV lebih unggul dibandingkan skor APACHE II pada memprediksi mortalitas pada pasien cedera paru akut (ALI).

Selain itu, studi Widyastuti (2022) menemukan bahwa skor APACHE IV secara konsisten menunjukkan diskriminasi kematian yang baik. Prediksi mortalitas lebih akurat daripada prediksi PLOS, yang konsisten dengan hasil penelitian lainnya. Dalam penelitian kami, skor APACHE IV untuk prediksi mortalitas sama dengan populasi asli, tetapi ada perbedaan dalam karakteristik populasi. Dalam penelitian kami, pasien ICU lebih muda, dan rata-rata skor APACHE lebih tinggi. 59% dari pasien dalam penelitian kami memiliki skor APACHE IV lebih dari 100, sedangkan skor APACHE IV asli hanya 47%, dan 39,7% dari pasien sisanya memiliki skor APACHE IV antara 80 dan 100.

Manajemen Asuhan Keperawatan

Kritis

A. Definisi

Perawat perawatan kritis merupakan profesional keperawatan resmi yang bertanggung jawab guna meyakinkan bahwa pasien sakit kritis serta keluarganya menerima perawatan terbaik. Dalam keperawatan kritis, waktu sangat penting, sementara istilah "kritis" mengacu pada evaluasi yang hati-hati terhadap kondisi yang penting untuk mencapai solusi yang tepat.

Keperawatan kritis adalah spesialisasi keperawatan yang berfokus pada mengatasi masalah yang mengancam kehidupan pasien. Ini termasuk memberikan layanan kesehatan oleh perawat profesional untuk memastikan bahwa pasien tetap hidup. Pasien kritis harus diidentifikasi dan ditangani segera untuk mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan peluang kesembuhan.

Menurut American Association of Critical-Care Nurses (AACN), Perawatan kritis merupakan jenis perawatan yang merawat pasien dengan kondisi kesehatan berbahaya. Sebagai profesi resmi, perawat perawatan kritis mempunyai tanggung jawab guna memberikan perawatan terbaik kepada pasien sakit kritis serta keluarganya.

Menurut AACN, Mendiagnosis serta mengobati respons manusia terhadap penyakit yang mengancam jiwa, baik aktual

maupun potensial, menjadi bagian dari perawatan kritis. Interaksi antara perawat, pasien sakit kritis, serta lingkungan tanpa sumber daya keperawatan yang memadai juga termasuk dalam kategori ini.

Perawat kritis merupakan orang-orang yang bertanggung jawab guna menjamin bahwa pasien serta anggota keluarga mereka yang menderita penyakit kritis mendapat perawatan terbaik yang mungkin. Penanganan dan diagnosis penyakit yang mengancam nyawa adalah bagian penting dari perawatan keperawatan. Perawat harus berinteraksi dengan pasien dengan kondisi kritis dan lingkungannya.

Keberhasilan penanggulangan medik dalam keadaan gawat darurat atau kritis ditunjukkan oleh respons cepat dalam situasi sehari-hari dan bencana. Ketersediaan dan kualitas perawatan dari tempat kejadian hingga rumah sakit sangat penting untuk keberhasilan ini. Sebagaimana dinyatakan oleh Haryatun dan Sudaryanto (2008).

Untuk pasien yang berisiko atau dalam kondisi kritis, menemukan tanda-tanda dan memulai pengobatan segera dapat mencegah keburukan lebih lanjut serta meningkatkan peluang kesembuhan (Gwinnutt, 2006 dalam Jevon & Ewens, 2009). Departemen Kesehatan Inggris menyarankan "perawatan kritis tanpa batas" untuk memenuhi kebutuhan vital pasien di mana pun mereka berada pada rumah sakit (Jevon & Ewens, 2009).

Pasien kritis membutuhkan pencatatan medis yang konsisten serta pengawasan terus-menerus terhadap semua tindakan yang dilakukan. Perhubungan yang erat antara

pasien kritis dan perawatan intensif memungkinkan pengawasan yang cepat terhadap perubahan fisiologis atau penurunan fungsi organ tubuh lainnya.

B. Prinsip Keperawatan Kritis

Perawat kritis ialah orang-orang bertanggung jawab guna menjamin bahwa pasien serta anggota keluarga mereka yang menderita penyakit kritis mendapat perawatan terbaik yang mungkin. Penanganan dan diagnosis penyakit yang mengancam nyawa adalah bagian penting dari perawatan keperawatan. Perawat harus berinteraksi dengan pasien dengan kondisi kritis dan lingkungannya.

Keberhasilan penanggulangan medik dalam keadaan gawat darurat atau kritis ditunjukkan oleh respons cepat dalam situasi sehari-hari dan bencana. Ketersediaan dan kualitas perawatan dari tempat kejadian hingga rumah sakit sangat penting untuk keberhasilan ini. Berdasarkan Haryatun dan Sudaryanto (2008),

Mengidentifikasi tanda-tanda penyakit dan memulai pengobatan segera untuk pasien yang berisiko atau pada keadaan kritis bisa mencegah keburukan lebih lanjut serta meningkatkan peluang kesembuhan (Gwinnutt, 2006 dalam Jevon & Ewens, 2009). Departemen Kesehatan Inggris menyarankan "perawatan kritis tanpa batas" untuk memenuhi kebutuhan vital pasien di mana pun mereka berada pada rumah sakit (Jevon & Ewens, 2009).

Pasien kritis membutuhkan pencatatan medis yang konsisten serta pengawasan terus-menerus terhadap semua

tindakan yang dilakukan. Perhubungan yang erat antara pasien kritis dan perawatan intensif memungkinkan pengawasan yang cepat terhadap perubahan fisiologis atau penurunan fungsi organ tubuh lainnya.

C. Proses Keperawatan pada Area Keperawatan Kritis

Istilah "proses keperawatan" digunakan untuk menggambarkan metode asuhan keperawatan yang terorganisir secara sistematis. Fokus proses ini adalah bagaimana suatu kelompok atau individu bertindak dan menanggapi gangguan kesehatan yang mereka alami, baik yang nyata maupun yang mungkin. Pada dasarnya proses keperawatan merupakan pendekatan sistematis serta ilmiah dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien yang memungkinkan perawat mengatur dan memberikan pelayanan keperawatan. (Setiadi, 2011).

Tujuan pada proses keperawatan ialah mengenali kebutuhan pelayanan kesehatan klien, menetapkan prioritas, memberikan intervensi keperawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan klien, serta mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil serta tujuan yang diharapkan.

Standar perawatan kritis merupakan standar perawatan minimum yang harus diberikan perawat unit perawatan intensif kepada pasien ataupun keluarganya. Perawatan kritis ialah kegiatan praktik keperawatan intensif yang diberikan melalui metode proses keperawatan yang merupakan metode serta pedoman ilmiah guna memberikan perawatan berkualitas tinggi serta menyelesaikan masalah pasien.

D. Pengkajian Pasien Kritis

Menurut Morton and Fontaine (2018) dan Burn and Delgado (2019), proses pemeriksaan pasien pada unit perawatan intensif dan kritis terdiri dari:

1. *PreArrival Assessment*

Pasien dimasukkan ke ruang perawatan kritis (ICU) untuk menjalani pemeriksaan sebelum mereka tiba. Informasi ini berasal dari kontak awal dengan tim unit kesehatan lain; informasi ini mungkin berasal dari petugas kesehatan di lokasi yang melapor ke unit gawat darurat, rujukan dari fasilitas kesehatan lain, atau dari unit lain dalam lingkungan rumah sakit yang sama (misalnya, unit gawat darurat, ruang operasi). ruangan atau (ruang perawatan pasien).

Penilaian sebelum kedatangan membantu perawat ICU memperkirakan kebutuhan fisik dan mental pasien dengan memahami kondisi awal pasien. Penilaian sebelum kedatangan juga dapat membantu mereka menentukan ketersediaan sumber daya yang diperlukan untuk merawat pasien di unit perawatan intensif. Berdasarkan informasi yang dihimpun pada fase pra kedatangan, perawat ICU segera menyiapkan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

2. *Admission Quick Check*

Segera setelah pasien tiba, pemeriksaan dilakukan dengan cepat dan berfokus pada parameter ABCDE:

paru-paru, napas, sirkulasi, perfusi otak, masalah utama, tes obat dan diagnosis, dan peralatan. Penelitian ini menyajikan gambaran komprehensif mengenai kondisi ventilasi dan perfusi yang mencukupi, yang penting untuk memungkinkan intervensi cepat dalam situasi-situasi kritis yang mengancam nyawa. Untuk melengkapi hasil pengkajian fisik, penelitian keluhan utama dan hasil pemeriksaan diagnostik sangat penting. Pandangan pasien tingkat tinggi dalam penelitian tahap ini menunjukkan bahwa jantung dan sistem pernapasan dasar bekerja dengan baik.

Penilaian ABCDE harus dilakukan segera setelah pasien tiba di ICU. Perawat memeriksa apakah pasien atau peralatan telah berubah sejak laporan pasien. Untuk memastikan bahwa kebutuhan darurat yang mengancam kehidupan dapat ditangani dengan cepat, masalah yang paling penting diprioritaskan. Pasien harus dipantau dan memiliki peralatan pendukung yang sesuai, dan pemeriksaan laboratorium harus segera dilakukan.

Sebelum melakukan penilaian ABCDE, perawat harus memastikan bahwa pasien diidentifikasi dengan benar menggunakan gelang rumah sakit, identifikasi keluarga, atau dokumen identifikasi pribadi. Status alergi pasien juga mencakup jenis reaksi yang terjadi serta metode yang dipergunakan meredakan reaksi tersebut. Dengan melakukan penilaian cepat, Anda dapat berkomunikasi dengan keluarga Anda (jika ada).

Menunjukkan profesionalisme, kepercayaan diri serta komitmen guna memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Jika memungkinkan, izinkan anggota keluarga mengunjungi pasien dalam jangka waktu tertentu. Namun, hal ini tidak memungkinkan, beri tahu mereka kapan informasi terkini mengenai kondisi pasien tersedia. Mereka dapat dibawa ke ruang tunggu yang sesuai oleh anggota staf kesehatan lainnya. Pengkajian ABCDE diuraikan sebagai berikut:

a. Pengkajian Jalan Napas (Airway)

Alat yang digunakan untuk melakukan penelitian jalan napas adalah penglihatan, mendengar, dan perasaan. Berikut ini adalah bunyi tambahan yang dapat dihasilkan oleh obstruksi jalan napas: Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah ada obstruksi pada jalan napas.

- a) Gurgling, di mana cairan, seperti muntahan atau sekret, ditemukan di mulut atau saluran napas atas.
- b) Snoring, yang biasanya terjadi pada pasien dengan tingkat kesadaran yang berubah yang terlentang, menunjukkan bahwa lidah sebagian menghalangi jalan napas.
- c) Stidor: Suara bernada tinggi saat menarik napas menunjukkan adanya penyumbatan sebagian pada saluran napas bagian atas. Biasanya terjadi sebab adanya benda asing maupun edema laring.

d) Mengi, Suara mengi yang terdengar lebih jelas saat ekspirasi disebabkan aliran udara yang turbulen melalui bronkus serta bronkiolus yang menyempit. Suara ini mirip dengan musik bersiul. Asma serta penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan beberapa penyebabnya.

b. Pengkajian Napas (Breathing)

Pengkajian napas masih dapat dilakukan dengan menggunakan metode seperti mendengarkan, melihat, dan merasa. Berikut hal penting perlu diperhatikan dalam melaksanakan pengkajian napas:

- a) Hitung frekuensi pernapasan Anda. Jumlah antara dua belas dan dua puluh kali per menit adalah normal. Tanda pertama pasien menghadapi gangguan fisiologis akibat gangguan pernapasan seringkali adalah sesak napas; pernapasan lambat adalah gejala tidak menyenangkan yang mungkin menandakan bahwa pernapasan akan berhenti. Hal ini mungkin disebabkan oleh penggunaan opioid, kelelahan, hipotermia, cedera kepala, serta depresi sistem saraf pusat.
- b) Pergerakan dinding dada pada satu sisi dapat mengindikasikan patologi unilateral seperti pneumotoraks, pneumonia, ataupun efusi pleura.

- c) Mereka dapat mengetahui berapa banyak hiperventilasi dan hipoventilasi dengan menilai kedalaman pernapasan. Asidosis metabolik atau kecemasan dapat menyebabkan hipoventilasi; toksisitas opiat juga dapat menyebabkan hipoventilasi.
- d) Evaluasi pola pernapasan: Iskemia batang otak, cedera otak, serta kegagalan ventrikel kiri yang parah dapat dikaitkan dengan pola pernapasan cheyne-stokes, yang terdiri dari periode apnea dan hiperpnea.
- e) Lihat saturasi oksigen (SaO₂), yang biasanya antara 97 dan 100%, dan dapat menunjukkan masalah pernapasan.
- f) Fokus pada pernapasan yang tenang. Suara bising yang terdengar di saluran napas menunjukkan adanya sekresi yang menghalangi pasien untuk batuk atau bernapas dengan dalam.
- g) Adanya stridor ataupun mengi menunjukkan bahwa jalan napas parsial terblokir. Periksa trakea Anda. Jika bergerak ke satu sisi, itu menandakan pergeseran mediastinum. Ini dapat terjadi karena cairan pleura, pneumotoraks, atau fibrosis paruparu.
- h) Mengidentifikasi masalah yang tidak terlihat oleh mata melalui palpasi, perkusi, dan auskultasi dinding dada.

- i) Catat kecepatan aliran ekspirasi maksimum.
- c. Pengkajian Sirkulasi (Circulation)
- a) Lihat keberadaan, kecepatan, kualitas, keteraturan dan kesetaraan pulsa pusat dan perifer. Denyut nadi yang lemah menunjukkan curah jantung yang rendah, sedangkan denyut nadi yang cepat menunjukkan sepsis.
 - b) Periksa warna dan suhu jari serta tangan. Tanda-tanda masalah jantung antara lain jari tangan terasa dingin atau pucat.
 - c) Kaji waktu pengisian kapiler (CRT): CRT standar berlangsung kurang dari 2 detik, namun CRT yang lebih lama bisa menunjukkan perfusi perifer.
 - d) Cari tanda-tanda perdarahan, seperti drainase, luka, atau perdarahan dalam.
 - e) Tekanan darah harus diukur. Tekanan darah sistolik di bawah 90 mmHg menunjukkan syok. Hal ini disebabkan oleh mekanisme kompensasi yang menumbukan resistensi perifer sebagai respons terhadap penurunan curah jantung. Tekanan darah normal belum tentu menghindari terjadinya syok. Tekanan darah diastolik rendah ialah tanda vasodilatasi arteri, seperti reaksi alergi atau sepsis. Penyempitan tekanan nadi memperlihatkan vasokonstriksi arteri pada hipovolemia ataupun syok kardiogenik.

- f) Lihat kesehatan vena: Hipovolemia dapat menyebabkan vena kolaps.
- g) Ini adalah prosedur yang digunakan untuk menentukan apakah ada aritmia jantung. Dalam beberapa kasus, seperti ketika Anda mengalami nyeri dada, pemeriksaan EKG 12 sadapan adalah hal yang paling penting.

d. Pengkajian Kesadaran (Disability)

Saat mempelajari ketidakmampuan, yang merupakan fungsi sistem saraf pusat, beberapa hal harus diperhatikan yaitu :

- a) Evaluasi tingkat kesadaran pasien: Jika diperlukan penilaian kesadaran yang lebih objektif, seperti ketika pasien mengalami cedera kepala, gunakan skala AVPU atau skala koma glasgow (GCS).
- b) Pertimbangkan ukuran, kesetaraan, serta reaksi pupil terhadap cahaya.
- c) Lakukan tes gula darah: Periksa apakah hipoglikemia, yang bisa menyebabkan perubahan kesadaran, merupakan suatu kondisi medis.

e. Pengkajian Exposure

Selama penilaian paparan, semua inspeksi dilakukan secara menyeluruh guna memastikan tidak ada yang terlewat. Secara khusus, pengujian paparan harus fokus pada area tubuh yang paling

sering menimbulkan rasa sakit pada pasien, seperti kulit di mana gejala urtikaria muncul. Pemeriksaan paparan harus dilakukan dengan hati-hati untuk menjaga martabat pasien dan mengurangi kehilangan panas pasien.

3. *Comprehensive Initial Assesment*

Kapan dilakukan evaluasi awal, atau evaluasi awal, tergantung pada seberapa stabil fisiologis pasien dan kebutuhan pengobatan yang muncul.

Evaluasi komprehensif mencakup pemeriksaan menyeluruh terhadap riwayat kesehatan dan sosial pasien, dan jika pasien ICU berasal dari rumah sakit lain, pemeriksaan fisik pada berbagai bagian tubuh pasien. Jika pasien dipindahkan ke ICU dari rumah sakit lain, penilaian menyeluruh mencakup peninjauan data di awal pemeriksaan dan membandingkannya dengan kondisi pasien saat ini. Penelitian yang komprehensif sangat penting sebab dapat memberikan wawasan terkait solusi yang diperlukan. Periksa seluruh area tubuh pasien, termasuk riwayat kesehatan dan sosialnya. Studi komprehensif terhadap pasien yang sakit kritis sebanding dengan penelitian terhadap pasien yang tidak sakit kritis. Bagian ini tidak memerlukan informasi yang lebih luas daripada yang diperoleh dari studi pasien yang tidak dirawat kritis karena hanya membahas aspek evaluasi spesifik pasien sakit kritis.

Beberapa hal penting yang perlu diperhatikan dalam melakukan pengkajian:

- 1) Riwayat kesehatan maupun riwayat kesehatan masa lalu: kondisi medis saat ini, operasi sebelumnya, masalah psikologis serta emosional, riwayat rawat inap, riwayat pengobatan (obat resep dan obat bebas), alergi, riwayat dosis beserta pengobatan.
- 2) Riwayat sosial: Kategori ini mencakup informasi seperti usia, jenis kelamin, asal etnis, tinggi serta berat badan, tingkat pendidikan terakhir, status pernikahan, agama, anggota keluarga utama atau pengambil keputusan, dan penggunaan atau penyalahgunaan zat seperti alkohol, obat resep, kafein, dan tembakau.
- 3) Pengkajian psikososial: Hal-hal yang perlu dipelajari meliputi gaya komunikasi umum, strategi penanggulangan, tingkat kecemasan serta stres, ekspektasi hidup pada ICU, situasi stres saat ini, dan ekspektasi atau kebutuhan keluarga.
- 4) Spiritualitas: Keyakinan dan iman yang relevan dengan proses penyembuhan harus dipelajari.
- 5) Pemeriksaan Fisik: Beberapa sistem yang harus diperiksa termasuk sistem saraf, sistem kardiovaskuler, sistem pernapasan, sistem ginjal, sistem pencernaan, sistem imun dan endokrin, serta sistem integumen.

4. *Ongoing Assesment*

Penilaian berkelanjutan, juga dikenal sebagai penilaian berkelanjutan, dilaksanakan pada interval yang bervariasi berdasarkan protokol unit setempat serta kebutuhan pasien. Parameter evaluasi yang dijelaskan di sini umumnya digunakan untuk semua pasien setelah evaluasi komprehensif awal selesai.

Penilaian berikutnya, atau penilaian berkelanjutan, terjadi setelah penilaian inspeksi cepat dan inspeksi penuh selesai. Ini dipergunakan dalam menilai kondisi saat ini, menilai respons terhadap pengobatan, serta mengidentifikasi masalah baru ataupun perubahan kondisi setelah evaluasi awal.

Namun, setiap protokol ICU mengharuskan pasien yang stabil untuk dites setiap dua hingga empat jam, meskipun tes yang sedang berlangsung ini dapat berubah setiap beberapa menit, terutama untuk pasien yang sangat tidak stabil. Setelah penilaian awal, kondisi saat ini diperiksa, respon terhadap pengobatan diperiksa, dan masalah baru atau perubahan kondisi diidentifikasi..

Selama evaluasi berkelanjutan, jika salah satu situasi berikut terjadi: 1. Perubahan rencana pengobatan; 2. Sebelum serta sesudah prosedur intervensi seperti intubasi ataupun pemasangan selang dada; 3. Sebelum serta sesudah pemindahan dari unit perawatan intensif ke tes diagnostik atau tujuan lain; 4. Penurunan kondisi fisik atau mental; atau 5. Memulai pengobatan baru. Saat

melakukan pengajian lanjutan, parameter seperti ini dapat digunakan sebagai referensi:

- 1) Saraf: Tingkat kesadaran, pemeriksaan pupil, dan kekuatan motorik ekstremitas harus dipelajari.
- 2) Kardiovaskuler: Beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain tekanan darah, ritme, denyut jantung, bunyi jantung, waktu pengisian kapiler, denyut nadi perifer, patensi akses terapi intravena, verifikasi penggunaan cairan serta obat intravena, serta tekanan beserta syok.
- 3) Pernapasan: Beberapa hal yang perlu dipelajari antara lain ritme serta frekuensi pernapasan, suara napas, warna, serta jumlah sekret; parameter ventilasi mekanis, jenis tabung dada, patensi, dan fungsi; dan pemeriksaan gas darah vena.
- 4) Ginjal: Perhatikan jumlah makanan yang dikonsumsi dan dikeluarkan, warna dan kejernihan luar urine, dan tingkat kreatinin dan BUN.
- 5) Pencernaan: Perhatikan hal-hal berikut: bising usus; tekstur dan bentuk perut; posisi serta patensi selang drainase; warna dan jumlah sekret; tingkat koagulasi; suhu; serta jumlah sel darah putaran.
- 6) Endokrin, hematologi, dan imunologi: keseimbangan cairan, kadar glukosa dengan elektrolit, tingkat koagulasi, suhu, serta jumlah sel darah putih adalah hal-hal yang perlu diperiksa.
- 7) Kulit: Perhatikan warna, suhu, integritas kulit, serta area kemerahan.

- 8) Nyeri atau ketidaknyamanan: Untuk mengetahui bagaimana kulit menanggapi intervensi, perlu dilakukan pemeriksaan.
- 9) Psikososial: Perlu diperhatikan status mental dan respons perilaku, tanggapan terhadap penyakit serius seperti stres, kecemasan, cara menghadapi, dan suasana hati, gangguan kognitif seperti demensia, delirium, atau depresi, kemampuan komunikasi kebutuhan dan partisipasi dalam perawatan, serta pola tidur.

E. Code Blue

Code Blue ialah sistem yang digunakan guna memberi tahu orang-orang perihal keadaan darurat yang disebut serangan jantung, di mana pasien harus segera pergi ke rumah sakit guna mencari pertolongan. Henti jantung dapat terjadi di berbagai lokasi, termasuk di rumah sakit, dan bisa menimpa siapa saja tanpa dapat diprediksi, baik itu pasien yang sedang dirawat di rumah sakit, pasien yang sedang menjalani perawatan jalan, keluarga pasien, pengunjung rumah sakit, atau bahkan orang yang mendampingi pasien. Code Blue pertama kali dibuat oleh Bethany Kansas Medical Center di Amerika Serikat sekitar tahun 2000.

Salah satu tujuan pada sistem yaitu guna mengurangi angka kematian akibat serangan jantung mendadak (IHCA) yang sering terjadi di rumah sakit. Telah dianalisis bahwa penyebab tingginya IHCA yaitu penerapan resusitasi yang kurang efektif. Oleh karena itu, untuk memaksimalkan perawatan pasien henti jantung paru, telah dikembangkan sistem yang

dapat melakukan resusitasi (Rahmawati, Emaliyawati, and Kosasih, 2019).

Sistem yang telah diuji menunjukkan kinerja yang baik. Mulai dari pengkajian awal hingga pelaksanaan dan evaluasi pasien, poin penting dari Tindakan RJP sangat diperhatikan. Indonesia harus menjadi bagian dari pelayanan gawat darurat rumah sakit dan tidak ketinggalan dalam pengembangan sistem ini, menurut Rahmawati, Emaliyawati, dan Kosasih (2019).

Algoritma Code Blue

Algoritma *Code Blue* ialah kumpulan langkah yang digunakan untuk menanggapi kejadian Code Blue yang terjadi (Saed & Mohd, 2017 dalam Azis et al., 2018):

- 1) Menemukan pasien dengan *arrest* jantung atau paru-paru.
- 2) petugas rumah sakit meminta bantuan untuk menghidupkan code blue dan mengaktifkan alarm.
- 3) Tunggu tim kode biru tiba, first responder akan datang dan melakukan BLS/CPR jika mampu, jika tidak mampu tunggu bantuan untuk melindungi pasien.
- 4) Saat code blue dihidupkan, petugas yang berdinasi di sekitar lokasi kejadian segera menuju lokasi kejadian dengan membawa barang-barang yang diperlukan.
- 5) Ketika tim kode biru tiba di lokasi, mereka langsung mengambil alih resusitasi, serta RJP melanjutkan untuk menyimpan catatan tentang semua tindakan yang dilakukan.
- 6) Jika terdeteksi pasien mengalami serangan jantung atau paru, staf rumah sakit akan meminta bantuan dengan mengaktifkan Kode Biru beserta menyalakan alarm.

Tunggu hingga tim kode biru tiba serta petugas pertolongan pertama yang tiba melaksanakan BLS/CPR jika mampu, ataupun menunggu bantuan tiba dan melindungi pasien jika tidak mampu. Ketika kode biru diaktifkan, petugas yang berada di sekitar lokasi kejadian segera merespons dengan membawa peralatan dan persiapan yang diperlukan ke lokasi kejadian.

Waktu Tanggap Dalam Penanganan Kegawatdaruratan

Kesuksesan respons time sangat bergantung pada kualitas perawatan yang diberikan untuk menyelamatkan pasien dan mencegah cedera dari tempat kejadian hingga perawatan rumah sakit (Azis et al., 2018). Waktu tanggap yang baik bagi pasien adalah kurang dari lima menit, dan ini adalah waktu antara kejadian gawat darurat dimulai dan petugas kesehatan menanggapi.

Satu menit kedatangan mencapai 56,8% dari kasus, dua menit mencapai 30,9% dari kasus, tiga menit mencapai 11,5% dari kasus, serta lima menit mencapai 0,7% dari kasus, menurut penelitian yang dilakukan pada 139 panggilan Code Blue.



Sumber: Rantai Bertahan Hidup AHA untuk IHCA dan OHCA Dewasa (Lavonas et al., 2020)

F. Pendidikan Kesehatan Pasien Kritis

Jika kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga tidak dipenuhi dengan baik, pendekatan pembelajaran dapat diubah dan pendekatan pengajaran secara keseluruhan harus diubah. Rumah Sakit Universitas Georgetown mengubah instruksi pemulangan pasien bedah jantung berdasarkan tanggapan perawat, pasien, dan keluarga mereka. Pada satu titik, CCTV digunakan untuk mencatat instruksi pemulangan dan mengirimkannya ke setiap kamar pasien. Setelah menonton video, pertanyaan pasien didiskusikan dengan individual bersama perawat. Karena sebagian besar pasien tertidur saat menonton video, manfaatnya lebih sedikit. Meskipun video adalah alat pengajaran yang hebat, kelompok pasien ini kurang tertarik. Selain itu, komite pendidikan pasien mengembangkan pedoman pemulangan individu untuk unit tersebut.

Salah satu keuntungan yaitu pemahaman lebih baik antara anggota keluarga setelah mendapatkan pengetahuan lebih dalam tentang kondisi medis atau pengobatan tertentu; namun, kekurangannya adalah keluarga harus mempertimbangkan aspek perawatan pasien berdasarkan informasi internet yang tidak selalu akurat, yang sulit diandalkan.

Keluarga juga membantu berbicara tentang masalah yang mungkin terjadi. Perawat perawatan kritis juga memiliki kemampuan untuk menciptakan lingkungan yang peduli serta berempati pada keluarga dapat berbagi kekhawatiran mereka mengenai proses pemulihan pasien. Hal ini karena anggota

keluarga mungkin takut mengambil tanggung jawab merawat orang yang dicintai yang baru pulih dari penyakit serius. Selama mengajar, perawat perawatan kritis dapat mengidentifikasi kebutuhan perawatan di rumah maupun layanan sosial dengan berbicara tentang keluarga.

G. Internet Sebagai Alat Pengajaran

Alat pengajaran baru untuk departemen kesehatan yaitu Internet. Hanya dengan mengklik mouse ataupun menggunakan mesin pencari, Anda dapat menemukan halaman web tentang hampir semua topik yang berhubungan dengan perawatan kesehatan. Banyak anggota keluarga membaca berbagai informasi, mulai dari iklan hingga penelitian terbaru, sebelum mereka sampai di ruang perawatan intensif. Begitu tiba di sana, mereka meminta dokter dan perawat untuk menjelaskan bagaimana informasi tersebut berhubungan dengan kondisi orang yang mereka sayangi saat ini. Penelitian online memiliki kelebihan dan kekurangan yang perlu dipertimbangkan.

Keluarga dapat lebih memahami bagaimana mereka berinteraksi satu sama lain setelah mengetahui lebih banyak tentang kondisi medis atau pengobatan tertentu. Namun, konsekuensi negatifnya adalah keluarga harus menggunakan informasi yang mungkin tidak lengkap atau salah yang mereka temukan di internet saat mempertimbangkan setiap aspek perawatan pasien. Tidak mudah bagi pelanggan kesehatan untuk menilai relevansi informasi yang ditemukan di internet

karena tidak ada jaminan atas keakuratan konten yang disajikan oleh situs web.

Perawat perawatan kritis memiliki kesempatan besar untuk menggunakan alat pengajaran yang efektif ini untuk mengajar pasien dan keluarga mereka untuk memenuhi kebutuhan pendidikan banyak pasien dan keluarga. Akan dibuat situs web yang menyajikan informasi kesehatan yang akurat dalam bahasa yang mudah dipahami.

Perawat juga dapat menggunakan internet untuk memberikan perawatan kritis yang dapat meningkatkan pendidikan pasien dan keluarga mereka. Banyak rumah sakit menggunakan internet untuk menyediakan perpustakaan kesehatan dan sistem pendidikan pasien yang menyediakan informasi kesehatan yang akurat dan disusun sesuai dengan kebutuhan pasien. Dengan menggunakan internet, pasien dan keluarga mereka dapat dengan mudah mengakses informasi kesehatan yang mereka butuhkan. Ini memungkinkan setiap orang yang ingin mempelajari masalah kesehatan melakukannya.

H. Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis

Keluarga memberikan rasa aman, harapan, dan informasi kepada pasien kritis di ruang ICU. Keluarga membutuhkan lima hal utama: informasi, dukungan, kenyamanan, kedekatan, dan jaminan (Erang, 2018).

Jika salah satu unsur tersebut tidak terpenuhi, seperti kebutuhan informasi tentang perkembangan penyakit pasien, maka dampak yang ditimbulkan dapat berupa kecemasan,

menurunnya kemampuan berpikir logis keluarga, dan menurunnya kemampuan mengambil keputusan secara optimal. Jenis dukungan yang paling penting biasanya adalah memastikan bahwa layanan terbaik diberikan, diikuti dengan kebutuhan untuk menjaga kontak dekat dengan pasien. Salah satu cara dokter, perawat, dan pengasuh dapat berkomunikasi yaitu dengan menetapkan jadwal khusus konsultasi keluarga dengan staf medis (Erang, 2018).

Secara umum, situasi keluarga seseorang mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Selain itu, keluarga pasien sakit kritis di unit perawatan intensif sering kali mengalami tingkat emosi, kecemasan, keterkejutan, dan penolakan yang tinggi terhadap situasi yang mengancam jiwa. Keluarga seringkali mengalami perubahan perilaku, berbagai krisis psikologis, serta perasaan tidak berdaya. Lama rawat inap pasien sakit kritis sangat mempengaruhi mekanisme koping keluarga yang maladaptif.

Gangguan koping keluarga inti sering terjadi pada awal kondisi kritis (Su, 2019). Selain itu, kebutuhan perawatan kritis keluarga (CCNI), yang dianggap sebagai data utama tentang pemenuhan kebutuhan keluarga, dapat digunakan sebagai alat untuk menilai dan memenuhi kebutuhan keluarga (Siswoyo et al., 2020). Hasil penelitian yang dilaksanakan selama ini menunjukkan terkait keluarga pasien ICU rata-rata memenuhi kebutuhannya. Pelayanan ICU dievaluasi berdasarkan daya tanggap dan kepekaan terhadap kebutuhan keluarga pasien ICU (Pondi, Fauzan, and Yulanda, 2020). Maka, telah terbukti bahwa anggota keluarga yang terlibat dalam kegiatan sosial,

seperti konseling, dapat mengurangi kecemasan mereka (Lili Amaliah and Ricky Richana, 2018).

Mekanisme Koping, Loss And Greafing

A. Pendahuluan

Pasien di ruang perawatan intensif (ICU) sering mengalami tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Mengidentifikasi dan mengendalikan karakteristik utama dapat membantu mencegah dampak buruk dan meningkatkan peluang pemulihan. Pasien yang sakit kritis memerlukan perawatan intensif dan terkadang perawatan paliatif guna mencegah memburuknya kondisi mereka. Tujuan perawatan paliatif yaitu guna menumbuhkan kualitas hidup pasien dengan penyakit serius dengan berfokus pada identifikasi dini beserta penilaian penyakit serta pengelolaan nyeri serta konsekuensi fisik, psikologis, dan spiritual. (WHO, 2002).

Karena kehilangan dan berduka adalah pengalaman yang berbeda bagi setiap orang, memahaminya adalah bagian penting dari pekerjaan perawat. Sangat penting bagi perawat untuk membantu klien melanjutkan kehidupan mereka dengan membantu mereka memahami dan menangani kehilangan mereka. Dengan memberikan perhatian, kepercayaan, dan dukungan, perawat dapat menjadi sumber kekuatan bagi pasien dan keluarganya dalam situasi ini, dengan kehadiran dan dukungan yang berkelanjutan.

Pasien yang dirawat pada unit perawatan intensif (ICU) seringkali mengalami situasi mendekati kematian. Dalam hal ini, dukungan dari keluarga sangatlah penting karena mereka

berperan penting dalam mendukung proses kesembuhan pasien. Namun, keluarga pasien sering kali mengalami stres berat akibat kondisi tersebut. Oleh karena itu, dalam situasi ini pelayanan perawatan harus memberikan perhatian khusus untuk memenuhi kebutuhan keluarga pasien. Setiap keluarga harus meningkatkan fokus untuk menyelesaikan berbagai masalah untuk mengurangi stres. Dengan demikian, keluarga harus membuat strategi coping, atau strategi adaptasi, yang sesuai (Östlund & Persson, 2014).

Friedman (1998) Banyak anggota keluarga membaca berbagai informasi, mulai dari iklan hingga penelitian terbaru, sebelum mereka sampai di ruang perawatan intensif. Begitu tiba di sana, mereka meminta dokter dan perawat untuk menjelaskan bagaimana informasi tersebut berhubungan dengan kondisi orang yang mereka sayangi saat ini. Penelitian online memiliki kelebihan dan kekurangan yang perlu dipertimbangkan. Keluarga berfungsi lebih baik jika mereka beradaptasi dengan baik (Sheidow, Henry, Tolan, & Strachan, 2014).

B. Konsep Mekanisme Koping

Perilaku coping merupakan proses dimana seseorang menghadapi berbagai tuntutan, baik internal maupun eksternal, yang mungkin mengganggu keberadaannya. Coping adalah cara individu merespon stres, melibatkan respon perilaku dan pikiran, memanfaatkan sumber daya internal atau eksternal, serta dilakukan secara sadar dengan tujuan

meredakan atau mengatasi konflik yang berasal dari dalam ataupun luar diri.

Tujuan dari strategi coping adalah untuk mengatasi situasi dan tuntutan yang dianggap penuh tekanan, menantang, memberatkan, atau melampaui sumber daya yang tersedia. Cara seseorang menghadapi masalah sangat dipengaruhi oleh sumber daya coping yang dimilikinya. Menurut Stuart dan Sundeen (1991), terdapat dua jenis strategi resistensi. Pertama, ada resistensi yang berfokus pada masalah, yang mencakup tindakan langsung atau mekanisme resistensi yang berorientasi pada solusi masalah. Kedua, ada resistensi yang berfokus pada emosi, yang mencakup mekanisme resistensi yang berorientasi pada pengelolaan atau ekspresi emosi. Beberapa contoh strategi perlawanan yang berpusat pada masalah ialah:

1. Konfrontasi yakni upaya guna mengubah situasi ataupun menyelesaikan masalah secara positif serta melibatkan tingkat kemarahan beserta pengambilan risiko.
2. Isolasi adalah ketika seseorang berusaha menarik diri dari lingkungannya ataupun mengabaikan masalah yang dihadapinya.
3. Kompromi merupakan cara diam-diam mengubah keadaan, meminta bantuan, ataupun bekerja sama dengan keluarga dekat serta teman sebaya.

Sedangkan mekanisme coping yang berfokus pada emosi seperti :

- a) Denial, ialah mengingkari masalah dengan mengatakan bahwa hal itu tidak terjadi pada dirinya.
- b) Rasionalisasi adalah menutupi ketidakmampuan seseorang dengan alasan-alasan yang bisa diterima nalar serta diterima oleh orang lain. Melalui rasionalisasi, kita tidak hanya bisa membenarkan apa yang kita laksanakan, namun juga secara wajar berpikir bahwa tindakan tersebut pantas dilakukan.
- c) Kompensasi, yaitu perilaku menyembunyikan ketidakmampuan dengan menunjukkan sifat-sifat yang baik, mencari kepuasan yang berlebihan di bidang lain karena frustrasi di suatu bidang. Kompensasi karena kekurangan yang dirasakan.
- d) Represi adalah praktik melupakan saat-saat yang tidak menyenangkan dalam ingatan serta hanya mengingat saat-saat yang menyenangkan.
- e) Sublimasi, yaitu mengungkapkan ataupun mengarahkan perasaan, bakat, ataupun kemampuan ke arah yang positif.
- f) Identifikasi, ialah meniru cara berpikir, pikiran, serta perilaku orang lain.
- g) Regresi adalah ketika seseorang kembali ke masa lalu ataupun berperilaku seperti anak kecil.
- h) Proyeksi adalah menyalahkan orang lain atas kesulitan Anda ataupun menyalahkan orang lain atas kesalahan Anda.

- i) Konversi adalah penerjemahan reaksi psikologis menjadi gejala fisik.
- j) Displacement merupakan respon emosi terhadap seseorang kemudian berpindah kepada orang lain.

Strategi Mengatasi Lazarus dan Folkman (1984). Lazarus dan Folkman (1984) juga secara umum membagi strategi coping menjadi dua kategori, yaitu:

1. Strategi Coping Berfokus pada Masalah

Metode yang dirancang untuk memecahkan masalah. Masyarakat lebih cenderung menggunakan strategi ini jika mereka merasa permasalahannya dapat dikendalikan dan diselesaikan. Ketika seseorang percaya bahwa mereka memiliki sumber daya yang dapat mengubah suatu situasi atau bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bertindak secara konstruktif terhadap situasi tersebut, mereka biasanya terlibat dalam perilaku penanggulangan yang berfokus pada masalah. Misalnya penelitian Ninno dkk. (1998) menunjukkan bahwa keluarga mengadopsi strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah seperti meminjam uang dari bank, membeli makanan secara kredit, mengubah pola makan, serta menjual aset. Contoh strategi pengendalian masalah yang berfokus pada masalah ialah :

a) *Lanful problem solving* :

Artinya, bereaksi dengan mengambil beberapa tindakan yang dirancang untuk mengubah situasi dan kemudian menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang terfokus secara analitis. Misalnya, orang yang melakukan pemecahan masalah secara terencana

akan bekerja dengan sangat fokus dan terencana, dan mereka ingin mengubah gaya hidupnya agar dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi secara bertahap.

b) *Confrontative coping*

Respon terhadap situasi yang memerlukan pengambilan risiko dapat bervariasi. Sebagai contoh, seseorang yang menggunakan strategi coping konfrontatif mungkin akan menanggapi masalah dengan mengambil langkah-langkah yang melibatkan pelanggaran aturan, meskipun tindakan tersebut kadang-kadang dapat menimbulkan risiko yang signifikan.

c) *Seeking social support*

Hal ini berarti mencari dan menanggapi bantuan pihak luar, baik dalam bentuk informasi, dukungan praktis atau emosional. Masyarakat pencari dukungan sosial selalu berusaha menyelesaikan permasalahannya dengan mencari bantuan kepada pihak lain yang dapat memberikan bantuan baik materi ataupun non materi, seperti teman, tetangga, politisi, serta tenaga profesional.

2. Strategi coping berfokus pada emosi

Tujuan dari strategi coping yang berfokus pada emosi yaitu mencoba mengubah cara emosi bekerja tanpa secara langsung mengubah pemicu stres. Jika seseorang merasa bahwa mereka tidak bisa mengubah situasi stres serta hanya bisa menerima situasi tersebut karena sumber daya mereka

tidak cukup guna mengatasinya, mereka cenderung melakukan perilaku coping yang berfokus pada emosi. Contoh lain dapat ditemukan pada penelitian yang dilaksanakan oleh Ninno et al. (1998), rumah tangga menggunakan strategi coping yang berfokus pada emosi untuk menangani masalah pangan yang disebabkan oleh banjir besar di Bangladesh. Strategi tersebut antara lain berupa penyerahan diri, doa, dan harapan akan bantuan, kasih sayang, serta belas kasihan dari masyarakat dengan pemerintah. Contoh strategi pengendalian stres yang berfokus pada emosi yaitu :

a) *Positive reappraisal* (memberi penilaian positif):

Strategi ini melibatkan pendekatan yang bertujuan untuk menemukan makna positif dari pengalaman, termasuk melalui partisipasi dalam aktivitas keagamaan. Contohnya, individu yang menerapkan pendekatan ini selalu memandang segala sesuatu dari sisi positif, mengambil pembelajaran dari setiap peristiwa, menghindari menyalahkan orang lain, dan bersyukur atas apa yang dimilikinya.

b) *Accepting responsibility* (penekanan pada tanggung jawab):

Ini berarti bereaksi dengan menumbuhkan kesadaran akan peran yang Anda mainkan dalam masalah yang Anda hadapi serta berusaha menjaga segala sesuatunya tetap sebagaimana mestinya. Orang yang bertanggung jawab menerima apa yang terjadi saat

ini sebagaimana mestinya serta mampu beradaptasi dengan keadaan.

c) *Self controlling* (pengendalian diri):

Dengan kata lain, bereaksilah dengan menerapkan aturan dalam perasaan dan tindakan Anda. Misalnya, seseorang akan menggunakan keterampilan koping ini untuk memecahkan suatu masalah agar selalu memikirkan tindakannya dan menghindari mengambil tindakan cepat.

d) *Distancing* (menjaga jarak Agar tidak terjebak pada permasalahan tersebut. Misalnya, seseorang melaksanakan hal ini ketika memecahkan suatu masalah. Ia terlihat tidak peduli dengan masalahnya dan berusaha melupakannya seolah bukan apa-apa.

e) *Escape avoidance* (menghindarkan diri):

Hal itu untuk menghindari permasalahan yang dihadapi. Misalnya, orang yang menggunakan gaya coping ini dalam menyelesaikan masalah menunjukkan sikap selalu menghindari masalah dan sering melakukan hal-hal negatif, seperti tidur terlalu lama, mengonsumsi obat-obatan terlarang, serta tidak ingin berinteraksi dengan orang lain.

Jenis coping yang dipergunakan serta efektivitasnya bergantung pada jenis stres ataupun masalah yang dihadapi (Evans & Kim, 2013). Dalam situasi dimana perubahan konstruktif masih memungkinkan (seperti mengalami kelaparan akibat bencana), pendekatan yang dipergunakan ialah fokus kepada masalah.

C. Asuhan pada Klien dengan Masalah Kehilangan dan Berduka

1. Definisi

Semua orang mengalami perasaan berduka dan kehilangan di suatu titik dalam hidup mereka. Keadaan di mana sesuatu yang dianggap penting berubah, tidak ada lagi, ataupun menghilang disebut kehilangan.

Kehilangan mengacu pada perubahan hidup seseorang atau terpisahnya sesuatu yang telah ada sebelumnya, baik sebagian maupun seluruhnya. Setiap orang pasti pernah kehilangan sesuatu. Orang-orang kehilangan sesuatu sejak lahir dan kemungkinan besar mereka akan mengalaminya lagi dalam bentuk yang berbeda.

"Berduka" (berduka) dan "berduka" (berduka). Duka adalah respons emosional terhadap hilangnya sesuatu yang penting dalam hidup. Hal ini terwujud secara berbeda pada setiap orang tergantung pada pengalaman pribadi, ekspektasi budaya, dan keyakinan spiritual. Duka ialah respons emosional terhadap hilangnya sesuatu yang penting dalam hidup. Duka mengacu pada pikiran, perasaan, serta perilaku yang terkait dengan stres dan kesedihan mendalam.

2. Jenis jenis kehilangan

a. Kehilangan Obyek Eksternal

Kehilangan barang atau milik pribadi atau bersama karena pencurian, seperti uang, perhiasan, atau perabot rumah tangga, ataupun kerusakan akibat bencana alam.

b. Kehilangan Lingkungan Yang Dikenal

Dimungkinkan untuk dijelaskan sebagai keluar dari lingkungan yang sangat dikenal, seperti keluarga, baik untuk waktu tertentu atau secara permanen, seperti pindah rumah, rawat inap pada rumah sakit, ataupun mengubah pekerjaan.

c. Kehilangan objek atau Individu Penting

Kehilangan menimbulkan stres khususnya mencakup kehilangan pekerjaan, kehilangan anggota keluarga ataupun teman dekat, kehilangan seseorang yang Anda percayai, kehilangan hewan peliharaan, atau perceraian. Kehilangan yang sangat berarti disebut juga kehilangan orang yang sangat penting.

d. Kehilangan suatu aspek diri

Hilangnya diri atau pikiran, serta bagian tubuh dan fungsi fisik maupun mental.

e. Kehilangan hidup

Ini adalah kondisi di mana seseorang mengalami keadaan mati secara emosional, mental, dan terlibat dalam aktivitas sehari-hari dan interaksi dengan orang lain hingga mencapai kematian sebenarnya. Contohnya termasuk kematian anggota keluarga,

teman dekat, ataupun bahkan diri sendiri; ataupun kematian seseorang yang sudah lama tinggal sendirian serta menderita penyakit mematikan, yang mana kematian dianggap sebagai kelegaan yang menyakitkan.

3. Jenis jenis berduka

- a. Kesedihan yang normal terdiri dari perasaan, perilaku, serta reaksi normal terhadap kehilangan orang yang dicintai. Misalkan sedih, marah, menangis sendirian, menarik diri sementara dari aktivitas, dan sebagainya.
- b. Duka antisipatif adalah proses pelepasan yang dimulai sebelum kehilangan ataupun kematian sebenarnya terjadi. Misalny, ketika seseorang didiagnosis mengidap penyakit mematikan, mereka memulai proses mengucapkan selamat tinggal dan menyelesaikan segala sesuatunya di dunia sebelum kematian.
- c. Duka yang rumit dialami oleh orang yang mengalami kesulitan guna melanjutkan ke tahap berikutnya, ialah tahap duka yang normal. Masa berkabung yang terasa tidak akan pernah berakhir bisa merusak hubungan seseorang dengan orang lain.
- d. Duka tertutup adalah proses berduka yang terjadi ketika kehilangan tidak bisa diakui secara terbuka. Misalkan, kehilangan pasangan disebabkan oleh

AIDS, kematian seorang anak, atau seorang ibu yang kehilangan anaknya saat hamil atau melahirkan.

4. Tanda dan gejala berduka

- a. Efek Fisik Gejala yang mungkin terjadi antara lain kelelahan, kehilangan nafsu makan, sulit tidur, lemas, penurunan berat badan, sakit kepala, pandangan kabur, kesulitan bernapas, detak jantung tidak teratur, dan penambahan berat badan.
- b. Efek emosional Penolakan, rasa bersalah, kemarahan, kebencian, depresi, kesedihan, rasa gagal, sulit berkonsentrasi, sulit menerima kenyataan, mudah tersinggung, kepedulian terhadap almarhum.
- c. Dampak Sosial: Keterpisahan dari lingkungan berarti isolasi emosional serta fisik dari istri, keluarga serta teman.

5. Tugas klien yang berduka

- a. Menerima realita kehilangan

Hal ini ketika kehidupan perempuan dengan keluarga berubah karena kematian seseorang. Orang yang berduka mengakui kematian seseorang melalui tindakan seperti melihat, memeluk, menyentuh, dan mengingat. Agar mereka dapat menerima kematian orang yang dicintai secara kognitif dan emosional, penting bagi perempuan dan keluarga mereka untuk berbagi cerita tentang peristiwa dan pengalaman

mereka serta membicarakan rasa kehilangan yang mereka alami..

b. Menerima sakitnya rasa duka

Artinya, orang yang berduka harus benar-benar merasakan dan mengungkapkan kesedihannya. Kematian umumnya dianggap sebagai pengalaman yang menyakitkan dan menyedihkan bagi semua orang, meskipun Anda atau keluarga Anda mungkin mengalami tingkat kehilangan yang berbeda-beda. Masyarakat seringkali menganggap remeh makna kematian seseorang jika orang tersebut tidak memiliki hubungan sosial atau hubungan dekat yang kuat dengan almarhum.

c. Menyesuaikan diri dengan lingkungan

Proses belajar beradaptasi terhadap perubahan akibat kehilangan sesuatu disebut beradaptasi dengan lingkungan sekitar.

d. Seiring berjalannya waktu, orang yang berduka mempunyai peluang untuk mengubah cara pandang mereka mengenai dampak kehilangan terhadap kehidupan mereka. Bukan berarti mereka melupakan orang yang meninggalkannya, namun seiring berjalannya waktu mereka mempunyai kesempatan untuk mengembangkan cara pandang baru. Mereka mungkin mengalami perasaan yang berbeda serta menemukan cara berbeda guna mengatasi masalah.

e. Kehidupan atau Re-organisasi

Mengalami cinta dan kehidupan baru berarti melanjutkan atau mengatur ulang hidup Anda. Mereka yang tetap tinggal mulai menemukan kegembiraan dalam hal-hal yang membuat mereka bahagia, peduli terhadap diri sendiri serta orang lain, menemukan minat baru, serta membangun kembali hubungan mereka sepenuhnya.

6. Faktor yang menyertai resiko kehilangan (berduka)

Berdasarkan Martocchio, faktor resiko yang menyertai kehilangan antara lain :

- a. Status sosial ekonomi rendah.
- b. Kesehatan yang buruk
- c. Kematian mendadak ataupun sakit mendadak.
- d. Merasa kurang mendapat dukungan sosial
- e. Kurangnya dukungan dari keyakinan agama
- f. Kurangnya dukungan dari anggota keluarga ataupun orang yang tidak mampu mengungkapkan kesedihannya.
- g. Reaksi intens berupa rasa sakit, kemarahan, serta sikap mencela diri sendiri.

7. Dampak Kehilangan

- a. Selama masa anak-anak, kehilangan bisa mengganggu kemampuan guna tumbuh dan berkembang, seringkali menyebabkan regresi dan rasa takut akan ditinggalkan ataupun kesepian.

- b. Selama masa remaja, kehilangan bisa menyebabkan disintegrasi dalam struktur keluarga.
- c. Pada usia dewasa tua, apalagi meninggalnya pasangan, bisa menjadi pukulan yang sangat berat sehingga merenggut semangat hidup individu yang ditinggalkan..

8. Tindakan pada Pasien yang Kehilangan dan Berduka

a. Tindakan untuk Pasien yang berada di Tahap Peningkaran.

- 1) Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan perasaannya secara terbuka :
 - a) Mendorong pasien guna menyampaikan perasaan berdukuanya;
 - b) Bila pasien sudah siap secara emosional, secara bertahap tingkatkan kesabaran pasien terhadap kenyataan dan kehilangan.
- 2) Menunjukkan sikap menerima dengan tulus kemudian mendorong pasien dalam berbagi perasaan dengan cara:
 - a) Dengarkan pasien dengan penuh perhatian serta minat, tanpa menghakimi maupun menghakimi;
 - b) Jelaskan kepada pasien bahwa sikapnya mungkin relevan dengan siapa saja yang pernah mengalami kehilangan.

- 3) Berikan jawaban yang jujur terhadap pertanyaan pasien terkait sakit, pengobatan, serta kematian dengan cara berikut:
 - a) Menjawab pertanyaan pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti, jelas, serta tidak berbelit-belit.
 - b) Mengamati dengan cermat respons pasien selama mereka berbicara.
 - c) Secara bertahap meningkatkan kesadaran pasien.

b. Tindakan pada Pasien dalam Tahap Kemarahan

- 1) Membantu pasien mengidentifikasi rasa bersalah serta ketakutan dengan cara berikut:
 - a) Lihat bagaimana pasien bertindak serta berbicara tentang perasaannya dengannya.
 - b) Mencegah bunuh diri ataupun merusak diri sesuai dengan tingkat resikonya.
- 2) Membantu pasien mengurangi rasa bersalah melalui cara:
 - a) Menghargai perasaan pasien;
 - b) Membantu pasien menemukan dukungan yang positif dengan mengaitkan kenyataan;
 - c) Memberikan kesempatan kepada pasien guna menangis serta mengungkapkan perasaannya; dan
 - d) Bersama pasien berbicara tentang pikiran yang selalu muncul.

3) Izinkan dan dorong pasien untuk mengungkapkan kemarahan secara verbal daripada menggunakan kemarahan sebagai konfrontasi. Hal ini bisa dicapai dengan beberapa cara, yaitu :

- a) Menjelaskan kepada keluarga pasien bahwa kemarahan pasien sebenarnya tidak ditunjukkan kepada mereka;
- b) Mengizinkan pasien menangis;
- c) Mendorong pasien guna berbicara tentang rasa marahnya; dan
- d) Membantu pasien saat memperkuat sistem pendukungnya serta orang lain.

c. Tindakan terhadap Pasien dalam Tahap Penawaran

Membantu pasien mengungkapkan rasa bersalah serta takut dengan cara berikut:

- a) Mendengarkan dengan hati-hati apa yang dikatakan pasien;
- b) Mengajak pasien untuk berbicara tentang rasa takut ataupun rasa bersalahnya; dan
- c) Jika pasien terus-menerus mengatakan "kalau..." maupun "seandainya...", beritahu mereka bahwa petugas kesehatan hanya bisa melaksanakan apa yang mereka butuhkan.
- d) Berbicara dengan pasien tentang faktor-faktor yang menyebabkan dia merasa bersalah atau takut.

d. Tindakan pada Pasien dalam Tahap Penerimaan:

- 1) Membantu keluarga menghadapi kematian dengan cara berikut:
 - a) Mengunjungi pasien secara teratur;
 - b) Membantu keluarga berbagi perasaan karena setiap anggota keluarga tidak berada pada tahap yang sama pada saat yang sama;
 - c) Berbicara tentang rencana setelah masa berkabung selesai; dan
 - d) Memberikan informasi akurat terkait kebutuhan pasien dan keluarga.

Daftar Pustaka

- AACN (2005). *Essentials of Critical Care Nursing, Third Edition* (Chulay, AACN *Essentials of Critical Care Nursing*). Mc Graw Hill 3. Comer. S.
- ACCCN's (2009). *Critical Care Nursing, 2nd ed.* Chatswood: Elsevier 5.
- Achsar, A. M., & Fatoni, A. Z. (2021) 'Manajemen Pasien Dekstrokoliosis Berat dengan Kegagalan Napas yang disebabkan oleh Syok Septik dan Pneumonia', *Journal of Anaesthesia and Pain*, 2(1), pp. 40–47. doi: doi.org/10.21776/ub.jap.2021.002.01.05. Ackerman MJ, Filart R, Burgess LP, et al. (2010). Developing next- generation telehealth tools and technologies: patients, systems, and data perspectives. *Telemedicine Journal of E Health*.
- Ananta Tanujiarso, B. and Fitri Ayu Lestari, D. 2020. Mobilisasi Dini Pada Pasien Kritis Di Intensive Care Unit (Icu): Case Study. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 4(1), pp. 59–66.
- Andrew Mcgee, Robert D. Truog. Withholding and Withdrawing Life Sustaining treatment and the Relevance of the Killing Versus Letting Die Distinction. *The American Journal of Bioethics* 2019. Vol 19:3, p 34-36.
- Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, Badaoui A, Bali MA, Barthet M, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy* 2018;50:524e46.
- Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, Gianotti L, Krznari Z, Lobo DN, L€oser C, Madl C, Meier R, Phillips M, Rasmussen HHj, Hooft JEV, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical

nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clinical Nutrition* 39 (2020) 612e631.

Burns, S. M. 2014. *AACN Essentials of Critical Care Nursing*. Third. McGraw-Hill Education.

Destisary, S. M., Lumadi, S. A. and Handian, F. I. 2021. Pengalaman Perawat dalam Merawat Pasien Fase End of Life di Ruang ICU. *Jurnal Gawat Darurat*, 3(1), pp. 29–42.

Douplat Et Al. Management of Decision of Withholding and Withdrawing Life- sustaining Treatments in French Eds. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2020, Vol 28:52, p. 1-10.

Erang, S. 2018. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis DI Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rsud D R . D Radjat Prawiranegara. 9(1), pp. 104–110.

Gunawan, A. H. 2015. Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Unit Pelayanan Intensif Berdasarkan Beban Kerja dan Kompetensi di Unit Pelayanan Intensif Rumah Sakit Dr Oen Solo Baru Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan*, 2, pp. 98–114.

HIPERCCI Pusat. (2018). *Modul Pelatihan Keperawatan Intensif Dasar*. Jakarta : Inmedi

Hosizah dan Yati Maryati. 2018. *Sistem Informasi Kesehatan II: Statistik Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Badan PPSDMK Kemenkes RI.

Indar,dkk,(2019) *Hukum dan Bioetik dalam Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan* ,Sleman, Yogyakarta : CV Budi Utama.

Indrawati, U. and Romli, L. Y. 2018. *Modul Pembelajaran Keperawatan Kritis*. Keperawatan Kritis, 11–13.

Janes Jainurakhma., dkk. (2021). *Caring Perawat Gawat Darurat*. Jakarta. Yayasan Kita Menulis Jevon dan Ewens. (2009).

Pemantauan Pasien Kritis Seri Ketarmpilan Klinis Esensial untuk Perawat edisi kedua. Jakarta: Erlangga.

John M. Luce. Withholding and Withdrawal of Life Support From Critically Ill Patients. *From Departments of Medicine and Anesthesia*, Vol 167, p. 411-416.

Keaveny, J. (2019) 'Critical Care Diabetes Education. Who, What, When, Where, and Why.', *Critical Care Nursing Clinics of North America*. Elsevier Inc, 25(1), pp. 123–130. doi: 10.1016/j.ccell.2012.11.006.

Kemenkes (2014) Peratutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit. Kemenkes RI. (2010). Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit. JAKARTA: Kementrian Kesehatan RI.

Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. (1985) APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Med*. 1985 Oct;13(10):818-29. PMID: 3928249.

Kristin Furfari, Jean Abbott. Withdrawing and Withholding in the Clinic Arena. *The American Journal of Bioethics* 2019, Vol 19:3, p. 45-47.

Lars Oystein Ursin. Withholding and Withdrawing Life Sustaining Treatment. *The American Journal of Bioethics* 2019, Vol 19(3), p. 10-20.

Lavonas, E. J. et al. (2020) 'American Heart Association tahun 2020 PEDOMAN CPR DAN ECC.', *Hospital management*, 86(2).

Lili Amaliah and Ricky Richana. 2018. Effect Of Consultation Activity To An Anxiety Rate In Patient Family Which Interested In ICU Room Waled Hospital Cirebon Regency. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 5(2), pp. 12–14. doi:10.54867/jkm.v5i2.51.

- Marlisa, & Situmorang, R. (2019) 'Gambaran Pengetahuan Perawat Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Napas Yang Dilakukan Suction Endotracheal Tube (ETT) di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUP H. Adam Malik Medan', Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, 1(1)
- Morton, P. G. and Fontaine, D. K. 2018. *Critical Care Nursing A Holistic Approach*, Syria Studies. Edited by Eleventh. Wolters Kluwer.
- Muninjaya, A.A. Gede. 2015. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Perrin, K. O. and MacLeod, C. E. 2018. *Understanding the Essentials of Critical Care Nursing*. Third, Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain)). Third. New York: Pearson Education, Inc.
- Pondi, M., Fauzan, S. and Yulanda, N. A. 2020. *Gambaran Kualitas Pelayanan Keperawatan Dan Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Di Icu: Literature Review*. TanjungpuraJournal of Nursing Practice and Education, 2(2). doi:10.26418/tjnpe.v2i2.45666.
- Porte, W. (2008). *Critical Care Nursing Handbook*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers 6. Schumacher, L. & Chernecky, C. C.
- PPNI (2016a) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Kererawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2016b) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Kperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed). Jakarta: DPP PPNI.
- Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2014 ; Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Sakinah, S., Fadil, M. and Firdawati, F. (2019) ‘Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan Dokter Jaga IGD tentang Penatalaksanaan Kasus Henti Jantung di Rumah Sakit Tipe C seSumatera Barat’, *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), p. 1. doi: 10.25077/jka.v8.i1.p1-9.2019.
- Sartono et al. (2019) *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Bekasi: Gadar Medik Indonesia.
- Siswoyo et al. 2020. Validity And Reliability Of Critical Care Family Needs Inventory (Ccfni) In Indonesian Version., *NurseLine Journal*, 5(2), pp. 226–230.
- Smedira Et Al. Withholding And Withdrawal of Life Support From The Critically ILL. *The New England Journal Medicine* 2020, Vol 322 No.5, p. 309-315.
- Su, M. H. 2019. Hubungan Lama Rawat dan Status Pasien Kritis dengan Koping Keluarga di Ruang ICU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong. *Inovasi Kesehatan*, 1(Oktober), pp. 57–62.17
- Suprihatin, T. 2015. Managemen Stres Pada Perawat Icu. *Jurnal keperawatan*, 8(1).
- Suryadi taufik,(2017) Aspek Bioetiko –Medikolegal Penundaan dan Penghentian Terapi Bnatuan Hidup pada Perawatan Kritis,*Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Banda Aceh.
- Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, Mallery S, Freeman M, Besselink MG. Current concepts in severe acute and necrotizing pancreatitis: an evidence-based approach. *Gastroenterology* 2019;156:1994e2007e3.

- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014.
- Vardit Ravitsky, Avraham Steinberg. Withholding and Withdrawing : A Religious-Cultural Path Toward a Practical Resolution. *The American Journal of Bioethics* 2019, Vol 19:3, p 49-50.
- Widjaya, Lily. 2016. 6. Mengolah data Statistik RS (SIRS 5b)
- World Health Organization (WHO), ICD-10, Volume 2: Instruction Manual, Geneva, 2010.
- World Health Organization (WHO), ICD-10, Volume 3: Alphabetical Index, Geneva, 2010.
- Wulan, E. S. and Rohmah, W. N. 2019. Gambaran Caring Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Raa Soewondo Pati. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 8(2), p. 120. doi:10.31596/jcu.v8i2.410. Tentang Keperawatan.
- Yastini, T., & Putu, L. (2022). Kontribusi Sari Kedelai Sebagai Sumber Protein Makanan Selingan Terhadap Lama Hari Rawat Pasien Di Rsud Tangguwisia Kec. Seririt Kab. Buleleng.
- Zimmerman, J. E., Kramer, A. A., McNair, D. S., & Malila, F. M. (2006a). Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: Hospital mortality assessment for today's critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 34(5), 1297–1310. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000215112.84523.F0>
- Zimmerman, J. E., Kramer, A. A., McNair, D. S., & Malila, F. M. (2006b). Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: Hospital mortality assessment for today's critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 34(5), 1297–1310. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000215112.84523.F0>



**Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surabaya
Jl. Sutorejo No. 59 Surabaya
Telp: 031-3811967/031-3811966
Website : www.fik.umsurabaya.ac.id**