BAB II
KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

Beberapa studi sebelumnya telah menunjukkan bahwa lama rawat pasien di ruang intensif berhubungan signifikan dengan tingkat kecemasan yang dialami keluarga pasien. Penelitian oleh Samarang et al. (2023) di RSUD Otanaha menemukan bahwa mayoritas keluarga pasien yang dirawat di ICU selama lebih dari 5 hari mengalami kecemasan pada tingkat ringan hingga sedang. Hasil uji chi- square menunjukkan adanya hubungan signifikan antara AVLOS dengan tingkat kecemasan keluarga (p = 0,03), yang mengindikasikan bahwa semakin lama pasien dirawat di ICU, maka semakin tinggi risiko kecemasan yang dirasakan oleh keluarga.

Penelitian oleh Amelia et al. (2020) di ruang ICCU RSUD Ulin Banjarmasin juga memperkuat temuan tersebut. Rata-rata lama rawat adalah 3,14 hari, namun 33,3% responden mengalami kecemasan berat. Penelitian ini menggunakan uji korelasi Spearman dan menghasilkan nilai p = 0,0003 dengan korelasi sedang (r = 0,532), yang berarti ada hubungan signifikan antara lama hari rawat dan tingkat kecemasan keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Zulinda. (2025) di Ruang ICU RSUD DR. Syaiful Anwar Provinsi Jawa Timur menunjukan bahwa hampir setengah responden yaitu 29 orang (48,3%) dan memiliki keluarga yang dirawat lebih dari 7 hari (panjang) menujukan hubungan yang signifikan antara lama rawat inap dan tingkat kecemasan keluarga pasien. Dengan, uji koefisien kontingensi menunjukan nilai 0,467 dengan nilai signifikansi $0.000 < \alpha(0.05)$. semakin lama pasien dirawat semakin tinggi pula Tingkat kecemasan keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Anam et al. (2021) di PICU RSUD Ulin Banjarmasin melaporkan bahwa rata-rata lama rawat anak di PICU adalah 10 hari, dengan median lama rawat 9 hari. Temuan ini mengindikasikan bahwa sebagian besar pasien anak yang dirawat di PICU memerlukan perawatan

lebih dari tiga hari, terutama pada kasus dengan kondisi klinis yang berat dan membutuhkan pemantauan serta terapi lanjutan secara intensif. Lebih lanjut, Anam et al. (2021) menjelaskan bahwa pasien dengan gangguan sistem respirasi, neurologi, dan penyakit infeksi merupakan kelompok yang paling sering dirawat di PICU dan cenderung memiliki durasi perawatan yang lebih panjang. Lama rawat yang meningkat tersebut berkaitan dengan kompleksitas penyakit, risiko komplikasi, serta kebutuhan penggunaan alat bantu dan terapi medis berkelanjutan

Keempat penelitian tersebut menegaskan bahwa perawatan intensif berdurasi panjang dapat menjadi faktor stresor psikologis bagi keluarga pasien. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketidakpastian kondisi pasien, kurangnya informasi dari tenaga kesehatan, serta tekanan ekonomi dan emosional. Oleh karena itu, intervensi keperawatan seperti peningkatan komunikasi, edukasi yang efektif,

dan dukungan psikologis menjadi penting untuk menekan tingkat kecemasan keluarga pasien.

2.2 Konsep Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

2.2.1 Pengertian

Pediatric Intensive Care Unit (PICU) adalah suatu unit perawatan intensif khusus yang disediakan di rumah sakit untuk memberikan pengawasan, evaluasi, dan intervensi medis yang komprehensif dan berkelanjutan bagi anak-anak dengan kondisi kritis atau yang mengancam jiwa. Unit ini dirancang secara khusus untuk menangani pasien berusia >28 hari hingga remaja, yang mengalami gangguan pada satu atau lebih fungsi organ vital seperti pernapasan, kardiovaskular, neurologis, atau metabolik (Sri Nemani.2022).

PICU dilengkapi dengan teknologi canggih, seperti monitor hemodinamik, ventilator mekanik, pompa infus presisi, dan sistem pemantauan multi-parameter yang memungkinkan tenaga medis untuk

mengamati kondisi pasien secara real-time dan merespons secara cepat jika terjadi perubahan status klinis (Rennick et al. (2021).

2.2.2 Tujuan PICU

Tujuan utama dari PICU adalah untuk:

1. Menstabilkan kondisi pasien anak yang berada dalam kondisi akut atau kritis.
2. Memberikan terapi suportif dan definitif, seperti ventilasi mekanik, pemberian obat-obatan vasoaktif, atau intervensi nutrisi.
3. Mencegah komplikasi lanjutan, baik akibat penyakit dasar maupun sebagai dampak dari kondisi kritis.
4. Mendukung pemulihan fungsi organ vital melalui pemantauan berkelanjutan dan manajemen klinis berbasis bukti.
5. Mengoptimalkan keselamatan dan kenyamanan pasien anak, dengan pendekatan yang berpusat pada anak dan keluarga.
6. Mengkoordinasikan layanan melalui tim multidisiplin untuk mencapai outcome klinis yang maksimal.

Sebagaimana dijelaskan oleh Kleiber & Harper (2021) bahwa tujuan utama perawatan intensif pediatrik adalah untuk menstabilkan kondisi anak, meminimalkan disfungsi organ, dan mendorong proses pemulihan sambil mencegah perburukan kondisi lebih lanjut. PICU juga berfungsi sebagai tempat pelaksanaan berbagai intervensi lanjutan bagi pasien-pasien dengan risiko tinggi, serta sebagai pusat komunikasi dan koordinasi dengan keluarga dalam proses pengambilan keputusan medis.

2.2.3 Kriteria pasien PICU

Pasien yang dirawat di Pediatric Intensive Care Unit (PICU) adalah anak-anak dengan kondisi kritis yang mengancam jiwa dan membutuhkan pemantauan ketat serta intervensi medis lanjutan yang tidak dapat diberikan di ruang rawat inap biasa. Tujuan penempatan pasien di PICU adalah agar perawatan yang diberikan bersifat cepat, intensif, dan menyeluruh.

Kriteria penerimaan pasien PICU mencakup anak-anak dengan kondisi yang

mengancam jiwa seperti gagal napas, syok septik, trauma berat, atau pascaoperasi besar (Pollack et al.2016). Beberapa kondisi medis yang menjadi indikasi utama perawatan di PICU antara lain:

1. Gagal Napas atau Distres Pernapasan Berat
   Mengalami hipoksia berat atau hiperkapnia dan membutuhkan bantuan ventilasi mekanik invasif maupun non-invasif.
2. Gagal Jantung atau Syok (Kardiogenik, Septik, Hipovolemik)
   Hipotensi refrakter terhadap terapi cairan dengan tanda disfungsi perfusi jaringan (oliguria, perubahan status mental, asidosis metabolik).
3. Status Kejang Berulang atau Tak Terkontrol
   Kejang yang tidak respon terhadap terapi awal (status epileptikus) dan beresiko cedera otak akibat hipoksia dan tekanan intrakranial.
4. Trauma Berat atau Cedera Otak Traumatik (TBI)
   Gangguan kesadaran, edema otak, atau pendarahan intracranial sehingga memerlukan pemantauan tekanan intrakranial (ICP) dan manajemen neurointensif.
5. Pascaoperasi Mayor
   Operasi dengan risiko tinggi seperti bedah jantung kongenital, bedah saraf**,** transplantasi organ dan membutuhkan observasi ketat pasca-anestesi dan kontrol hemodinamik.
6. Gagal Multi Organ (MODS)
   Disfungsi dua atau lebih organ vital secara simultan.
7. Intoksikasi atau Keracunan Berat
   Pengaruh zat beracun yang mengganggu fungsi jantung, pernapasan, atau kesadaran.
8. Gangguan Metabolik atau Genetik Akut
   Seperti ketoasidosis diabetik berat, hipoglikemia refrakter, atau penyakit metabolik bawaan.

2.2.4 Karakteristik lingkungan PICU

Lingkungan Pediatric Intensive Care Unit (PICU) dirancang secara khusus untuk mendukung perawatan intensif anak-anak dalam kondisi kritis. Lingkungan ini bersifat kompleks, teknologis, dan sangat terkontrol, guna memungkinkan respons cepat terhadap perubahan kondisi pasien yang dapat terjadi kapan saja. Lingkungan PICU bersifat sangat teknologis dan penuh tekanan, dipenuhi oleh monitor, alarm, akses terbatas, dan prosedur yang tidak familiar sehingga dapat menimbulkan tekanan emosional bagi keluarga (Franck et al.2019).

1. Lingkungan Teknologis dan Canggih

   PICU merupakan unit yang sangat bergantung pada teknologi medis canggih. Setiap tempat tidur pasien dilengkapi dengan berbagai perangkat penting seperti monitor vital signs**,** ventilator mekanik**,** pompa infus otomatis, dan alat pemantauan hemodinamik. Alat-alat ini memungkinkan tenaga medis memantau kondisi pasien secara real-time dan memberikan terapi yang presisi. Adanya alarm klinis pada setiap perangkat berfungsi

2. sebagai sistem deteksi dini untuk perubahan mendadak pada status vital anak.

   Pengawasan Ketat dan Berkesinambungan

3. Pasien di PICU berada dalam pengawasan intensif selama 24 jam penuh.

   Perawat dan tim medis melakukan pemantauan secara terus-menerus agar setiap perubahan kondisi pasien dapat segera ditindaklanjuti. Untuk itu, rasio perawat-pasien di PICU lebih rendah dibandingkan unit lain, biasanya 1:1 atau 1:2, agar setiap pasien mendapat perhatian maksimal. Pendekatan ini bertujuan untuk menekan risiko deteriorasi dan mempercepat respons terhadap keadaan gawat darurat.

4. Akses Terbatas dan Protokol Infeksi Ketat

   Lingkungan PICU menerapkan akses terbatas untuk mencegah gangguan terhadap pasien serta menurunkan risiko infeksi nosokomial.

Pengunjung harus mengikuti aturan yang ketat, termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD) dan praktik kebersihan tangan secara menyeluruh. Ruangan juga rutin didesinfeksi dan dipantau kualitas udaranya, mengingat mayoritas pasien PICU memiliki daya tahan tubuh rendah dan rentan terhadap infeksi silang.

5. Suasana Sunyi dan Lingkungan Terkontrol

   Unit PICU umumnya memiliki suasana yang tenang dan terkontrol, dengan pengaturan pencahayaan dan kebisingan yang dimodifikasi untuk menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien. Langkah ini diambil untuk mengurangi stimulasi berlebihan, terutama pada bayi dan anak kecil yang sangat peka terhadap rangsangan suara dan cahaya. Tujuannya adalah meminimalkan stres psikologis dan mendukung proses penyembuhan.

6. Tekanan Psikologis bagi Pasien dan Keluarga

   Meskipun secara medis sangat mendukung, lingkungan PICU dapat menjadi sumber tekanan psikologis yang berat bagi pasien dan keluarganya. Anak-anak sering kali merasa takut dan terisolasi akibat keterbatasan komunikasi dan pergerakan, sedangkan keluarga mengalami kecemasan akibat ketidakpastian kondisi anak, keterbatasan akses, serta suasana asing yang dipenuhi alat-alat medis dan bunyi alarm. Hal ini sejalan dengan pernyataan Franck et al. (2019)

7. Keterlibatan Tim Multidisiplin

   PICU dijalankan oleh tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis anak (pediatri), perawat terlatih di bidang critical care, ahli farmasi klinik, fisioterapis, ahli gizi, hingga psikolog anak. Kolaborasi antarprofesi ini

8. sangat penting untuk merumuskan intervensi yang holistik dan menyeluruh. Setiap anggota tim memiliki peran dalam pemulihan anak, mulai dari aspek klinis hingga dukungan emosional dan sosial bagi keluarga.

2.1.1 Rentang Usia Pasien Anak yang Dirawat di PICU

Menurut World Health Organization (WHO, 2021) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI, 2023), kelompok usia anak dibagi menjadi beberapa rentang, yaitu:

1. Bayi (neonatus–<1 tahun)
2. Balita (1–5 tahun)
3. Anak usia sekolah (6–12 tahun)
4. Remaja (13–18 tahun)

Pasien yang dirawat di ruang PICU umumnya berada pada rentang neonatus hingga remaja awal (0–18 tahun). Namun, secara klinis, sebagian besar pasien PICU adalah anak dengan usia 1–10 tahun, karena kelompok usia ini rentan terhadap infeksi saluran pernapasan berat, sepsis, kejang berulang, dehidrasi berat, dan komplikasi penyakit kronis seperti jantung bawaan atau asma.

Semakin muda usia anak, maka semakin besar kemungkinan mereka mengalami ketergantungan total terhadap perawatan medis dan dukungan ventilasi mekanik, yang pada akhirnya meningkatkan kecemasan orang tua. Orang tua bayi dan balita cenderung mengalami kecemasan lebih tinggi dibandingkan orang tua anak usia sekolah, karena anak belum mampu berkomunikasi secara verbal dan orang tua merasa tidak berdaya dalam memahami kondisi anaknya (Wong, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Mok et al. (2022) menunjukkan bahwa usia anak berhubungan signifikan dengan tingkat kecemasan orang tua; semakin muda usia anak dan semakin lama durasi rawat, maka semakin tinggi tingkat kecemasan yang dirasakan keluarga. Hal ini disebabkan karena orang tua merasa kehilangan kontrol, tidak mampu menenangkan anak, serta takut akan kemungkinan terburuk yang bisa terjadi selama anak dirawat di ruang intensif.

Dengan demikian, rentang usia pasien anak yang dirawat di PICU merupakan faktor penting yang memengaruhi reaksi emosional keluarga.

Perawat perlu mempertimbangkan usia anak dalam memberikan edukasi dan dukungan emosional, karena kebutuhan psikologis orang tua dari bayi berbeda dengan orang tua dari anak usia sekolah atau remaja.

2.2.5 Dampak PICU terhadap keluarga

Pengalaman merawat anak di *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) merupakan salah satu fase paling menegangkan dan emosional dalam kehidupan keluarga. Orang tua menghadapi ketidakpastian kondisi anak, melihat langsung penggunaan alat medis yang invasif, serta menyaksikan anak dalam keadaan lemah atau tidak sadar. Hal ini menimbulkan **stres** emosional yang berat, yang sering kali disertai dengan rasa tidak berdaya, takut, dan cemas berkepanjangan.

Keterbatasan akses fisik ke anak karena protokol ketat di PICU memperparah rasa keterpisahan emosional. Orang tua tidak bisa setiap saat menemani atau menyentuh anak mereka, sehingga menimbulkan kekosongan emosional dan kesulitan membangun koneksi di tengah situasi krisis. Selain itu, lingkungan PICU yang sangat teknis dengan monitor, alarm, dan prosedur asing membuat banyak orang tua merasa terasing dan bingung, apalagi jika tidak mendapat penjelasan yang cukup dari tenaga kesehatan **(**Rennick et al.2021). Tidak sedikit orang tua yang mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD), kecemasan berlebih, serta kesulitan beradaptasi kembali setelah anak pulang dari PICU. Oleh karena itu, dukungan psikososial dari tenaga kesehatan sangat diperlukan. Komunikasi terbuka, edukasi yang mudah dipahami, serta pendekatan *family-centered care* menjadi strategi penting dalam meringankan beban psikologis keluarga selama masa rawat di PICU.

2.1.2 Penerapan *family-centered* care di PICU

Family-Centered Care (FCC) merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam proses perawatan anak. Dalam konteks Pediatric Intensive Care Unit (PICU), FCC bertujuan

untuk menciptakan sistem perawatan yang inklusif, transparan, dan empatik, di mana orang tua tidak hanya menjadi pengunjung, tetapi juga bagian

integral dari tim perawatan. Pendekatan ini menekankan pentingnya komunikasi terbuka, pengambilan keputusan bersama, dan dukungan emosional selama masa krisis medis anak (Kuo et al. (2012).

1. Memberikan Informasi yang Jelas dan Terbuka kepada Orang Tua

Salah satu prinsip utama FCC di PICU adalah komunikasi terbuka dan

transparan. Tenaga kesehatan perlu memberikan informasi medis yang akurat, mudah dipahami, dan tepat waktu kepada orang tua mengenai kondisi anak, rencana terapi, serta kemungkinan risiko. Informasi yang disampaikan secara jelas membantu mengurangi kecemasan keluarga dan meningkatkan kepercayaan mereka terhadap tim medis.

2. Melibatkan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan

FCC mendorong partisipasi aktif keluarga dalam pengambilan keputusan medis, terutama yang berkaitan dengan pilihan pengobatan atau tindakan invasif. Keterlibatan ini tidak hanya meningkatkan rasa tanggung jawab keluarga, tetapi juga mendukung keputusan yang lebih bermakna secara etis dan emosional, karena mempertimbangkan nilai, budaya, dan harapan keluarga terhadap perawatan anak mereka.

3. Memfasilitasi Waktu Kunjungan dan Kehadiran Orang Tua

Penerapan FCC di PICU juga terlihat dari fleksibilitas waktu kunjungan, termasuk izin bagi orang tua untuk tetap berada di sisi anak selama 24 jam jika memungkinkan. Kehadiran orang tua di dekat anak terbukti memberikan dampak positif secara psikologis bagi pasien anak, memperkuat ikatan emosional, serta membantu proses adaptasi anak terhadap lingkungan medis yang asing.

4. Mendukung Kebutuhan Spiritual dan Emosional Keluarga

Tim perawatan di PICU juga perlu memperhatikan kesejahteraan emosional dan spiritual keluarga, terutama dalam situasi kritis dan penuh

ketidakpastian. Dukungan ini dapat berupa penyediaan layanan konseling, ruang tenang untuk berdoa, atau melibatkan petugas rohani bagi keluarga yang membutuhkannya. Dukungan spiritual terbukti membantu keluarga mengatasi stres dan memperkuat ketahanan psikologis mereka.

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu respon emosional terhadap situasi yang dianggap mengancam, meskipun ancaman tersebut belum tentu nyata atau belum terjadi. Dalam keperawatan maupun psikologi, kecemasan dipahami sebagai suatu kondisi psikologis yang bersifat subjektif, ditandai dengan perasaan khawatir, ketegangan, dan ketakutan yang berlebihan, serta disertai oleh reaksi fisiologis seperti peningkatan denyut jantung, sesak napas, ketegangan otot, dan gangguan tidur (Videbeck, 2020).

Menurut Stuart (2016), kecemasan adalah "reaksi emosional terhadap persepsi ancaman yang mungkin berasal dari dalam (internal) maupun dari luar (eksternal), dan ditampilkan melalui respon perilaku, kognitif, dan fisiologis." Kecemasan bersifat normal dan adaptif apabila terjadi dalam konteks yang sesuai, karena dapat meningkatkan kewaspadaan dan kesiapan individu dalam menghadapi situasi tertentu. Namun, jika kecemasan berlangsung terus-menerus dan mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari, maka dapat berkembang menjadi gangguan kecemasan atau anxiety disorder. Kecemasan dibedakan dari rasa takut. Jika takut merupakan respon terhadap ancaman nyata dan spesifik, maka kecemasan merupakan respon terhadap ancaman yang belum tentu terjadi atau bersifat abstrak (Townsend & Morgan, 2018). Dalam konteks keperawatan, memahami kecemasan sangat penting karena dapat memengaruhi persepsi pasien terhadap penyakit, kemampuannya untuk membuat keputusan, serta kepatuhannya dalam menjalani pengobatan.

Kecemasan juga dapat dikaji berdasarkan dimensi kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku. Dimensi kognitif mencakup pikiran negatif dan

kekhawatiran berlebihan; afektif mencakup perasaan takut, tidak nyaman, dan tegang; fisiologis mencakup respon sistem saraf otonom seperti jantung berdebar dan napas cepat; sedangkan dimensi perilaku mencakup penghindaran terhadap situasi yang dianggap menimbulkan kecemasan (Kaplan & Sadock, 2017). Dalam praktik klinis, perawat perlu mengenali tanda-tanda kecemasan agar dapat memberikan intervensi psikososial maupun farmakologis yang tepat, serta membantu pasien mencapai tingkat adaptasi optimal terhadap stresor yang dihadapi.

2.3.2 Tingkat Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu keadaan yang dapat dialami oleh siapa saja dalam berbagai tingkat keparahan. Dalam praktik keperawatan psikiatri, kecemasan diklasifikasikan menjadi empat tingkat, yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik, berdasarkan intensitasnya serta dampaknya terhadap fungsi kognitif, emosional, dan perilaku individu (Stuart, 2016).

1. Kecemasan Ringan (*Mild Anxiety)*

   Menurut Stuart (2016), kecemasan ringan membantu proses belajar dan pemecahan masalah, serta dianggap sebagai respon normal terhadap stres ringan. Pada tingkat ini, kecemasan bersifat adaptif dan fungsional, karena dapat meningkatkan motivasi dan kesiapan individu untuk menghadapi situasi. Individu mengalami peningkatan perhatian dan konsentrasi, serta lebih peka terhadap rangsangan lingkungan.

2. Kecemasan Sedang (*Moderate Anxiety)*

   Pada tingkat sedang, individu mulai mengalami gangguan konsentrasi dan kemampuan berpikir menjadi terbatas, meskipun masih dapat menyelesaikan tugas-tugas harian dengan bantuan. Respon fisiologis seperti ketegangan otot, denyut jantung meningkat, dan bicara cepat dapat mulai muncul. Individu juga mungkin merasa tidak nyaman, gelisah, dan lebih mudah teralihkan perhatiannya oleh hal-hal kecil.

3. Kecemasan Berat (*Severe Anxiety)*

Kecemasan berat mengakibatkan penurunan drastis pada fungsi kognitif, seperti kesulitan berpikir logis, gangguan persepsi, serta tidak mampu memahami informasi secara menyeluruh. Emosi mendominasi respons individu, sehingga mereka menjadi lebih reaktif secara emosional dan sulit diajak bekerja sama.

4. Panik (*Panic Level Anxiety*)

   Merupakan tingkat kecemasan yang paling parah dan mengganggu fungsi psikologis dan fisiologis secara menyeluruh. Individu mengalami disorganisasi total, tidak mampu berpikir, berperilaku tidak rasional, bahkan

2. mengalami kehilangan kontak dengan realitas (disosiasi). Dalam kondisi ini, seseorang dapat menunjukkan perilaku kacau, menjerit, menangis, melarikan diri, atau bahkan menjadi tidak responsif. Kondisi ini termasuk kedaruratan psikologis yang membutuhkan intervensi segera.

2.3.3 Faktor-faktor Penyebab Kecemasan

Kecemasan tidak terjadi secara tiba-tiba tanpa sebab, melainkan merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor internal dan eksternal yang memengaruhi individu. Pemicu kecemasan bersifat multifaktorial, mencakup faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pemahaman terhadap penyebab kecemasan sangat penting dalam praktik keperawatan karena membantu dalam proses pengkajian**,** penetapan diagnosis keperawatan, dan perencanaan intervensi yang tepat.

1. Faktor Psikologis

   Faktor psikologis mencakup trauma masa lalu**,** konflik batin**,** dan tekanan emosional yang tidak terselesaikan. Individu dengan riwayat kekerasan masa kecil, kehilangan orang terdekat, atau pengalaman traumatis lainnya memiliki risiko lebih tinggi mengalami kecemasan. Selain itu, konflik internal seperti perasaan bersalah, ketidakpastian terhadap masa depan, dan ketidakseimbangan antara harapan dan kenyataan juga dapat memicu reaksi cemas (Stuart.2016).

2. Faktor Biologis

   Secara biologis, kecemasan berkaitan erat dengan ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya serotonin, norepinefrin, dan gamma- aminobutyric acid (GABA). Ketidakseimbangan kimiawi ini dapat mengganggu pengaturan emosi dan respons stres. Selain itu, faktor genetik juga berperan; individu dengan riwayat keluarga yang memiliki gangguan kecemasan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalaminya juga (Kaplan & Sadock.2017).

3. Faktor Lingkungan

   Lingkungan sosial yang penuh tekanan, seperti tempat kerja yang menekan**,** ketidakstabilan ekonomi**,** perubahan besar dalam kehidupan (perceraian, pindah rumah, kehilangan pekerjaan), dan minimnya dukungan sosial dapat memicu timbulnya kecemasan. Tekanan yang terus-menerus tanpa adanya sistem pendukung yang memadai dapat menyebabkan individu merasa tidak aman dan kehilangan kendali (Videbeck.2020)**.**

4. Faktor Sosial

   Faktor sosial seperti status ekonomi rendah**,** diskriminasi, dan tanggung jawab peran ganda (misalnya sebagai ibu rumah tangga dan pencari nafkah sekaligus) juga dapat memperburuk tekanan emosional yang berujung pada kecemasan. Dalam masyarakat dengan ketimpangan sosial yang tinggi, kecemasan sering muncul sebagai bentuk ketidakamanan sosial (Townsend & Morgan.2018).

2.3.4 Tanda dan Gejala Kecemasan

Kecemasan dapat dimanifestasikan melalui berbagai tanda dan gejala yang mencakup aspek fisik, psikologis, kognitif, dan perilaku. Gejala ini sering kali muncul sebagai respon tubuh terhadap ancaman yang dirasakan, baik yang nyata maupun tidak nyata, dan dapat bervariasi tergantung tingkat kecemasan yang dialami individu.

1. Gejala Fisik

Gejala fisik pada kecemasan disebabkan oleh peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis yang memicu serangkaian reaksi stres tubuh (Videbeck.2020). Gejala fisik adalah respons sistem saraf otonom terhadap stres atau ancaman yang dipersepsikan. Individu yang mengalami kecemasan umumnya akan menunjukkan:

a. Jantung berdebar (palpitasi)

   Disebabkan oleh aktivasi sistem simpatik yang meningkatkan denyut jantung untuk mempersiapkan tubuh menghadapi "ancaman".

b. Sesak napas (dyspnea)

   Merupakan respon hiperventilasi karena peningkatan kebutuhan oksigen akibat stres.

c. Nyeri dada

   Sering kali disebabkan oleh ketegangan otot dada atau spasme pembuluh darah.

d. Pusing dan mual

   Terjadi akibat vasokonstriksi dan gangguan pada sirkulasi darah ke otak.

e. Gangguan tidur (*insomnia*)

   Individu cenderung mengalami kesulitan untuk tidur atau sering terbangun di malam hari karena pikiran yang gelisah dan tidak tenang.

2. Gejala Psikologis

   Gejala psikologis berkaitan dengan kondisi mental dan emosional individu. Manifestasi ini mencerminkan gangguan dalam perasaan dan pemikiran, antara lain (NANDA-I.2021):

   a. Rasa takut atau khawatir berlebihan terhadap hal-hal yang belum terjadi.
   b. Kekhawatiran yang terus-menerus,yang tidak dapat dikendalikan meskipun tidak ada ancaman nyata.
   c. Mudah tersinggung, disertai ketegangan emosional atau ledakan

emosi yang tidak proporsional.

d. Kesulitan berkonsentrasi, pikiran sering teralihkan oleh rasa cemas atau ketakutan.

2.3.5 Dampak Kecemasan

Kecemasan yang berlangsung dalam waktu lama, terutama yang tidak ditangani secara tepat, dapat memberikan dampak serius baik secara psikologis, fisik, sosial, maupun fungsional. Dampak ini akan semakin berat bila kecemasan berada pada tingkat berat hingga panik, karena pada kondisi tersebut individu mengalami disorganisasi dalam berpikir, merasa, dan bertindak.

1. Penurunan Fungsi Kognitif dan Performa Kerja

   Kecemasan yang tinggi dapat mengganggu kemampuan berpikir rasional, konsentrasi, dan daya ingat. Individu cenderung mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, menyelesaikan tugas, dan merespons masalah secara efektif. Dalam konteks profesional, kecemasan menurunkan produktivitas dan efisiensi kerja (Stuart.2016).

2. Gangguan Hubungan Interpersonal

   Individu dengan kecemasan sering kali menjadi mudah tersinggung, sensitive terhadap kritik, atau menarik diri dari interaksi sosial. Hal ini dapat menyebabkan gangguan dalam hubungan dengan keluarga, rekan kerja, maupun lingkungan sosial, dan bahkan menimbulkan perasaan terasing atau kesepian yang memperburuk kondisi psikologis (Videbeck.2020).

3. Peningkatan Risiko Gangguan Fisik

   Stres dan kecemasan yang tidak terkendali dapat menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatis secara terus-menerus, yang pada jangka panjang berdampak negatif pada kesehatan fisik. Kondisi ini berkaitan dengan berbagai masalah seperti hipertensi, gangguan pencernaan (seperti sindrom iritasi usus), nyeri kepala kronis, gangguan tidur, serta penurunan imunitas tubuh (WHO.2023).

2.3.6 Kecemasan Pada Orang Tua Dengan Anak yang Dirawat Di PICU

Kecemasan pada orang tua yang anaknya dirawat di ruang perawatan intensif anak (PICU) mencakup berbagai perasaan dan respons psikologis.

Orang tua dapat didefinisikan sebagai komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu dan merupakan orang yang paling dekat dengan pasien. Dalam konteks perawatan intensif, mereka memegang peranan utama dalam memberikan dukungan moral bagi kesembuhan anak (Rodiyati, Ariyanti, & Eko, 2025).

Kecemasan yang dialami orang tua merupakan respons terhadap situasi yang mengancam. Hal ini timbul akibat perasaan tegang dan ketidakmampuan mengatasi masalah. Salah satu penyebab utama kecemasan adalah lama rawat inap yang panjang. Semakin lama anak dirawat di ruang intensif, semakin besar kekhawatiran yang dirasakan oleh orang tua. Ini karena kondisi anak yang belum stabil dan membutuhkan penanganan serta peralatan khusus (Aprilina, 2025).

2.3.7 Peran Perawat Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan

Silva et al. (2021) mengemukakan bahwa perawat memiliki peran strategis dalam memperkuat coping Orang tua melalui:

1. Asesmen Koping dan Sumber Daya

   Menilai kemampuan keluarga dalam mengelola stres, serta mengidentifikasi kekuatan internal dan eksternal yang bisa dimanfaatkan.

2. Edukasi Stres dan Komunikasi

   Meningkatkan keterampilan keluarga dalam menghadapi stres dan mengomunikasikan kebutuhan secara konstruktif.

3. Fasilitasi Dukungan Sosial

   Menghubungkan keluarga dengan sumber dukungan eksternal agar tidak merasa terisolasi.

4. Penguatan Resiliensi

   Membantu keluarga mengenali kekuatan mereka, memanfaatkan pengalaman masa lalu, serta membangun pola pikir positif dan fleksibel dalam menghadapi krisis masa depan.

2.3.8 Alat Ukur Kecemasan

Instrument kecemasan yang digunakan mengacu pada *State-Trait Anxiety Inventory-Trait* (STAI-T) instrument kecemasan yang dikembangkan oleh Spielberger (1972) dalam bahasa Inggris telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia melalui penerjemah profesional. Hasil uji sensitivitas STAI-T adalah sebesar 94%. Menurut Spielberger (1972), kecemasan merupakan keadaan emosional yang ditandai oleh perasaan tegang, kekhawatiran, dan ketakutan yang disertai dengan aktivasi sistem saraf otonom. Spielberger membedakan kecemasan menjadi dua jenis, yaitu *State Anxiety* (kecemasan keadaan) dan *Trait Anxiety* (kecemasan sifat). Instrumen ini merupakan kuesioner baku yang telah diketahui nilai validitasnya 0,73 dan 0,85 serta nilai realibilitasnya 0,87 untuk skala *state anxiety* dan 0,81 untuk skala *trait anxiety*. Instrument ini bertujuan untuk mengukur kecemasan sifat *(trait anxiety)*, yaitu kecenderungan individu untuk merasakan kecemasan secara menetap dan umum dalam berbagai situasi kehidupan, termasuk ketika menghadapi kondisi anak yang dirawat di ruang intensif.

Kuesioner STAI-T terdiri dari 20 item pernyataan yang menggambarkan perasaan, pikiran, dan reaksi seseorang terhadap situasi yang menimbulkan tekanan. Responden diminta untuk menjawab setiap pernyataan berdasarkan keadaan dirinya. Terdapat 20 pernyataan STAI-T yaitu 10 pernyataan tentang cemas atau pernyataan negatif dan 10 pernyataan tidak cemas atau pernyataan positif (Pratiwi & Ningsih, 2022).

1. *State Anxiety* adalah kecemasan yang bersifat sementara, muncul sebagai respons terhadap situasi tertentu yang menimbulkan tekanan atau ancaman. Kecemasan ini dapat berubah sesuai kondisi individu

atau lingkungan.

2. *Trait Anxiety* adalah kecenderungan kepribadian yang relatif menetap, yang membuat seseorang lebih mudah merasa cemas dalam berbagai situasi. Individu dengan trait anxiety tinggi cenderung menafsirkan situasi sehari-hari sebagai ancaman dan mengalami reaksi emosional yang lebih intens.

   Instrument *State-Trait Anxiety Inventory-Trait* (STAI-T), telah banyak digunakan untuk mengukur kecemasan pada pasien dengan kondisi kritis di ruang intensif, karena instrument ini mampu mengukur baik kecemasan situasional maupun kecenderungan kepribadian terhadap kecemasan (Khalila,2014; Chlan,2003; Kaur & Sharma, 2018). Dalam konteks orang tua yang anaknya dirawat di ruang Pediatric Intensive Care Unit (PICU), kecemasan yang muncul tidak hanya bersifat sementara akibat kondisi kritis anak (state anxiety), tetapi juga dipengaruhi oleh karakteristik kepribadian dan predisposisi emosional orang tua (trait anxiety). Semakin tinggi trait anxiety seseorang, semakin besar kemungkinan mengalami kecemasan berat selama anaknya menjalani perawatan intensif. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Allusia Paradipra (2020) menunjukkan bahwa instrumen kecemasan STAI memiliki nilai *r hitung* lebih besar daripada *r tabel* pada tingkat signifikansi tertentu (*r = 0,444*). Berdasarkan hasil uji validitas tersebut, dapat disimpulkan bahwa seluruh pernyataan dalam kuesioner kecemasan STAI dinyatakan valid dan layak digunakan sebagai alat ukur tingkat kecemasan responden.

2.4 Konsep Lama Rawat

2.4.1 Definisi Lama Rawat

Lama rawat merupakan salah satu indikator penting dalam menilai mutu pelayanan keperawatan, karena mencerminkan efektivitas pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien (Andi, 2019). Istilah ini merujuk

pada jumlah hari pasien menjalani perawatan dalam satu episode rawat inap (Ida, 2020). Pengukuran dilakukan berdasarkan selisih antara tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit, baik pasien pulang dalam kondisi hidup maupun meninggal. Untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, lama rawat tetap dihitung satu hari.

Lama rawat juga menjadi parameter yang dapat dievaluasi dalam sistem pelayanan rumah sakit, khususnya untuk melihat sejauh mana perawatan yang diberikan dapat mempercepat pemulihan kondisi pasien. Idealnya, durasi rawat yang singkat menandakan keberhasilan terapi medis dan keperawatan. Namun, diperlukan pertimbangan terhadap tingkat keparahan penyakit serta efektivitas intervensi yang dilakukan untuk menilai apakah durasi rawat yang singkat
merupakan hasil efisiensi atau justru cerminan dari ketidaktepatan perawatan (Lubis, 2017).

Jenis penyakit yang dialami pasien turut memengaruhi durasi rawat. Kasus kronis umumnya memerlukan perawatan yang lebih lama dibandingkan dengan kondisi akut. Selain itu, pasien dengan diagnosis tunggal cenderung memiliki lama rawat yang lebih pendek dibandingkan dengan pasien yang mengalami komorbiditas atau penyakit ganda (Barbara, 2011).

Dalam praktik klinis di rumah sakit, lama rawat di ruang *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) juga diatur oleh standar nasional, seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dan pedoman akreditasi rumah sakit dari KARS. Meskipun tidak ditentukan secara eksplisit berapa hari maksimal pasien dapat dirawat di *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU), prinsip efisiensi dan keselamatan pasien menjadi pedoman utama.

Secara khusus, di ruang *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU), lama rawat rata-rata berkisar antara 3 hingga 14 hari, tergantung pada tingkat keparahan penyakit dan respons terhadap terapi. Anak dengan kondisi kompleks seperti gagal napas, sepsis, atau trauma multisistem dapat dirawat lebih lama dari 14 hari, meskipun evaluasi harian tetap menjadi standar untuk menentukan

kelayakan pemindahan. Sebaliknya, di ruang perawatan anak biasa, lama rawat umumnya lebih singkat, yaitu antara 2 hingga 5 hari, karena pasien yang dirawat di sana biasanya dalam kondisi stabil dan hanya membutuhkan observasi serta perawatan lanjutan. Perbandingan ini menunjukkan bahwa rawat inap di PICU memerlukan pemantauan lebih ketat dan sumber daya lebih besar, sehingga efisiensi waktu rawat menjadi perhatian penting untuk mencegah beban psikologis keluarga dan komplikasi lanjutan pada pasien anak.

2.4.2 Klasifikasi Lama Rawat Inap

Menururut Kemenkes RI (2020), lama rawat inap dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori:

1. Rawat Singkat (*Short Stay*)
   Pasien dirawat 1–3 hari**.** Umumnya untuk observasi atau penanganan kasus akut ringan**.**
2. Rawat Sedang (*Medium Stay*)
   Pasien dirawat 4–7 hari**.** Untuk pasien yang membutuhkan intervensi medis sedang**,** seperti perawatan pasca operasi ringan hingga sedang.
3. Rawat Lama (*Long Stay*)
   Pasien dirawat lebih dari 7 hari**.** Biasanya untuk kasus kronis**,** komplikasi berat**,** atau pemulihan pasca operasi besar.

2.4.3 Faktor Yang Mempengaruhi Lama Rawat

Lama rawat pasien di rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berasal dari lingkungan internal maupun eksternal. Faktor internal mencakup aspek-aspek yang bersumber dari dalam rumah sakit, sedangkan faktor eksternal berkaitan dengan kondisi atau karakteristik pasien sebagai individu (Kandou & Warouw, 2016).

1. Faktor Internal
   a. Jenis dan Tingkat Keparahan Penyakit

Perbedaan karakteristik penyakit memengaruhi durasi rawat inap. Kondisi kronis umumnya memerlukan waktu rawat yang lebih lama dibandingkan penyakit akut karena membutuhkan penanganan yang lebih kompleks dan berkelanjutan.

b. Tenaga Medis yang Merawat

Variasi keterampilan dan gaya praktik antar dokter, termasuk dalam pengambilan keputusan klinis, dapat menyebabkan perbedaan dalam lamanya perawatan pasien.

c. Jenis Tindakan Medis

Jenis intervensi atau prosedur medis yang dilakukan juga turut memengaruhi lama rawat. Misalnya, pasien yang menjalani operasi biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk persiapan dan pemulihan dibandingkan pasien yang hanya menjalani perawatan konservatif atau standar.

d. Prosedur Administrasi Rumah Sakit

Proses administratif dalam penerimaan dan pemulangan pasien sering kali menjadi kendala tersendiri. Pasien yang dirawat pada akhir pekan atau di luar jam kerja rumah sakit umumnya mengalami keterlambatan dalam pemeriksaan atau pengambilan keputusan medis, sehingga memperpanjang waktu rawat inap.

2. Faktor Eksternal

a. Sumber Pembiayaan Perawatan

Pasien yang biaya perawatannya ditanggung oleh pihak ketiga, seperti perusahaan atau asuransi, cenderung memiliki waktu rawat inap yang lebih lama dibandingkan pasien yang membiayai sendiri pengobatannya. Hal ini bisa disebabkan oleh proses administrasi atau kelonggaran dalam keputusan pemulangan.

b. Alasan Kepulangan Pasien

Meskipun pasien telah dinyatakan sembuh oleh dokter, proses kepulangan terkadang tertunda karena menunggu pengurusan dokumen pembayaran, surat keterangan tidak mampu, atau

konfirmasi dari penanggung biaya. Di sisi lain, ada pula pasien yang memutuskan pulang atas permintaan sendiri, yang juga memengaruhi pencatatan lama rawat.

2.4.4 Kondisi Psikologis Orang Tua Berdasarkan Lama Hari Rawat di PICU

Lama rawat anak di ruang intensif sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis orang tua. Semakin lama anak dirawat, semakin besar pula tingkat kecemasan yang dirasakan. Hal ini dapat dijelaskan dalam beberapa fase sebagai berikut:

1. Hari ke-1 sampai ke-3 (fase akut dan adaptasi awal)

   Pada fase ini, orang tua mengalami shock emosional karena baru mengetahui kondisi anak yang gawat. Mereka merasa takut kehilangan anak, bingung dengan istilah medis yang digunakan tenaga kesehatan, serta belum memahami prosedur perawatan di PICU. Rasa cemas sangat tinggi dan sering disertai gejala fisik seperti jantung berdebar, sulit tidur, menangis, dan kehilangan nafsu makan.

2. Hari ke-4 sampai ke-7 (fase adaptasi dan harapan)

   Setelah beberapa hari, sebagian orang tua mulai menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah sakit. Namun, tingkat kecemasan tetap tinggi, terutama bila anak belum menunjukkan tanda perbaikan atau masih bergantung pada alat bantu napas. Orang tua mulai mengalami kelelahan emosional, merasa cemas setiap kali mendengar bunyi alarm monitor, dan sangat bergantung pada informasi dari dokter atau perawat. Mereka juga mulai menunjukkan kecemasan anticipatory, yaitu kekhawatiran berlebihan terhadap kemungkinan buruk yang akan terjadi.

3. Hari ke-8 dan seterusnya (fase kelelahan dan ketidakpastian):

   Pada fase ini, beban psikologis semakin berat. Orang tua yang sudah lama menunggu tanpa perkembangan signifikan cenderung mengalami

stres kronis, kecemasan mendalam, dan keputusasaan. Beberapa orang tua tampak pasif, menangis diam-diam, atau menarik diri dari interaksi sosial. Kondisi ini dapat memperburuk kesejahteraan mental dan berpengaruh terhadap kemampuan mereka dalam mendukung proses penyembuhan anak.

Penelitian oleh Toly et al. (2022) menunjukkan bahwa durasi rawat anak di ruang intensif berhubungan signifikan dengan peningkatan tingkat kecemasan, depresi, dan kelelahan emosional orang tua. Selain itu, keterbatasan kunjungan, kurangnya komunikasi terbuka, dan minimnya dukungan psikologis dari tenaga kesehatan menjadi faktor yang memperburuk kondisi tersebut.

2.5 Kerangka Teori

Perawatan anak di *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) merupakan suatu kondisi kritis yang tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi juga pada keluarga, khususnya orang tua. Lingkungan PICU yang ditandai dengan penggunaan teknologi tinggi, pembatasan akses keluarga, serta kondisi klinis pasien yang tidak stabil dapat menjadi sumber stres dan kecemasan bagi orang tua. Menurut teori stres dan kecemasan, ketidakpastian terhadap kondisi kesehatan, prognosis penyakit, serta keterbatasan peran orang tua dalam perawatan anak merupakan faktor utama yang memicu kecemasan (Stuart, 2016). Lama rawat anak di PICU merupakan salah satu faktor situasional yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua. Semakin lama anak menjalani perawatan intensif, semakin panjang pula paparan orang tua terhadap stresor, seperti kekhawatiran terhadap keselamatan anak, kelelahan emosional, serta ketidakpastian hasil perawatan. Teori adaptasi menyebutkan bahwa individu yang terpapar stresor dalam waktu yang lama akan mengalami peningkatan respon kecemasan apabila mekanisme koping yang dimiliki tidak adekuat (Roy, 2009).

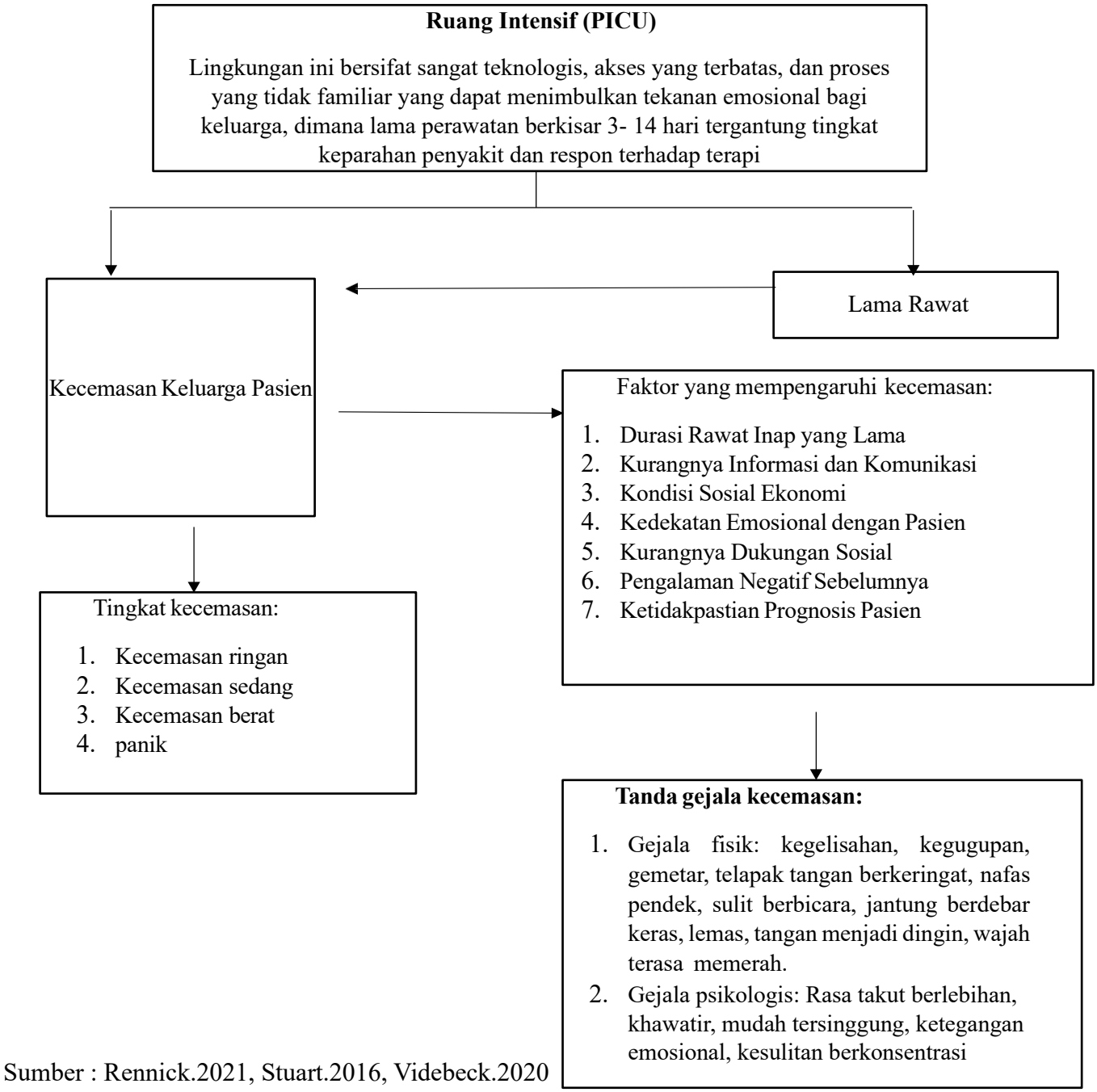
Selain lama rawat, kecemasan orang tua juga dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, antara lain kurangnya informasi dan komunikasi dari tenaga kesehatan, kondisi sosial ekonomi, kedekatan emosional dengan pasien, dukungan sosial yang terbatas, pengalaman negatif sebelumnya, serta ketidakpastian prognosis penyakit. Faktor-faktor tersebut dapat memperberat respon emosional orang tua selama anak menjalani

perawatan intensif. Tingkat kecemasan orang tua dapat bervariasi, mulai dari kecemasan ringan, sedang, berat, hingga panik. Setiap tingkat kecemasan menunjukkan respon psikologis yang berbeda dan dapat mempengaruhi kemampuan orang tua dalam menerima informasi, mengambil keputusan, serta berpartisipasi dalam perawatan anak. Oleh karena itu, kecemasan orang tua perlu dipahami sebagai bagian dari masalah keperawatan yang memerlukan perhatian khusus.

Berdasarkan uraian kerangka teori tersebut, maka disusun kerangka konseptual penelitian yang menggambarkan hubungan antara lama rawat anak di PICU dengan tingkat kecemasan orang tua. Kerangka konseptual ini menunjukkan bahwa lama rawat anak di PICU sebagai variabel independen dapat mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua sebagai variabel dependen. Selain itu, kecemasan orang tua juga dipengaruhi oleh berbagai faktor pendukung lainnya, seperti durasi rawat inap, informasi dan komunikasi, kondisi sosial ekonomi, dukungan sosial, kedekatan emosional dengan pasien, pengalaman sebelumnya, serta ketidakpastian prognosis penyakit. sebagaimana digambarkan pada Gambar 2.1.

2.6 Kerangka Berpikir

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir



Sumber : Rennick.2021, Stuart.2016, Videbeck.2020

2.7 Hipotesis Penelitian

Menurut Sugiyono (2020), hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, yang telah disusun dalam bentuk pernyataan. Disebut sementara karena jawaban tersebut masih didasarkan pada teori-teori yang relevan, dan belum dibuktikan melalui fakta-fakta empiris yang diperoleh dari pengumpulan data di lapangan. Berdasarkan kerangka pemikiran dan rumusan masalah yang telah diuraikan sebelumnya, maka penulis menetapkan hipotesis dalam penelitian ini, yaitu:

1. Ada hubungan antara lama rawat anak di *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) dengan tingkat kecemasan orang tua