

STUDI FENOMENOLOGI : HAMBATAN DAN KEBUTUHAN PERAWAT DALAM MELIBATKAN KELUARGA PADA PERAWATAN KEGAWATDARURATAN ANAK DI UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BANDA ACEH

Merisdawati¹, Indah Winarni², Septi Dwi Rachmawati³

¹Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

²Staf Pengajar Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

³Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Pendahuluan : Perawatan pada pasien anak tidak bisa dilepaskan dari peran keluarga. Melibatkan keluarga pada perawatan anak dengan kondisi gawat darurat di Unit Gawat Darurat (UGD) memiliki tantangan tersendiri bagi perawat. Walaupun beberapa organisasi mendukung keterlibatan keluarga dalam perawatan di UGD, namun beberapa hasil penelitian memaparkan keterbatasan dalam penerapannya. Hambatan dari berbagai aspek akan mempengaruhi keberhasilan perawat dalam melibatkan keluarga. Mengetahui hambatan dan kebutuhan yang diperlukan perawat dapat dijadikan sebagai pedoman dalam peningkatan perawatan anak dengan melibatkan keluarga di UGD

Tujuan penelitian : Mengeksplorasi hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan kegawatdaruratan anak di UGD Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Banda Aceh

Desain penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretatif yang melibatkan 7 perawat UGD RSIA Banda Aceh. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis dengan menggunakan analisa tematik Braun &Clarke.

Hasil penelitian: Penelitian ini menghasilkan 8 tema dari hasil analisis data yang dilakukan. Tema yang ditemukan adalah kepercayaan keluarga, keterlibatan *extended family*, ketidaksetaraan pengetahuan, ketidakpercayaan diri perawat, kerumitan pelayanan administrasi, peningkatan pemahaman budaya, upgrading kompetensi dan pengetahuan, serta dukungan sistem pelayanan di UGD.

Kesimpulan :Melibatkan keluarga di UGD pada kondisi pasien kritis memiliki hambatan yang tidak sedikit. Perawat membutuhkan peningkatan pengetahuan, pemahaman akan budaya pasien dan keluarga untuk dapat melibatkan keluarga secara optimal.Perlu adanya dukungan dari sistem pelayanan di UGD untuk menunjang keberhasilan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan anak.

Kata kunci : hambatan dan kebutuhan, melibatkan keluarga, perawatan gawat darurat, anak

PENDAHULUAN

Anak dengan kondisi gawatdarurat memerlukan tindakan kegawatdaruratan segera untuk menghindari terjadinya kematian dan kecacatan yang lebih serius. Kecacatan akibat kondisi gawat darurat pada anak tidak hanya bersifat fisik tetapi juga psikologis yang merupakan reaksi stres umum pada anak-anak setelah cedera. Sekitar 88 % anak-anak mengalami satu gejala klinis stres akut dan 20% dari anak-anak mengalami gejala tetap stres posttraumatic yang mengganggu fungsi dan perkembangan kognitif, sosial, emosional, dan fisik anak ¹.

Dampak ini tidak hanya terjadi pada anak, orangtua/ keluarga juga dapat mengalami stres dan frustrasi dengan kondisi anak dan lingkungan unit gawat darurat².Unit gawat darurat merupakan pelayanan yang memberikan perawatan untuk kondisi medis akut dan mengancam jiwa bagi pasien dengan segala umur³. Pada tahun 2012, sekitar 18% pengunjung unit gawat darurat adalah anak-anak dengan usia 0-17 tahun⁴. Di Aceh sendiri, jumlah kunjungan pasien anak dengan usia 0-18 tahun di Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh pada bulan Januari 2015 tercatat sebanyak 713 pasien, baik dengan kondisi gawat darurat atau tidak gawat darurat

Selama ini penanganan pasien di UGD berfokus pada pengobatan dan tindakan untuk menstabilkan kondisi anak. Namun untuk menyukseskan pengobatan dan tindakan tersebut peran keluarga tidak boleh diabaikan, karena keluarga merupakan sumber utamakekuatan dan dukungan bagi anak serta memainkan peran integral dalam kesehatan dan kesejahteraan anak⁵. Melibatkan keluarga dalam perawatan anak di UGD dapat mengurangi kecemasan dan menghapus keraguan keluarga tentang kondisi perawatananak, memenuhi kebutuhan keluarga untuk bersama anak sehingga dapat mempertahankan keutuhan keluarga, dan memudahkan perawat untuk memfasilitasi proses berduka saat keluarga menerima kematian anak⁶.

Beberapa organisasi mendukung keterlibatan keluarga dalam perawatan di unit gawat darurat yang dapat memberikan manfaat bagi keluarga, pasien dan pemberi perawatan. Namun, beberapa penelitian memaparkan keterbatasan dalam melibatkan keluarga yang disebabkan oleh beban kerja perawat yang tinggi sehingga perawat tidak dapat berkolaborasi dengan keluarga secara optimal, perawat berharap sepenuhnya pada keluarga untuk menjaga anak, dan ketidakpercayaan perawat dengan pengetahuan yang dimiliki keluarga dalam berpartisipasi untuk pengambilan keputusan perawatan anak^{7,8}.

Sebuah hasil penelitiannya memaparkan bahwa beberapa staff UGD khawatir keluarga tidak siap untuk dihadirkan pada saat resusitasi dan prosedur invasive⁹. Kehadiran keluarga dikhawatirkan akan mengganggu proses tindakan dengan gangguan verbal seperti berbicara atau menyela, keluarga berjalan didalam ruang tindakan, salah menafsirkan kegiatan yang dilakukan tim, dan khawatir dengan masalah hukum yang mungkin akan dibawa keluarga di masa depan^{6,10}.

Wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti di UGD RSIA Banda Aceh pada tanggal 23-24 Februari 2015 ditemukan bahwa, secara empiris perawat telah melibatkan keluarga dalam penanganan dan perawatan kegawatdaruratan anak di UGD tetapi belum dapat dilakukan secara optimal. Salah satu perawat yang berperan sebagai kepala ruangan UGD mengungkapkan bahwa melibatkan keluarga dibutuhkan untuk mendapatkan informasi mengenai keluhan anak dan menenangkan anak selama prosedur tindakan berlangsung. Tetapi, menghadirkan keluarga pada tindakan prosedur invasif dan resusitasi masih tidak ada ketetapan pasti. Bergantung pada kondisi keluarga, petugas yang berjaga serta teman dalam team. Ada kalanya melibatkan keluarga dalam pemberian tindakan tidak selalu diinginkan oleh keluarga, keluarga tidak sanggup melihat prosedur yang dilakukan sehingga perawat terpaksa menyuruh keluarga untuk menunggu diluar menghindari keluarga pingsan dan mengganggu tindakan. Kesulitan melibatkan keluarga juga dialami perawat ketika perawat gagal melakukan tindakan invasif sehingga keluarga menolak untuk dilakukan kembali tindakan untuk perawatan anak.

Dalam penelitian ini peneliti ingin menginvestigasi hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan kegawatdaruratan anak. Banyak faktor yang mungkin menjadi kendala dalam penatalaksananya, baik dari keluarga, pemberi pelayanan maupun kebijakan serta fasilitas yang mendukung. Perawat sendiri melibatkan banyak faktor seperti pengetahuan, pelatihan serta pengalaman-pengalaman sebelumnya, oleh karena itu menjadi sangat penting untuk mengeksplorasi hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan kegawatdaruratan anak di unit gawat darurat di UGD RSIA Banda Aceh.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretatif. Penelitian dilakukan di UGD RSIA Banda Aceh. Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat di UGD yang mempunyai pengalaman kerja diatas 2 tahun sebanyak 7 orang. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan pertanyaan terbuka dan dikembangkan oleh peneliti. Analisis data dilakukan dengan menggunakan Analisa tematik Braun & Clarke yang terdiri dari 6 tahapan. Penelitian ini telah mendapatkan laik etik di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

HASIL PENELITIAN

Dalam penelitian ini dihasilkan 8 tema yaitu adalah kepercayaan keluarga, keterlibatan *extended family*, ketidaksetaraan pengetahuan, ketidakpercayaan diri perawat, kerumitan pelayanan administrasi, peningkatan pemahaman budaya, upgrading kompetensi dan pengetahuan, serta dukungan sistem pelayanan di UGD.

Hambatan merupakan permasalahan yang dihadapi perawat dari berbagai aspek baik keluarga, perawat sebagai pemberi pelayanan, maupun sistem pelayanan saat melibatkan keluarga. Hambatan yang ditemui dalam penelitian ini yaitu mengenai kepercayaan keluarga, keterlibatan *extended family*, ketidaksetaraan pengetahuan, ketidakpercayaan diri perawat dan kerumitan administrasi.

Kebutuhan yaitu segala yang dibutuhkan perawat secara luas dan lengkap. Kebutuhan perawat yang didapatkan dari hasil penelitian ini adalah peningkatan pemahaman budaya, kompetensi dan pengetahuan, serta dukungan sistem untuk melibatkan keluarga pada perawatan anak.

Tema kepercayaan keluarga

Kepercayaan keluarga adalah anggapan atau keyakinan keluarga terhadap sesuatu yang dipercayai sebagai tindakan yang benar. Kepercayaan tersebut yakni mengenai keyakinan bahwa pasien tidak boleh terkena jarum medis, keluarga yang tidak sabar menjalani proses perawatan karena lebih percaya dengan pengobatan alternative, dan Datang ke UGD hanya ingin meminta obat. Berikut kutipan pernyataan partisipan mengenai kepercayaan keluarga.

“kalau orang aceh disini...kalau misalnya udah kejang-kejang tu...ee...kek...apa tu bilang merampout. Aa...jadi...orang aceh kan kalau merampout itu ga boleh di infus..nah itu...jadi disitu kita susah menjelaskan sama orang itu” (p1)
“ga boleh di infus, ga boleh disuntik, sementara dibutuhkan. Menurut mereka nanti tambah kejan..meninggal, mungkin ada pengalaman kali ya. Kayak kepercayaan gitu...sama orang itu ga boleh disuntik, ga boleh disuntik(p7)

“Ada itu....ga usah di infus lagi, sampe disini juga ga sembuh-sembuh, pulang aja dirajah” (p6)

Tema keterlibatan extended family

Keterlibatan *extended family* memberi makna bahwa adanya keikutsertaan keluarga besar dalam memberikan sikap dan pengambilan keputusan saat proses penanganan dan perawatan anak. Sub tema pada tema ini adalah anggota keluarga yang mengantar banyak dan permintaan pendapat dari anggota keluarga pada hirarki yang lebih tinggi. Dibawah ini merupakan kutipan dari beberapa pernyataan partisipan mengenai keterlibatan keluarga besar.

“Nanti kek gini..ibunya tunggu ya saya bilang sama ayahnya dulu..dah nanti ayahnya udah ngomong...juga tunggu dulu saya bilang sama kakeknya..aaa...ada juga yang tunggu saya telp ke kampung dulu..mertua saya kasi ga. Sementara kita mau cepat..begitu ada pasien” (p4)

“Semua dek...kalau ga kita batasi...semua masuk”
(p4)

Tema ketidaksetaraan pengetahuan

Ketidaksetaraan pengetahuan dapat diartikan sebagai makna dimana perawat beranggapan bahwa keluarga dan perawat memiliki tingkatan pengetahuan yang berbeda. Kesulitan keluarga dalam memahami penjelasan, kurang terpaparnya informasi kesehatan pada keluarga, dan rendahnya pendidikan keluarga menjadi hambatan dalam melibatkan keluarga. Berikut kutipan pernyataan partisipan

“Misal kek gini...tempat tinggalnya terlalu jauh dari kota..aa..jadikan ga tau informasi..aa ada yang kek gitu..abis tu tingkat pekerjaan kayak tukang becak..itu kadang-kadang ga mengerti bahwa begini..ini..ini..(menggeleng) itu. Lebih-lebih yang jauh dari kotatinggalnya...itu udah awam kali” (p4)

“Ya..orang-orang awam..yang ga berpendidikan. Nanti kalau udah kita lakukan tindakan, trus terjadi sesuatu di bilang itu karena tindakan kita”(p6)

“Sebenarnya bagus kan....tapi ya itu yang mengerti. Kalau yang ga mengerti..gimana kita mau jadikan mitra, dia aja ga mengerti” (p7)

Tema ketidakpercayaan diri perawat

Tema ketidakpercayaan diri ini merupakan makna dimana perawat tidak yakin dengan kemampuan yang dimiliki perawat saat penanganan dan perawatan anak. Tidak percaya diri dan takut gagal melakukan tindakan merupakan kategori pada sub tema ini

“Maksudnya gini...gara-gara keluarga ngambek...ngomel kek gitu..malah memperparah pasien nya...jadi perawatnya ga pede lagi itu..untuk pasang infus yang kedua, itu ga pede lagi”(p2)

Ya..takutnya nanti dia komentar, dikirainnya kita tusuk-tusuk sembarangan anaknya, banyaklah yang

dipikir sama keluarga itu. Kadang kita takut juga dibilang bilang keluar(p5)

Tema kerumitan administrasi

Tema ini diartikan sebagai kesulitan-kesulitan yang ditemui perawat berkaitan dengan pengurusan administrasi keluarga. Lamanya proses pendaftaran pasien dan tidak adanya kartu BPJS pada keluarga menjadikan hambatan untuk lancarnya melibatkan keluarga.

“yang sering itu kita terganjal di states perawat yang lama, karena kan direkam medis kita itu harus ada persyaratan dulu”(p7)

““Habis tu nanti kalau ee..adm itu..ga..ini..statesnya belum ini semua...kan ambil obat..kita kan ada pake punya kita dulu...nanti kan kalau misal belum siap itu kan ga bisa diurus sjp nya. Kan di apotik..bearti harus gantung dulu, kadang-kadang kan orang ga ada uang (P7)

Tema peningkatan pemahaman budaya

Tema ini diartikan sebagai kebutuhan perawat untuk dapat memahami nilai-nilai budaya dalam melibatkan keluarga baik budaya kerja pada UGD maupun budaya yang menyertai keluarga. Perawat harus meningkatkan kepribadian dan perilaku yang sopan, adanya kepedulian terhadap keluarga dan pasien serta memahami keyakinan dan nilai-nilai kepercayaan keluarga. Berikut pernyataan dari beberapa partisipan terkait dengan peningkatan pemahaman budaya.

“kayaknya kalau melibatkan keluarga pasien...dari kita aja...dari pribadi...dari teman-teman perawat aja ...yang lebih jangan... maksudnya lebih mengerti dengan keadaan pasien itu (p1)

“Sambil kita kasi resep..dari dokter obat oral kan. Jadi setidaknya kepercayaan dia juga dilakukan kita juga kasi terapi juga. Walaupun dia menolak yang diinfus” (p2)

Tema upgrading kompetensi dan pengetahuan

Upgrading kompetensi dan pengetahuan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan

perawat dan pengetahuan perawat dalam bidangnya seperti pelatihan skill, dan pelatihan service excellent.

“Aaa...itu lah. Skill berkomunikasi kita sama pasien. Ada pasien yang panik..ga bisa ini ga bisa itu...nah cara kita komunikasi sama pasien gimana “(p7)

“ Abis tu kita...di IGD ini harus ada sikap tenang, karena kan pasiennya datang kesini gawat..dengan keluarganya nanti pasti histeris dek, jadi kalau kita juga..ee..histeris juga..takut-takut...ee..jadi pasiennya terbengkalai disitu. Mau kerjain ini ga bisa...ini sendiri kan..disini harus ekstra tenang “ (p4)

“Ya itu..service excellent..bagaimana melayani pasien dengan baik. Cuma kakak yang pernah ikut”(p6)

Tema dukungan sistem pelayanan di UGD

Tema ini diartikan sebagai kebutuhan berupa fasilitas sarana dan prasaranan di pelayanan UGD. Berikut pernyataan partisipan mengenai kebutuhan dukungan sistem ini.

“Kalau keluarga kan..perlu nyamannya ruangan” (p7)

“Ya..seharusnya di IGD ini ada pendorong pasien, ada satpam yang melarang pasien. Selama ini perawat yang bilang..kalau perawat yang mau ngomong, yang ga mau ngomong ya udah diam aja kan” (p7)

PEMBAHASAN

Rangkaian perawatan gawat darurat anak di mulai pada pengaturan komunitas, unit gawat darurat dan juga rawat inap. Pada UGD perawatan berfokus pada pengenalan penyakit/ cedera sedang sampai berat. Kemudian dilanjutkan dengan memberikan resusitasi dan pengobatan, serta upaya memberikan dukungan pencegahan penyakit/cedera pada keluarga. Tindak lanjut dari perawatan di UGD adalah rawat inap berupa perawatan intensif,

perawatan lanjutan dengan rujukan, serta pengenalan perawatan rehabilitasi berbasis masyarakat pada keluarga¹¹.

Melibatkan keluarga adalah menghadirkan keluarga pada ruang perawatan pasien, serta memberikan kontak visual dan fisik pada pasien selama prosedur invasif, atau resusitasi berlangsung^{12,13,14}. Lebih luasnya Eichner et al (2003) menjelaskan bahwa keluarga tidak hanya sebatas hadir tetapi melibatkan keluarga sebagai mitra perawat dengan mengakui, memanfaatkan kehadiran, keterampilan dan pengetahuan keluarga dalam perawatan anak⁵. Melibatkan keluarga di UGD telah direkomendasikan oleh beberapa organisasi gawat darurat dan perawatan anak seperti *American Academy of Pediatrics (AAP)*, *Asosiasi Pediatrics Ambulatory*, *American Association of Critical-Care(AACN) Nursing*, dan *American Heart Association (AHA) dan Emergency Nursing Association (ENA)*^{15,16,17}.

American Academy of Pediatrics (AAP) dan *American College of Emergency Physicians (ACEP)* mendukung melibatkan keluarga untuk (1) mempromosikan martabat pasien, kenyamanan, dan otonomi, (2) mengakui pasien dan keluarga sebagai pengambil keputusan dalam perawatan medis pasien, (3) mengakui pengalaman pasien dan perspektif dengan budaya, (4) mengakui saling ketergantungan antara anak dan orang tua, (5) menghadirkan anggota keluarga yang disenangi pasien, (6) memberikan informasi kepada keluarga selama intervensi, (7) mendorong kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, (8) mengakui pentingnya rumah medis pasien, dan (9) mendorong kebijakan kelembagaan untuk penerapan *family centered care*¹⁸.

Beberapa hal penting yang harus dipertimbangkan untuk menghadirkan keluarga pada saat resusitasi adalah (1) mendiskusikan dahulu rencana menghadirkan keluarga dengan

semua anggota tim resusitasi, (2) sala satu anggota tim harus ditugaskan tetap bersama dengan keluarga untuk memperjelas prosedur tindakan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan dari keluarga, (3) idealnya unit gawat darurat memiliki ruang khusus untuk anggota keluarga selama resusitasi¹⁹.

Banyak hambatan yang dihadapi perawat dari berbagai aspek baik keluarga, perawat sebagai pemberi pelayanan, maupun sistem pelayanan di UGD. Hambatan yang pertama adalah masih tingginya kepercayaan keluarga kepada sesuatu diluar penalaran. Keyakinan mengenai penyebab sakit dan pengobatan alternatif yang didapatkan dari kebiasaan dan budaya tempat keluarga dan pasien tinggal. Keyakinan keluarga bahwa pasien tidak boleh terkena jarum medis menjadi hambatan bagi perawat untuk memberikan penanganan dan perawatan yang optimal kepada pasien. Keluarga membawa pasien ke UGD dalam keadaan kritis, tetapi tidak mengizinkan untuk dilakukan penanganan awal seperti pemasangan infus kepada anak. Sementara, pemberi persetujuan mengenai tindakan adalah keluarga. Pengambil keputusan mengenai perawatan pasien anak berada ditangan keluarga. Memberikan pemahanan yang logis kepada keluarga yang telah memiliki keyakinan sejak lama merupakan hal yang sulit.

Tak jarang keputusan berakhir pada tidak dilakukannya tindakan invasif kepada pasien karena tidak ada persetujuan dari keluarga. Keyakinan mengenai perawatan kesehatan yang berasal dari perspektif budaya dan sejarah diketahui dapat mempengaruhi kecenderungan individu untuk mencari bantuan medis dan mematuhi pengobatan yang diberikan²⁰. Dalam penelitian ini juga ditemukan adanya ketidaksabaran keluarga menjalani proses penanganan dan perawatan anak karena lebih percaya pada pengobatan alternatif. Perawat sebagai pemberi perawatan secara holistik berupaya untuk menghargai keyakinan dan

keputusan keluarga disamping tetap memberikan penanganan kepada pasien secara optimal. Menghargai keyakinan dan budaya keluarga merupakan prinsip dalam *family centered care*²¹.

Keterlibatan keluarga besar (*extended family*) dalam perawatan pasien. Didalam struktur masyarakat terdapat dua jenis keluarga yaitu keluarga inti (*nuclear family*) dan keluarga besar (*extended family*). Tak jarang keluarga besar mempengaruhi orang tua berkaitan dengan kesehatan anak untuk mendapatkan keputusan perawatan anak pada hirarki yang lebih tinggi. Ketergantungan pada keluarga besar dapat dipengaruhi oleh kebiasaan pada suatu daerah dalam mengambil keputusan. Panjangnya proses pengambilan keputusan ini membuat penanganan pasien menjadi lama.

Ketidaksetaraan pengetahuan antara perawat dan keluarga membuat perawat kesulitan untuk menjelaskan dan merasa tidak yakin dengan keputusan keluarga. Sama halnya dengan hasil penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa adanya ketidakyakinan perawat dengan pengetahuan yang dimiliki keluarga dalam berpartisipasi untuk pengambilan keputusan perawatan anak^{7,8}.

Kerumitan fasilitas administrasi dan ketidakpercayaan diri perawat menjadi hambatan pada aspek perawat dan pelayanan. Berkaitan dengan hambatan, perawat juga membutuhkan peningkatan pemahaman budaya, upgrading kompetensi dan pengetahuan dan dukungan sistem yang memadai untuk mengefektifkan melibatkan keluarga.

Fungsi staf di unit gawat darurat adalah menerima semua anak sakit dan cedera, dan memberikan perawatan serta pengobatan secara tepat waktu sesuai kondisi dan tingkat keparahan pasien (*triage*). Sangat penting diketahui oleh staf yang bekerja dalam unit gawat darurat untuk dapat

mengenali anak yang memiliki penyakit kritis dimana jika tidak ditangani, akan menyebabkan kecacatan serius atau kematian.

Dalam hal ini pengetahuan dan keterampilan merupakan kunci keberhasilan dalam perawatan anak¹¹. Secara umum keterampilan yang diperlukan oleh staf unit gawat darurat adalah keterampilan dalam membuka dan membebaskan jalan napas (*Airway*), mempertahankan oksigenasi (*Breathing*), dan mempertahankan sirkulasi (*Circulation*)²². Latihan bersikap tenang, mengontrol emosi dan peningkatan pengalaman kerja harus dimiliki seorang perawat.

Kebutuhan akan peningkatan pemahaman budaya oleh perawat sangat diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan. Menjadi kompeten secara budaya telah digambarkan sebagai proses dimana perawat terus berusaha untuk secara aktif memberikan perawatan dalam konteks budaya individu, keluarga dan masyarakat²⁰. Seorang perawat yang dipercayakan dengan perawatan klien dan keluarga mereka harus mengakui nilai dan pentingnya memberikan perawatan sesuai dengan budaya²³

Selain kebutuhan akan kompetensi dan pengetahuan medis, peningkatan pemahaman budaya juga sangat diperlukan dalam berinteraksi dengan pasien dan keluarga yang memiliki latar belakang yang berbeda.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi praktek dan pendidikan keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada kegawatdaruratan anak di UGD. Implikasi pada pendidikan diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai hambatan dan kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga pada perawatan kegawatdaruratan anak. Hasil penelitian ini bermanfaat sebagai referensi dalam

literatur *family centered care* pada konteks anak, pengaturan gawat darurat dan khususnya pada rumah sakit ibu dan anak di daerah aceh.

Implikasi pada praktek dari hasil penelitian ini memberikan masukan bagi penyedia layanan dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan anak dan kepuasan keluarga. Secara praktis diharapkan hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai landasan untuk membuat meningkatkan kompetensi dan pengetahuan perawat dalam memberikan perawatan dengan pendekatan prinsip *family centered care* pada konteks gawat darurat dan pada rumah sakit ibu dan anak di daerah aceh

KETERBATASAN PENELITIAN

Hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan, hanya dapat menggambarkan dan digunakan pada tempat yang memiliki fenomena dan karakteristik yang sama seperti pada situs penelitian.

Pengumpulan data hanya dilakukan pada perawat, sementara di UGD bekerja sebagai tim yang terdiri dari dokter, perawat dan bidan. Sehingga perlu kiranya mengeksplorasi hambatan dan juga kebutuhan yang diperlukan sisi dokter dan bidan di UGD.

KESIMPULAN

Dalam penelitian ini dihasilkan 8 tema yaitu yang terdiri dari 5 hambatan dan 3 kebutuhan perawat dalam melibatkan keluarga. Kepercayaan keluarga, keterlibatan *extended family*, ketidaksetaraan pengetahuan, ketidakpercayaan diri perawat, kerumitan pelayanan administrasi merupakan hambatan-hambatan yang ditemui oleh perawat. Untuk itu perawat memiliki kebutuhan akan peningkatan pemahaman budaya, upgrading kompetensi dan pengetahuan, serta dukungan sistem pelayanan di UGD agar dapat melibatkan keluarga secara optimal.

AKNOWLEDGEMENT

1. Perawat UGD RSIA Banda Aceh yang telah untuk terlibat dalam penelitian sebagai partisipan
2. Pengajar Dr. dr. Retty Ratnawati, Msc dan Dr. Titin Wihastuti, S.Kp., M.Kes yang telah memberikan kontribusi dalam penyelesaian penelitian ini. kepala ruang UGD yang telah memfasilitasi lancarnya proses pengumpulan data.

KEPUSTAKAAN

1. Kassam Adams N, Garcia-Espana JF, Marsac ML, Kohser KL, Baxt C, Nance M, et al. A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *J Trauma Stress* 2011 Jun;24(3):252-9 doi: 10.1002/jts.20640 Epub 2011 May 18. 2011.
2. Alisic E, Conroy R, Magyar J, Babl FE, O' Donnell ML. Psychosocial care for seriously injured children and their families: A qualitative study among Emergency Department nurses and physicians. *Injury*. 2014;45(9):1452-8.
3. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With special feature on emergency care. Hyattsville, MD.2013
4. Bloom B, Jones LI, Freeman G. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2012. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. 2013;10(258)
5. Eichner, et al. Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *American Academy of Pediatrics*. 2013
6. Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, Clark AP, Vinson L, Sperry J, et al. Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2006;32(3):225-33
7. Coyne, et al. Care in Ireland A Survey of Nurses' Practices and Perceptions of Family-Centered. *Journal of Family Nursing*.2013. DOI: 10.1177/1074840713508224
8. Paliadelis, Penny. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*.2004
9. Helmer, S. D., Smith, R. S., Dort, J. M., Shapiro, W. M., & Katan, B. S. Family Presence during Trauma Resuscitation: A Survey of AAST and ENA Members. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2000; 48(6), 1015-1024.
10. Dudley, N. C., Hansen, K. W., Furnival, R. A., Donaldson, A. E., Van Wagenen, K. L., & Scaife, E. R. The Effect of Family Presence on the Efficiency of Pediatric Trauma Resuscitations. *Annals of Emergency Medicine*, 2009; 53(6), 777-784.e773
11. Beattie & Pearson. *Textbook of Pediatrics : Emergency Care*. 7th ed. New York: Elsevier.2008
12. Farah, M. M., Thomas, C. A., & Shaw, K. N. Evidence-based guidelines for family presence in the resuscitation room: a step-by-step approach. *Pediatr Emerg Care*. 2007 Aug;23(8):587-91
13. McGahey-Oakland PR, Lieder HS, Young A, Jefferson LS. Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007 2007/8//;21(4):217-25.
14. Shook JE, Ackerman AD, Chun TH, Connors GP, Dudley NC, Fuchs SM, et al. Death of a Child in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2014;40(4):301-4.

15. AACN. Practice alert: family presence during CPR and invasive procedures. 2010
16. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010 November 2, 2010;122(18 suppl 3):S640-S56.
17. Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *J Emerg Nurs* 2006 Feb;32(1):23-9. 2006
18. American Academy of Pediatric, American College of Emergency Pediatric, Pediatric Emergency Medicine. Patient-and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department. *Pediatrics*. 2006;118(5):2242-4
19. Ralston, et al. *Text Book of Pediatric Advanced Life Support*. Chicago: American Academy of pediatrics & American Heart Association. 2006
20. Eggenberger S, Grassley J, Restrepo E. Culturally competent nursing care for families: listening to the voices of Mexican-American women. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2006;11(3):1-20.
21. Eckle N, & MacLean, S. L. Assessment of family-centered care policies and practices for pediatric patients in nine US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 2001;2(3):238 – 45
22. Emergency Nurses Association. *Emergency Nursing; Principles and Practice*. 6th ed. United State of America: Mosby Elsevier. 2003
23. Giger, J.N., & Davidhizar, R. E. *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: Mosby; 2004