



PENGALAMAN TENAGA KESEHATAN DALAM MEMFASILITASI *FAMILY VIRTUAL VISIT* KEPADA PASIEN DI RUANG ISOLASI

Mutik Sri Pitajeng^{1*}, Krisyan², Putri Diyanita Lestari², Wandira Lalitya²

¹Departemen Ilmu Keperawatan, Universitas Diponegoro. Jl. Prof. H. Soedarto, SH., Tembalang, Semarang, Jawa Tengah. 50275, Indonesia

²Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada; Jl. Kabupaten (Lingkar Utara), Kronggahan, Trihanggo, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55291

*mutikpitajeng@gmail.com

ABSTRAK

Pasien yang dirawat di ruang isolasi tidak dapat ditunggu ataupun dikunjungi oleh keluarganya. Tenaga kesehatan membantu mempertahankan interaksi pasien dengan keluarnya melalui *family virtual visit*. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengalaman tenaga kesehatan dalam memfasilitasi *family virtual visit* dan menunjukkan indikasi serta tantangannya. Survey *online* dengan kuesioner terdiri dari pertanyaan terbuka dan tertutup dilakukan kepada dokter dan perawat yang pernah bertugas di ruang perawatan isolasi tentang pengalaman memfasilitasi *family virtual visit*. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk menentukan partisipan. Terdapat 39 partisipan yang terdiri dari 3 dokter dan 36 perawat terlibat dalam penelitian. Partisipan menjelaskan pengalamannya memfasilitasi *family virtual visit* dalam 3 tema yaitu kepedulian tenaga kesehatan kepada pasien, transaksi elektronik, dan manajemen pertemuan daring. Sebagian besar partisipan menyatakan indikasi utama *family virtual visit* adalah kunjungan langsung tidak diperbolehkan (89,7%), dan tantangan paling banyak dipilih adalah keluarga tidak menguasai teknologi (74,4%). Studi ini menyimpulkan bahwa kepedulian terhadap pasien di ruang isolasi menjadi alasan tenaga kesehatan melakukan *family virtual visit*. Kekhawatiran yang dirasakan oleh tenaga kesehatan dalam memfasilitasi *family virtual visit* meliputi keamanan data, kemampuan orang yang terlibat, dan peralatan selama kunjungan berlangsung.

Kata kunci: dokter; *family virtual visit*; perawat; ruang isolasi

THE EXPERIENCE OF HEALTH PROFESSIONAL IN FACILITATING FAMILY VIRTUAL VISIT TO PATIENTS IN THE ISOLATION UNIT

ABSTRACT

Most of patients admitted to an isolation unit could not have a companion or visitation from the family. The healthcare professionals helped patients kept interacting to their family through a virtual visit. This study aimed to explain the experience of healthcare professionals in facilitating family virtual visit, and find out the indications and challenges. An online survey consisting of open and multiple choice questions was distributed to doctors and nurses who had the experience in facilitating family virtual visit and worked in the isolation unit. Purposive sampling technique was applied to recruit participants. About 39 participants involved this study. Participants wrote their experiences into 3 themes: concern of healthcare professionals for their patients, an electronic transaction, and an online meeting management. Most of participants stated that the main indication was the disallowed of in person direct visit to patients in the isolation ward (89.7%) and the most challenge part was when the family did not accustomed to technology (74.4%). This study concluded that concern for patients who admitted to isolation ward was the reason health professional to facilitate family virtual visits. Some worried were identified like data security, ability of people, technology and equipment during the visits.

Keywords: doctors; family virtual visit; isolation unit; nurses

PENDAHULUAN

Pandemi COVID 19 merubah regulasi kunjungan keluarga pasien dirumah sakit yang mempengaruhi pola komunikasi antara tenaga kesehatan, pasien dan keluarga. World Health Organization merekomendasikan adanya pembatasan kunjungan ke rumah sakit (WHO, 2020). Menurut penelitian Rose et al., (2021) dilaporkan sebanyak 182 Intensive Care Unit rumah sakit di Inggris selama pandemi memodifikasi pola komunikasi dan kunjungan keluarga pasien. Terdapat kenaikan strategi komunikasi daring dengan keluarga pasien yang dilakukan oleh staff rumah sakit sejak pandemi berlangsung (Ponnappa Reddy et al., 2023). Kunjungan ke ICU dibatasi atau dengan syarat tertentu. Hasil survei di Inggris ditemukan bahwa sebanyak 28 ICU tidak mengizinkan kunjungan keluarga dan 112 ICU mengizinkan keluarga hadir ketika dihidupkan kehidupan pasien dan semua ICU kecuali 3 rumah sakit mengimplementasikan family virtual visit (Rose et al., 2021).

Family virtual visit adalah salah satu alternatif untuk memfasilitasi pertemuan keluarga dengan pasien yang dirawat di rumah sakit dalam keterbatasan. Penelitian Rose et al., (2021) dan Xyrichis et al., (2022) menjelaskan bahwa family virtual visit adalah pertemuan pasien dan keluarga melalui platform online tatap muka yang difasilitasi oleh tenaga kesehatan selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit. Rose et al., (2021) menyatakan bahwa family virtual visit banyak dilakukan di ruang dengan regulasi pembatasan kunjungan seperti ICU dan ruangan isolasi. Dari penelitian yang sama ditemukan bahwa tiga indikasi terbanyak perlu dilakukan family virtual visit yaitu pasien sadar dengan orientasi yang baik, pasien pada tahap akhir kehidupan dan pasien terpasang ventilator. Sedangkan tantangan yang akan dihadapi oleh pelaksana kunjungan adalah permasalahan etik dan hambatan teknis (Haave et al., 2021; Otte et al., 2022).

Penelitian pengalaman tenaga kesehatan dalam memfasilitasi family virtual visit kepada pasien banyak dilakukan di ICU ketika pandemi berlangsung (Otte et al., 2022; Rios et al., 2020; Rose et al., 2021). Tenaga kesehatan memanfaatkan family virtual visit sebagai alternatif kunjungan ketika pertemuan langsung antara keluarga dengan pasien di ICU dilarang (Xyrichis et al., 2022). Studi tentang pengalaman perawat dalam memfasilitasi kunjungan daring di ICU pernah dilakukan di Denmark (Otte et al., 2022). Perawat dalam studi tersebut menyatakan bahwa manfaat kunjungan daring adalah keluarga terbebas dari potensi terinfeksi lingkungan di ICU, pasien dapat melihat situasi rumahnya melalui layar monitor, dan perawat mempunyai waktu yang lebih singkat dalam memfasilitasi kunjungan dibandingkan kunjungan secara fisik ke ICU.

Meskipun pandemi telah berakhir, family virtual visit masih berpotensi untuk diteliti lebih lanjut dan dikembangkan. Xyrichis et al., (2022) menyebutkan bahwa kunjungan tidak langsung seperti family virtual visit dapat bermanfaat juga ketika kondisi non-pandemi dan sebagai kunjungan tanpa batasan waktu melengkapi kunjungan langsung. Ruang perawatan isolasi baik di setting bangsal maupun ICU rumah sakit masih tetap ada untuk kasus-kasus tertentu hingga saat ini. Penelitian-penelitian sebelumnya tentang family virtual visit berfokus di ruang ICU ketika pandemi berlangsung (Otte et al., 2022; Rios et al., 2020; Rose et al., 2021; Xyrichis et al., 2022). Perbedaan lokasi, waktu dan karakteristik partisipan dapat memunculkan temua baru yang dapat bermanfaat dalam pengembangan kunjungan keluarga kepada pasien. Penelitian ini dilakukan kepada tenaga kesehatan yang bertugas di ruang isolasi baik di bangsal dan di ICU setelah melewati masa pandemi sehingga hasilnya diharapkan lebih luas dan dapat memberikan gambaran yang lebih lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengalaman tenaga kesehatan dalam memfasilitasi family virtual visit di ruang isolasi.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* dengan cara memberikan kuisioner yang telah dilakukan validasi isi. Partisipan penelitian adalah tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat yang

bekerja di ruang perawatan isolasi dan mempunyai pengalaman memfasilitasi *family virtual visit*. Partisipan berasal dari sebuah rumah sakit pemerintah di Yogyakarta. Kuisisioner disebarakan melalui grup komunikasi online dokter dan perawat. Kuisisioner terdiri dari dua kategori pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup. Terdapat 2 bagian kuisisioner yaitu data demografi dan pengalaman memfasilitasi *family virtual visit*. Pada bagian data demografi menjelaskan latar belakang partisipan penelitian. Bagian pengalaman *family virtual visit* disusun menjadi 2 bagian yaitu pengalaman dan persepsi. Pengalaman partisipan digali dengan pertanyaan terbuka yang akan memudahkan partisipan mengisi sesuai situasi yang pernah dialami. Bagian persepsi disusun berdasarkan hasil studi dari penelitian komunikasi dan kunjungan virtual keluarga untuk pasien di rumah sakit oleh Rose et al (2021), Xyrichis et al (2022) dan Otte et al (2022)¹. Hasil dari penelitian-penelitian sebelumnya yang sesuai dengan tujuan penelitian ini dikelompokkan dan disusun menjadi pertanyaan-pertanyaan pada bagian persepsi partisipan terhadap *family virtual visit*. Pengelompokan topik yang semula berbahasa Inggris diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia melalui proses diskusi antar peneliti dengan cara menyandingkan kalimat asli dari penelitian sebelumnya dan hasil terjemahan. Selanjutnya, kuisisioner pada tahap ini disebut sebagai kuisisioner tahap 1. Kuisisioner tahap 1 terdiri dari bagian data demografi, dan bagian pengalaman memfasilitasi *family virtual visit* dan bagian persepsi *family virtual visit*. Pada kuisisioner ini masing-masing pertanyaan diberikan keterangan tujuan yang ingin didapatkan.

Kuisisioner tahap 1 dilakukan uji validitas isi dengan cara meminta bantuan kepada 2 orang tenaga kesehatan (1 dokter dan 1 perawat) yang bekerja di rumah sakit dan mempunyai kemampuan untuk memahami kalimat Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Kuisisioner tahap 1 dikirimkan ke 2 tenaga kesehatan tersebut hingga ada kesepakatan persamaan persepsi pada setiap kalimat dalam kuisisioner. Kuisisioner tahap 1 yang telah divalidasi dinamakan kuisisioner tahap 2. Kuisisioner tahap 2 dilakukan pre-testing atau uji coba kepada 3 orang tenaga kesehatan (1 dokter, 1 perawat laki-laki, 1 perawat perempuan) dengan pengalaman bekerja di ruang isolasi dan memfasilitasi *family virtual visit*. Hasil kuisisioner tahap 2 setelah di uji coba dilakukan finalisasi kemudian dijadikan kuisisioner penelitian yang dibagikan pada partisipan. Penelitian ini telah lolos telaah etik dari tim komisi etik FK-KMK Universitas Gadjah Mada No KE/FK/1001/EC/2023. Durasi kuisisioner dibagikan dan dilakukan pengolahan data adalah selama 3 bulan. Data yang terkumpul dilakukan analisa deskriptif kualitatif dan kuantitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik partisipan

Jumlah partisipan pada penelitian ini adalah sebanyak 39 orang dengan data demografi yang dijelaskan pada tabel 1. Partisipan terdiri dari 3 dokter dan 36 perawat dengan rata-rata usia ($29 \pm 4,6$) tahun dari rentang usia 22 hingga 40 tahun dan rata-rata pengalaman kerja sebagai tenaga kesehatan ($5,2 \pm 4,2$) tahun dengan rentang lama berkerja minimal 1 tahun hingga 20 tahun.

Tabel 1.

Data Demografi Partisipan

Variabel	Kategori	f	%
Profesi	Dokter	3	(7,7)
	Perawat	36	(92)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	5	(13)
	Perempuan	34	(87)
Usia	≤ 30 tahun	24	(62)
	> 30 tahun	15	(38)
Pengalaman bekerja	≤ 5 tahun	23	(59)
	> 5 tahun	16	(41)
Lama kerja di RSA	≤ 2 tahun	20	(51)
	< 2 tahun	19	(49)

Pengalaman memfasilitasi *Family Virtual Visit*

Dari penelitian ini diketahui bahwa kegiatan *family virtual visit* di rumah sakit pernah dilakukan sebelum pandemi atau sebelum tahun 2020. Sebanyak 12 orang (31%) partisipan menyatakan pernah memfasilitasi *family virtual visit* sebelum pandemi.

Tabel 2.

Pengalaman partisipan memfasilitasi *family virtual visit*

Variabel	f (%)
Waktu pertama memfasilitasi <i>family virtual visit</i>	
- Sebelum pandemi	12 (31)
- Setelah pandemi	27 (69)
Frekuensi memfasilitasi <i>family virtual visit</i>	
- 1-3 kali	9 (23)
- Lebih dari 3 kali	30 (77)
<i>Family virtual visit</i> pada pasien tidak sadar atau tidak dapat melakukan komunikasi	
- Tidak Pernah	7 (18)
- Pernah	32 (82)
<i>Family virtual visit</i> dengan metode grup video call	
- Tidak Pernah	16(41)
- Pernah	23 (59)
Lokasi memfasilitasi <i>family virtual visit</i>	
- ICU non isolasi	2 (5.1)
- Ruang rawat inap non-isolasi pasien dewasa	1 (2.6)
- Ruang rawat inap non-isolasi pasien bayi atau anak-anak (NICU, KBY, PICU, dan bangsal anak-anak)	2 (5.1)
- ICU isolasi	27 (69)
- Ruang rawat inap isolasi (contoh bangsal khusus pasien COVID-19)	25 (64)

Sekitar tiga perempat dari jumlah partisipan pernah memfasilitasi *family virtual visit* lebih dari 3 kali (77%) dan pernah melakukannya pada pasien tidak sadar atau tidak dapat melakukan komunikasi (82%). Sebanyak 59% partisipan pernah memfasilitasi *family virtual visit* dengan metode *group video call*. Ruangan terbanyak dilakukan *family virtual visit* adalah ruang perawatan isolasi baik ICU isolasi (69%) dan bangsal isolasi (64%). Uraian jawaban partisipan untuk pertanyaan terbuka dilakukan analisa dengan cara mengelompokkan kata kunci yang ditemukan kedalam tema yang saling berhubungan. Tema-tema yang didapatkan dan proses pembentukan tema dijelaskan dibawah ini:

Tema 1: Kepedulian tenaga Kesehatan

Tema ini dilatarbelakangi dari perasaan empati yang timbul dari partisipan ketika melihat kondisipasien selama perawatan dan keinginan partisipan memperkuat dukungan untuk kesembuhan pasien.

“Terkadang merasakan kasihan dengan pasien yang tidak bisa ditunggu oleh keluarga, apalagi pasien-pasien lansia. Tetapi ada rasa senang juga (setelah video call), dikarenakan pasien bisa berkomunikasi dengan keluarga walaupun melalui virtual, terkadang bisa menjadi dukungan tersendiri untuk pasien tersebut” (P11, 2 tahun menjadi perawat)

Latar belakang lain dari partisipan memfasilitasi *family virtual visit* yang ditemukan pada penelitian ini adalah menciptakan kesempatan keluarga pasien tetap terlibat dalam perawatan meskipun tidak hadir secara fisik. Kata kunci yang ditemukan untuk menyusun tema 1 ditampilkan pada tabel 3.

“...Setelah vc (video call), ditanya oleh anak terkait makan bagaimana bisa tidur tidak. bapak (pasien) baru ngaku. mungkin krna ada saya disitu. Setelah vc dengan anak dan istri, saat makan siang pasien makan dengan lahap minum juga banyak. Semenjak hari itu pasien kondisi sangat bagus sampai pulang.” (P9, 5 tahun menjadi perawat).

Tabel 3.
Proses pembentukan tema 1

Kata kunci	Subtema	Tema
sedih melihat pasien sendirian	Bentuk empati dari tenaga kesehatan	Kepedulian dari tenaga kesehatan terhadap pasien isolasi
merasakan kasihan dengan pasien		
senang bisa membantu		
khawatir kondisi pasien		
memfasilitasi kebutuhan pasien	Penguatan dukungan untuk kesembuhan pasien	
memotivasi pasien		
menambah sumber dukungan pasien		
doa bersama		
keluarga bisa memberikan semangat kepada pasien	Pelibatan keluarga dalam perawatan	
keluarga dapat melihat pasien		
membantu keluarga dan pasien terhubung		
keluarga tahu kondisi pasien		
support ke keluarga		
keluarga bisa mensupport pasien		
memberikan kesempatan keluarga di akhir hidup pasien		

Tema 2: Transaksi Elektronik

Tema ini disusun dari 4 subtema yaitu teknologi komunikasi, pengguna teknologi, keamanan informasi dan privasi pasien. Partisipan menyadari kegiatan video call keluarga melibatkan pertukaran informasi tentang pasien menggunakan alat teknologi komunikasi elektronik sehingga memiliki kekhawatiran berupa kemungkinan potensi pelanggaran informasi elektronik. Tabel 4 menampilkan proses pembentukan tema 2.

Tabel 4.
Proses Pembentukan Tema 2

Proses Transaksi Tema 2		
Kata kunci	Subtema	Tema
sinyal jelek	Teknologi komunikasi	Transaksi elektronik
alat komunikasi		
jaringan internet		
aplikasi yang digunakan	Pengguna teknologi	
tidak bisa video call		
staff terbatas		
informasi disebarluaskan	Keamanan informasi	
perekaman informasi		
upload di sosmed		
screenshoot pasien,perekaman	Privasi Pasien	

Teknologi komunikasi untuk *family virtual visit* berupa gawai, aplikasi untuk melakukan *video call*, dan jaringan internet. Partisipan menuliskan jika alat yang paling sering digunakan untuk video call adalah *handphone (HP)* milik pasien atau milik ruangan rawat inap, sedangkan untuk aplikasi yang digunakan adalah *Whatsapp*. Partisipan menuliskan untuk jaringan internet menggunakan jaringan rumah sakit cukup mendukung, meskipun beberapa partisipan menyebutkan permasalahan sinyal jelek dan putus-putus masih menjadi tantangan yang dihadapi. Pengguna teknologi, yaitu partisipan, keluarga dan pasien memiliki peran yang penting dalam berlangsungnya *family virtual visit*. Terdapat kekhawatiran terhadap keamanan informasi selama proses *family virtual visit*, berupa perekaman selama video call, penyebaran informasi dan mengunggah informasi ke sosial media. Kegiatan ini akan mempengaruhi privasi pasien.

“Keluarga melakukan screenshot saat vidcall berlangsung dan meng-upload di sosmed (meskipun sudah di lakukan edukasi terhadap keluarga)” (P25, 1 tahun menjadi perawat).

Tema 3: Management pertemuan daring

Tema manajemen pertemuan daring menjelaskan bagaimana partisipan mempertimbangkan berbagai hal dan mengelola situasi yang dihadapi selama memfasilitasi *family virtual visit* agar kegiatan pertemuan mempunyai hasil yang diharapkan. Terdapat 7 subtema yang tercantum dalam tabel 5.

Tabel 5.

Proses Pembentukan Tema 3

Kata kunci	Subtema	Tema
durasi memfasilitasi	Waktu video call	Managemen pertemuan daring
managemen waktu		
kontrak waktu		
tindakan medis mendadak		
missskomunikasi	Hasil yang tidak diharapkan	
respon keluarga tidak sesuai harapan		
respon pasien tidak sesuai harapan		
komunikasi tidak fokus		
pasien tenang	Hasil yang diharapkan	
jadi kooperatif		
keluarga lega		
penyampaian harapan keluarga		
penyampaian informasi pasien		
informasi tindakan perawatan		
kebutuhan informasi dan edukasi keluarga		
membangun hubungan ke pasien dankeluarga		
hubungan pasien dan keluarga		
hubungan tenaga kesehatan dan keluargapasien		
keluarga bisa melihat pasien	Kemampuan tenaga kesehatan	
pasien bisa melihat keluarganya		
paham informasi pasien		
kemampuan komunikasi		
pengelolaan emosi	Dukungan dari rumah sakit	
pemanfaatan teknologi		
staff tersendiri		
Belum ada SOP	Group video call	
fasilitas video call		
pertanyaan variatif		
banyak bicara	Tipe pasien	
lebih kompleks		
pasien akhir hayat		
pasien tidak sadar		
lansia		
perburukan pasien		
Pasien dengan ventilator		
Pasien tidak stabil		

Terdapat 4 kemampuan tenaga kesehatan yang dinilai partisipan perlu dimiliki oleh tenaga kesehatan yang akan memfasilitasi *family virtual visit* yaitu kemampuan komunikasi, paham informasi pasien, pengelolaan emosi, dan pemanfaatan teknologi. Tenaga kesehatan yang akan memfasilitasi video call juga perlu mempertimbangkan waktu videocall dan durasi pertemuan. Waktu berhubungan dengan partisipan perlu mempersiapkan pasien, keluarga pasien dan melihat kondisi ruangan apakah nantinya akan mengganggu pelayanan.

“Buat janji terlebih dahulu dengan keluarga, dan buat kesepakatan bisa video call berapa kali. Karena tuntutan kerja yang terkadang tidak memungkinkan untuk video call setiap hari. Agar keluarga juga tidak complain.” (P19, 1 tahun menjadi perawat).

Salah satu partisipan mengungkapkan bahwa *family virtual visit* memungkinkan dapat melibatkan lebih dari satu anggota keluarga untuk terhubung dengan pasien. Akan tetapi hal ini menyebabkan tantangan baru berupa pertanyaan keluarga lebih banyak, lebih komplek, pertanyaan variatif dan banyak anggota keluarga yang bicara dalam satu waktu yang menyebabkan pasien tidak fokus.

“saat kami fasilitasi untuk video call, semua keluarga gabung dalam ruang video call tersebut, bahkan keluarga yang jauh sekalipun. Dengan kondisi tersebut maka akan lebih banyak dari pihak keluarga yang memberi dukungan kepada pasien tersebut, tetapi yang disayangkan dengan banyaknya anggota keluarga yang gabung, malah menghambat untuk pasien mengeluarkan keluhan kesahnya. Keluarga pasien waktu itu hanya fokus berbicara sendiri tanpa memberi waktu untuk pasien berbicara, jadi malah membuat pasien sedikit emosi dan meminta untuk menyudahi sesi video call tersebut. Maka kami yang sebenarnya tidak etis untuk memotong pembicaraan saat sesi video call, harus pasien tidak stabil tetap berbicara kepada keluarga supaya memberikan kesempatan pasien untuk berbicara.” (P11, 2 tahun menjadi perawat).

Tipe pasien berupa pasien sadar, pasien tidak sadar, pasien akhir hayat, lansia, pasien yang tidak stabil, pasien mengalami perburukan, dan pasien dengan ventilator menciptakan pengalaman berbeda bagi partisipan seperti yang ditulis dibawah ini:

“...komunikasi antara pasien dan keluarga agak sulit dimengerti karena pasien terpasang venti, jd kita yg menjelaskan ke keluarga apa yg dimaksud pasien...” (P5, 3 tahun menjadi perawat).

“Saat pasien diruang isolasi yang keluarga tidak bisa membesuk, pasien tidak sadar, di saat terakhir sebelum pasien meninggal keluarga bisa melihat dan membacakan doa melalui video call dari WA. Keluarga sangat berterima kasih karena bisa membimbing pasien disaat2 akan meninggal dunia.” (D3, 5 tahun menjadi dokter)”

Partisipan menuliskan rumah sakit yang akan menerapkan *family virtual visit* dapat memberikan dukungan dengan cara menyediakan fasilitas pendukung *video call* pasien dan keluarga, staff tersendiri dan dibuatkan standar operasional prosedur (SPO) kegiatan *family virtual visit*. Ketiadaan SPO membuat beberapa partisipan mengusulkan agar rumah sakit dapat menyusun SPO *family virtual visit* sehingga ada panduan yang bisa diikuti untuk mencapai hasil yang diharapkan dan menghindari hasil yang tidak diharapkan.

Dalam *family virtual visit*, partisipan mengharapkan hasil berupa pasien menjadi tenang, kooperatif selama perawatan, keluarga merasa lega, pasien dan keluarga sama-sama dapat melihat kondisi masing-masing, pesan tersampaikan, dan dapat membangun hubungan yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tenaga Kesehatan. Sebaliknya, partisipan tidak mengharapkan hal hal seperti miskomunikasi, respon pasien dan keluarga yang tidak sesuai harapan dan komunikasi tidak fokus

“Khawatir kalau setelah video call pasien justru merasa sedih karena tidak bisa berkumpul dengan keluarga.” (P19, 1 tahun menjadi perawat)

Persepsi partisipan terhadap *Family Virtual Visit*

Hasil penelitian ini pada tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan menyatakan *family virtual visit* itu penting bagi pasien di ruang isolasi atau ruangan yang tidak dapat ditemani oleh keluarga (97,4%), mempunyai manfaat bagi pasien dan keluarga (89.7%) dan bermanfaat bagi tenaga kesehatan (66.7%). Partisipan merasa bahwa *family virtual visit* bermanfaat bagi pasien dan keluarga karena keluarga dapat mengetahui kondisi pasien dan pasien bisa merasa mendapatkan dukungan dari keluarga selama perawatan.

“menjembatani keingintahuan dan rasa sayang keluarga terhadap pasien, jika pasien sadar bisa jadi menambah semangat utk sembuh (D2, 4 tahun menjadi dokter)”,

“Pasien dan keluarga jadi terhubung, keluarga menjadi tenang (P14, 20 tahun menjadi perawat)”

Tabel 6.
Persepsi partisipan terhadap *family virtual visit*

Pernyataan	f (%)
<i>Family virtual visit</i> itu penting bagi pasien di ruang isolasi atau ruangan yang tidak dapat ditunggu oleh keluarga	
- Tidak setuju	1 (2,6)
- Setuju	38 (97,4)
<i>Family virtual visit</i> bermanfaat bagi pasien dan keluarga	
- Tidak bermanfaat	1 (2,6)
- Mungkin ada manfaatnya	3 (7,7)
- Bermanfaat	35 (89,7)
<i>Family virtual visit</i> bermanfaat bagi tenaga kesehatan	
- Tidak Bermanfaat	3 (7,7)
- Mungkin Ada manfaatnya	10 (25,6)
- Bermanfaat	26 (66,7)
<i>Family virtual visit</i> sama manfaatnya dengan kunjungan secara langsung	
- Tidak setuju	17 (43,6)
- Setuju	22 (56,4)

Hasil survei penelitian ini menunjukkan bahwa partisipan paling banyak menilai manfaat *family virtual visit* adalah menurunkan stress pasien (97.4%), keluarga bisa melihat kondisi pasien (79.5%), dan memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam perawatan (71.8%). Manfaat lain menurut partisipan ditampilkan pada tabel 7. Sebagian partisipan yang menyatakan *family virtual visit* tidak ada atau mungkin ada manfaatnya bagi pasien dan keluarga adalah kekhawatiran penyalahgunaan peraturan rumah sakit dengan cara pengambilan gambar dan kondisi pasien tidak baik.

Tabel 7.
Manfaat dari *family virtual visit* menurut partisipan

Pernyataan	f (%)
Menurunkan stress psikologis pasien	38 (97,4)
Meningkatkan empati dari petugas	27 (69,2)
Membantu mengembalikan orientasi pada pasien delirium	16 (41,0)
Mengatasi kesulitan bahasa dan komunikasi	15 (38,5)
Meningkatkan kepatuhan pasien dalam perawatan	24 (61,5)
Memperat hubungan keluarga	23 (59,0)
Memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam perawatan	28 (71,8)
Tidak dibutuhkan biaya transportasi	19 (48,7)
Tidak ada transmisi infeksi	25 (64,1)
Keluarga yang bisa melihat kondisi pasien	31 (79,5)
Keluarga dapat melihat lingkungan perawatan	17 (43,6)
Pasien bisa melihat kondisi rumah melalui video call	22 (56,4)
Tidak menyita waktu banyak seperti kunjungan keluarga langsung	19 (48,7)
Tidak terdistraksi dengan kondisi pasien lainnya	14 (35,9)
Manfaat lain: meningkatkan <i>patient-centered care</i> , meningkatkan kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, meningkatkan kepuasan pasien	2 (5,1)

Partisipan yang menyatakan *family virtual visit* bermanfaat bagi tenaga kesehatan diantaranya karena menumbuhkan rasa percaya keluarga terhadap petugas, mempermudah komunikasi, memenuhi tanggung jawab dan meminimalkan penularan infeksi.

“Memupuk rasa percaya pasien dan keluarga kepada nakes RSA, meminimalkan mis komunikasi (D1, 4 tahun menjadi dokter)”

“Untuk tenaga kesehatan itu sendiri juga cukup bermanfaat, seperti disaat kita ingin menjelaskan sesuatu tentang kondisi pasien, kita bisa melalui video call, bahkan terkadang bisa juga disertai

memperlihatkan kondisi pasien saat ini, biasanya terjadi pada kasus pasien tidak sadar (P11, 2 tahun menjadi perawat)”

Dari penelitian ini didapatkan hasil 56, 4% persen partisipan menyatakan *family virtual visit* sama manfaatnya dengan kunjungan secara langsung. Alasan yang disampaikan oleh partisipan karena kunjungan ini sama-sama dapat mengetahui kondisi pasien dan memberikan dukungan pada pasien

“*Family virtual visit dan kunjungan secara langsung sama manfaatnya untuk mengetahui kondisi pasien dan mensupport pasien (P16, 1 tahun menjadi perawat)*”

“*Kalau dari segi pendampingannya sama sama bermanfaat, tapi mungkin jika dengan vidcall dia bisa lebih mudah, lebih dinamis (bisa setiap waktu) (P36, 2 tahun menjadi perawat)*”.

Sedangkan 43.6% partisipan yang menyatakan *family virtual visit* tidak sama manfaatnya dengan kunjungan secara langsung dikarenakan kunjungan langsung punya kelekatan lebih kuat dan lebih terasa secara emosional.

“*...saat bertemu langsung pasien akan merasa lebih diperhatikan keluarga ada yang menunggu di sampingnya dan dukungan emosional lebih terasa (P21, 8 tahun menjadi perawat)*”

“*Rasa bondingnya kurang (untuk video call) (P14, 20 tahun menjadi perawat),*

“*video tdk dapat mengcapture seluruh keadaan dan emosi (D2, 4 tahun menjadi dokter)*”,

Tabel 8.

Tantangan memfasilitasi *family virtual visit*

No	Pernyataan	f	(%)
1	Keluarga pasien tidak menguasai teknologi	29	(74,4)
2	Alat yang dimiliki keluarga tidak mendukung <i>family virtual visit</i>	24	(61,5)
3	Tidak ada waktu bagi staff untuk melakukan video call	28	(71,8)
4	Kesulitan koneksi dari internet	28	(71,8)
5	Kurang pelatihan komunikasi bagi staff	11	(28,2)
6	Kekhawatiran staff rumah sakit terkait keamanan dan kerahasiaan video call	20	(51,3)
7	Khawatir terkait video call yang sebelumnya tidak ada persetujuan pasien	12	(30,8)
8	Kurang dukungan dari tim IT	7	(17,9)
9	Khawatir pengelolaan informasi dan keamanan informasi tentang pasien ketika video call	12	(30,8)
10	Alat dari rumah sakit yang tidak memadai	6	(15,4)
11	Tidak ada tim khusus komunikasi keluarga	11	(28,2)
12	Belum ada panduan tertulis (SOP)	21	(53,8)
13	Keterbatasan bahasa dan kesulitan akses layanan penterjemah	9	(23,1)
14	Kurangnya dukungan dari manajemen rumah sakit	8	(20,5)
15	Tantangan lain seperti: membagi waktu, dokter	2	(5,1)

Indikasi dan kontraindikasi partisipan memfasilitasi *Family Virtual Visit*

Hasil penelitian ini menunjukkan partisipan paling banyak (89.7%) menilai kunjungan langsung yang tidak diperbolehkan menjadi indikasi untuk memfasilitasi *family virtual visit*.

Tabel 9.

Indikasi memfasilitasi *family virtual visit*

Pernyataan	f (%)
Pasien dalam kondisi sadar dan berorientasi baik	25 64,1
Pasien pada tahap akhir hayat	33 84,6
Pasien menggunakan ventilator	33 84,6
Saat pasien sedang dalam aktivitas rehabilitasi (contoh pasien post op fase mobilisasi)	9 23,1
Pasien sadar tetapi disorientasi (contoh pasien demensia)	16 41,0
Pasien tidak sadar atau tersedasi	17 43,6
Berdasarkan ijin dan permintaan pasien dan keluarga	30 76,9
Belum pernah dilakukan video call	17 43,6
Kunjungan langsung tidak diperbolehkan	35 89,7
Indikasi lain contoh: pasien tidak kooperatif, perburukan mendadak, pasien tampak sedih, dll	12 30,8

Kondisi yang dinilai paling banyak partisipan sebagai kondisi tidak perlu *family virtual visit* adalah adanya penolakan pasien (92.3%) diikuti penolakan keluarga (61.5%), dan pasien tidak sadar atau tersedasi (20.5%). Kondisi lainnya *family virtual visit* tidak perlu dilakukan ditampilkan pada tabel 10.

Tabel 10.
Kondisi tidak perlu difasilitasi family virtual visit

Pernyataan	f (%)
Penolakan Pasien	36 92,3
Penolakan Keluarga	24 61,5
Pasien tidak sadar atau tersedasi	8 20,5
Tidak ada dokumen ijin tertulis dari pasien	5 12,8
Pasien pada tahap akhir hayat	3 7,7
Kondisi pasien delirium	6 15,4
Kondisi lainnya seperti: ada tindakan medis, keluarga bisa menjenguk pasien, pasien tidak kooperatif dll	4 10,3

Pasien yang dirawat di ruang isolasi sendirian menghadapi perpisahan dengan keluarganya disaat mengalami kondisi sakit yang seharusnya membutuhkan dukungan dari orang terdekat. Perpisahan ini menimbulkan kesedihan, kesepian hingga ketidakberdayaan yang dirasakan oleh pasien maupun keluarga (Rios et al., 2020). Tenaga kesehatan di seluruh dunia berupaya untuk mengurangi kesepian pasien dan keluarga dengan memanfaatkan perangkat komunikasi (Otte et al., 2022; Rios et al., 2020; Xyrichis et al., 2022). Kepedulian partisipan terhadap pasien di ruang isolasi menjadi latar belakang tindakan partisipan memfasilitasi *family virtual visit* di saat kunjungan langsung keluarga pasien tidak diperbolehkan. Hal ini juga didukung hasil pilihan indikasi partisipan melakukan *family virtual visit* adalah kunjungan langsung keluarga yang tidak diperbolehkan dan partisipan paling banyak menempatkan penolakan pasien sebagai kontraindikasi *family virtual visit*. Partisipan tampak lebih memprioritaskan pasien yang sedang dirawat. Dipenelitian lainnya juga menempatkan pasien lebih utama yaitu ketika pasien dalam kondisi sadar penuh menjadi pertimbangan indikasi terbanyak dilakukan *family virtual visit* (Xyrichis et al., 2022).

Partisipan pada penelitian ini memanfaatkan *video call* dari aplikasi *WhatsApp* untuk menghubungkan pasien dan keluarganya selama pasien dirawat di rumah sakit. Aplikasi di *United Kingdom (UK)* yang paling banyak digunakan di ICU untuk memfasilitasi *virtual visit* adalah *aTouchAway*, *Skype* dan *Facetime* (Rose et al., 2021). ICU di UK paling banyak menggunakan *aTouchAway* karena secara khusus dikembangkan untuk mendukung *family virtual visit* keluarga dari pasien ICU dan telah ter-*install* pada alat yang dimiliki oleh ICU. *aTouchAway* dinilai sebagai platform *video call* yang aman karena hanya dikhususkan untuk *family virtual visit*. Sedangkan di sebuah studi di Brazil memanfaatkan *WhatsApp* seperti pada partisipan pada penelitian ini untuk *video call* keluarga pasien dengan pertimbangan sebagai aplikasi yang banyak digunakan (Rios et al., 2020). Sebuah ICU di Amerika Serikat memanfaatkan sarana dari *virtual intensive care unit (vICU)* dalam memfasilitasi *family virtual visit* tanpa membawa HP atau tablet dari luar ruang perawatan pasien yang mungkin alat tersebut berpotensi menjadi sumber infeksi (Sasangohar et al., 2021).

Pemanfaatan *video call* dari sebuah aplikasi untuk mengkomunikasikan kondisi pasien kepada keluarganya menjadi salah satu transaksi elektronik, yang memunculkan kekhawatiran isu pelanggaran privasi dan keamanan informasi bagi partisipan. Isu yang sama dipaparkan oleh perawat di Denmark bahwa kegiatan *video call* memungkinkan *screenshot* lalu diunggah pada sosial media sedangkan hal tersebut mungkin belum ada persetujuan dari pasien (Otte et al., 2022). Hal ini selaras dengan kekhawatiran pada partisipan yang membuat partisipan melakukan edukasi untuk tidak merekam atau memfoto selama kegiatan *family virtual visit berlangsung*. Demi menjamin keamanan *virtual visit*, disarankan hanya menggunakan alat milik rumah sakit untuk *video call* lalu melakukan blok nomor yang terhubung agar tidak disalahgunakan oleh keluarga (Rios et al., 2020). Hal ini juga dilakukan partisipan pada penelitian ini, yang menggunakan HP bangsal atau yang juga milik rumah sakit. Sebuah institusi kesehatan di Amerika Serikat mengatur permintaan *family virtual visit* melalui link tertentu yang hanya dikirimkan keluarga (Sasangohar et al., 2021). Beberapa rumah sakit mengharuskan adanya pengisian form permintaan *family virtual visit* pada *website* rumah sakit dan memerlukan proses persetujuan tim rumah sakit dan pasien yang sedang dirawat untuk dilaksanakan. Lebih lanjut, partisipan pada penelitian ini

mengusulkan agar rumah sakit dapat membuat regulasi atau panduan untuk kegiatan *family virtual visit* agar mengurangi kekhawatiran.

Pada penelitian ini partisipan merekomendasikan tentang adanya kontak waktu dan persiapan dari tenaga kesehatan, pasien, dan keluarganya sebelum pertemuan. Durasi waktu perlu diatur agar tidak mengganggu pelayanan (Otte et al., 2022). Virtual visit di Brazil dialokasikan sekitar 10 menit untuk pasien berbicara dengan keluarganya, setelah waktu habis staf yang membantu video call akan memastikan ada tidaknya keraguan lalu menyampaikan penutup (Rios et al., 2020). Pada penelitian yang dilakukan di London, terdapat beberapa rekomendasi untuk memberikan semangat kepada pasien saat *family virtual visit*, yaitu dengan mempersiapkan tenaga medis dan anggota keluarga tentang apa saja yang perlu dikatakan dan dijelaskan selama pertemuan (Rose et al., 2021). Selain itu dalam penelitian tersebut juga dijelaskan bahwa anggota keluarga merekomendasikan jika tenaga kesehatan yang memfasilitasi *family virtual meeting* alangkah lebih baiknya tidak terlalu larut dalam emosi. Hal ini juga sesuai dengan apa yang disampaikan partisipan dalam penelitian ini tentang kemampuan mengontrol emosi dalam memfasilitasi *family virtual visit*.

Family virtual visit dinilai oleh partisipan pada studi ini mempunyai tiga tantangan terbesar yaitu keluarga tidak menguasai teknologi, tidak punya waktu dan kesulitan koneksi dari internet. Tantangan dibagi menjadi 3 kategori meliputi aspek yang berhubungan dengan orang relatif pasien atau keluarga, aspek pasien dan implementasi di ICU (Otte et al., 2022). Pada kategori berhubungan dengan keluarga terdiri dari hilangnya kontak fisik antara keluarga dan pasien serta kesulitan untuk membantu merawat pasien. Berbeda dengan penelitian ini tantangan yang berasal dari keluarga adalah tidak menguasai teknologi yang digunakan. Hal ini didukung penelitian lain yang menyatakan tantangan paling banyak ditemui oleh tim rumah sakit adalah ketidakmampuan keluarga pasien dalam menggunakan teknologi atau mengakses alat, kesulitan dalam koneksi internet serta tidak ada waktu dari tenaga kesehatan yang didukung pada penelitian yang sama (Rose et al., 2021). Pelayanan pasien sehari-hari berlangsung dinamis, terdapat hari ketika banyak tindakan yang harus diselesaikan sehingga akan mempengaruhi tindakan lain yang dirasa tidak membutuhkan segera, seperti *family virtual visit* ini. Disampaikan pula oleh keluarga pasien hambatan virtual visit berupa tidak mencukupinya staf dan sarana, posisi kamera yang tidak adekuat, jaringan atau koneksi, dan kegagalan mengakhiri percakapan dengan baik (Sasangohar et al., 2021). Tantangan dan hambatan yang tidak diselesaikan akan membuat manfaat dari *family virtual visit* tidak dapat dicapai.

Partisipan pada penelitian ini paling banyak memilih manfaat dari *family virtual visit* adalah menurunkan stress pasien, keluarga bisa melihat kondisi pasien dan memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam perawatan. Penelitian sebelumnya di Denmark pada perawat yang pernah membantu video call pasien ICU menyatakan bahwa video call adalah alternatif pertemuan pasien dan keluarganya disaat pertemuan langsung dilarang (Otte et al., 2022). Staf rumah sakit di ICU *United Kingdom* (UK) menyampaikan dalam konteks dilarangnya kunjungan langsung pada pasien yang dirawat di ICU, *virtual visit* penting dilakukan untuk memulihkan unit keluarga atau menghubungkan antar anggota keluarga, dan memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam perawatan (Rose et al., 2021). Otte et al., (2022) membagi manfaat menjadi 3 kategori yaitu aspek yang berhubungan dengan orang relatif pasien atau keluarganya, aspek yang berhubungan dengan pasien, dan implementasi di ICU. Pada kategori aspek yang berhubungan dengan keluarga mempunyai hasil yang sama dengan penelitian Rose et al., (2021) yaitu keluarga memiliki keterlibatan dalam perawatan pasien serta lebih banyak keluarga yang dapat melihat kondisi pasien. Namun, untuk kategori aspek yang berhubungan dengan pasien memiliki manfaat yang berbeda yaitu pasien dapat melihat kondisi rumah, tidak dijelaskan terkait aspek psikologis. Manfaat *family virtual visit* pada aspek psikologi yang diungkapkan adalah mengurangi stress psikologis pasien dan rasa senang atau syukur dari keluarga (Otte et al., 2022; Rios et al., 2020; Xyrichis et al., 2022). Manfaat pada kategori implementasi di ICU adalah waktu yang diperlukan untuk

merencanakan dan tersita saat kunjungan tidak banyak, serta keluarga tidak terdistraksi dengan keberadaan pasien lain ketika video call yang terlihat hanya anggota keluarganya yang sedang sakit.

SIMPULAN

Kepedulian terhadap pasien menjadi latar belakang dari dokter dan perawat dalam memfasilitasi *family virtual visit* meskipun terdapat kekhawatiran transaksi elektronik yang dilakukan, aspek fasilitas dan kemampuan orang yang terlibat. Indikasi dan kontraindikasi paling banyak *family virtual visit* yang dipilih oleh partisipan penelitian ini adalah kunjungan langsung tidak diperbolehkan dan penolakan pasien. Tiga tantangan paling banyak yang dihadapi tenaga kesehatan dalam memfasilitasi *family virtual visit* meliputi keluarga pasien tidak menguasai teknologi, kurangnya waktu, dan masalah koneksi internet. Penelitian ini berkontribusi menambah informasi tentang alternatif kunjungan keluarga kepada pasien selama perawatan di rumah sakit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini didanai oleh Hibah Penelitian Karyawan Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada. Penulis mengucapkan terima kasih kepada dokter, perawat, dan staf rumah sakit yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Haave, R. O., Bakke, H. H., & Schröder, A. (2021). Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>
- Otte, H. R., Østergaard, D., Meyhoff, C. S., Clausen, N. E., Bendixen, G., & Linderøth, G. (2022). Introducing video calls in an intensive care unit during the COVID-19 lockdown: A qualitative study. *Danish Medical Journal*, 69(6), A09210717.
- Ponnappa Reddy, M., Kadam, U., Lee, J. D. Y., Chua, C., Wang, W., McPhail, T., Lee, J., Yarwood, N., Majumdar, M., & Subramaniam, A. (2023). Family satisfaction with intensive care unit communication during the COVID-19 pandemic: A prospective multicentre Australian study Family Satisfaction—COVID ICU. *Internal Medicine Journal*, 53(4), 481–491. <https://doi.org/10.1111/imj.15964>
- Rios, I. C., Carvalho, R. T. de, Ruffini, V. M. T., Montal, A. C., Harima, L. S., Crispim, D. H., Arai, L., Perondi, B., Morais, A. M., Andrade, A. J. de, & Bonfa, E. S. D. de O. (2020). Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75, e2171. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2171>
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(10), 1685–1692. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC>
- Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2021). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality & Safety*, 30(9), 715–721. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>
- WHO. (2020, June 1). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID- 19 context*. World Health Organization.
- Xyrichis, A., Pattison, N., Ramsay, P., Saha, S., Cook, A., Metaxa, V., Meyer, J., & Rose, L. (2022). Virtual visiting in intensive care during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study with ICU clinicians and non-ICU family team liaison members. *BMJ Open*, 12(4), e055679. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055679>