

ASPEK PSIKOSOSIAL DALAM MERAHWAT PASIEN KRITIS

Oleh

Dr Suryani SKp MHSc

Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD

Disampaikan pada Workshop Nasional Keperawatan Kritis

Hotel Panghegar, 23 maret 2012

1. Pendahuluan

Ruang Intensif Care Unit (ICU) merupakan ruangan khusus untuk merawat pasien yang dalam keadaan kritis. Ruangan ini digambarkan sebagai ruangan yang penuh stress tidak hanya bagi pasien dan keluarganya, tetapi juga bagi tenaga kesehatan yang bekerja di ruangan tersebut (Jastremski, 2000). Karena itu bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di ruangan ICU perlu memahami tentang stressor (penyebab stress) di ruangan ini dan juga tentang bagaimana mengatasi stress tersebut.

Ketika merawat pasien kritis perawat dituntut untuk secara seimbang memenuhi kebutuhan fisik dan emosional dirinya maupun pasien dan keluarganya. Untuk mencapai keseimbangan ini perawat harus mempunyai pengetahuan tentang bagaimana keperawatan kritis yang dialami mempengaruhi kesehatan psikososial pasien, keluarga dan petugas kesehatan

Dalam keperawatan, keadaan sehat dan sakit jiwa merupakan suatu rentang yang dinamis dari kehidupan seseorang. Keadaan penyakit kritis sangat besar pengaruhnya terhadap kedinamisan dari rentang sehat sakit jiwa karena dalam keadaan mengalami penyakit kritis, seseorang mengalami stress yang berat dimana pasien mengalami kehilangan kesehatan, kehilangan kemandirian, kehilangan rasa nyaman dan rasa sakit akibat penyakit yang dideritanya. Semua keadaan tersebut bisa memperburuk status kesehatan mereka.

Sebagai seorang perawat kritis, perawat harus mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan pasien termasuk masalah psikososialnya. Perawat tidak boleh hanya berfokus pada masalah fisik yang dialami pasien. Kegagalan dalam mengatasi masalah psikososial pasien bisa

berdampak pada semakin memburuknya keadaan pasien karena pasien mungkin akan mengalami kecemasan yang semakin berat dan menolak pengobatan.

2. ICU as a stressful environment

Menurut Kep MenKes RI Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU), yang dimaksud dengan ICU adalah sebagai berikut:

suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri atau sebuah instalasi di bawah direktur pelayanan yang mempunyai perlengkapan dan staf yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa

Peralatan yang digunakan di ruangan ICU sangat kompleks dan canggih. Secara garis besar alat-alat dalam ruangan ICU terdiri dari dua kelompok yaitu alat-alat pemantau (monitor) seperti: ECG, EEG, monitor tekanan intravaskuler dan intrakranial, komputer cardiac output, oksimeter nadi, monitor faal paru, bedside dan monitor sentral, analiser karbondioksida, fungsi serebral/monitor, monitor temperatur, analisa kimia darah, analisa gas dan elektrolit, radiologi (*X-ray viewers, portable X-ray machine, Image intensifier*), alat-alat respirasi (ventilator, humidifiers, terapi oksigen, alat intubasi (*airway control equipment*)), dan alat-alat pembantu termasuk alat bantu nafas (ventilator, humidifiers, terapi oksigen, alat intubasi (*airway control equipment*), resusitator otomatis), hemodialisa dan berbagai alat lainnya termasuk defibrilator.



Gambar 1. Ruang ICU

Ruang ICU sudah ada sejak tahun 1950 yang pada awalnya ruangan ini dirancang untuk merawat pasien dengan kondisi yang tidak stabil. Akan tetapi dengan meningkatnya kebutuhan akan peralatan dan ruangan yang dibutuhkan oleh pasien – pasien yang dirawat di ruangan tersebut, maka ruangan ICU menjadi semakin kompleks yang menyebabkan ruangan ini penuh stress (Jastremski, 2000)

Peralatan yang begitu beragam dan kompleks ditambah dengan ketergantungan pasien yang sangat tinggi terhadap perawat dan dokter, dimana setiap perubahan yang terjadi pada pasien harus di analisa secara cermat untuk mendapat tindakan yang tepat dan cepat, menyebabkan adanya keterbatasan ruang gerak pelayanan termasuk kunjungan keluarga. Pembatasan kunjungan keluarga ini juga sebenarnya dilematis. Disatu sisi kunjungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien sebagai dukungan emosional, disisi lain kunjungan keluarga bisa

mempengaruhi pekerjaan perawat dan dokter yang harus bekerja secara serius menangani pasiennya.

Hingga saat ini sudah banyak yang membicarakan bahwa ruang ICU merupakan tempat atau ruangan yang penuh stres (stressful place) tidak hanya bagi pasien yang dirawat tetapi juga bagi keluarga dan perawat ICU berkaitan dengan berbagai macam prosedur yang dilakukan di ruang ICU, peralatan yang ada di ruang ICU, keadaan penyakit, suasana lingkungan di ICU dan kecemasan akan ancaman kematian (Jastremski, 2000).



Gambar 2. Keadaan pasien yang dirawat di ruang ICU

Sebuah penelitian tentang persepsi pasien dan perawat tentang stressor di ICU yang dilakukan oleh Cornock (1998) di Amerika Serikat dengan menggunakan sample 71 perawat dan 71 pasien dengan menggunakan the ICU Environmental Stressor Scale menemukan bahwa baik

perawat maupun pasien mempersepsikan ruang ICU sebagai ruangan yang stressfull (penuh stres). Beberapa faktor lingkungan ICU yang menjadi stressor menurut pasien adalah adanya slang dihidung dan dimulut, tempat tidur yang tidak nyaman, keterbatasan gerak karena banyaknya alat yang dipasang di tubuh mereka, sulit tidur, tidak mampu berkomunikasi, mendengar pembicaraan orang (perawat dan dokter), kurangnya kunjungan, lampu yang terang dan hidup terus menerus, kebisingan yang tidak familiar dan tidak biasa didengarnya. Disamping hal – hal diatas, perawat menambahkan beberapa stressor seperti alarm dari monitor, mesin - mesin yang canggih dan asing, ada laki laki dan perempuan dalam satu ruangan, dan tidak ada *privacy*. Cornock (1998) menyimpulkan perlu dipikirkan bagaimana mengatasi lingkungan ICU yang tidak bersahabat tersebut.

Penelitian lain oleh Simpson, Lee dan Cameron (1996) di Amerika dengan 102 pasien pasca operasi jantung yang masuk ICU, tentang persepsinya terhadap faktor - faktor yang menyebabkan mereka sulit tidur menemukan bahwa nyeri dan kesulitan mendapatkan rasa nyaman sebagai faktor utama yang menyebabkan mereka tidak bisa tidur. Faktor lain termasuk tidak bisa melakukan ritual sebelum tidur, suara bising, lampu yang terang, alarm, ada orang yang bicara di malam hari, dan suara intercom.

Sebuah penelitian di Norwegia yang mereview beberapa penelitian kualitatif tentang menemukan 3 tema besar antara lain: pasien yang dirawat di ruang ICU mengalami stress yang berkaitan dengan tubuh mereka, dengan ruangan ICU serta *relationship* dengan orang lain. Stres yang berkaitan dengan tubuh antara lain reaksi stres tubuh, menurunnya kontrol terhadap diri sendiri, reaksi emosi berkaitan dengan prosedur tindakan, dan loss of meaning (kehilangan makna hidup). Stres yang berkaitan dengan ruangan antara lain berkaitan

dengan situasi dan kondisi yang terjadi di ruangan ICU dan yang berkaitan dengan *relationship* yaitu perpisahan dengan orang yang penting dalam hidupnya

Penelitian lain oleh Dyson (1996) dan Dyson (1999) menemukan bahwa pasien yang dirawat di ICU mengalami ICU psychosis dengan gejala fatigue, distractibility, confusion (bingung), disorientasi, kesadaran berkabut, inkoheren, cemas, halusinasi dan delusi. Keadaan ICU psychosis ini disebabkan oleh ketidak mampuan perawat melakukan komunikasi yang efektif dengan pasien dan kesulitan perawat dalam membangun hubungan yang therapeutik dengan pasiennya, sehingga menyebabkan kecemasan bagi pasien, meningkatkan ketakutannya sampai mengalami psikosa. Lingkungan yang asing merubah persepsi lingkungan pasien. Kesalahan persepsi ini mencetuskan misinterpretasi terhadap lingkungan yang menimbulkan kecemasan, paranoid dan bingung yang merupakan ciri dari psikosa.

Konsep interdisiplin juga berdampak pada pasien dan ini juga bisa menjadi stressor tersendiri bagi pasien. Banyaknya tenaga profesi yang keluar masuk dan melakukan pengkajian atau intervensi dan seringnya mereka mendiskusikan tentang penyakit pasien bisa menyebabkan stress bagi pasien yang sedang dirawat. Pasien mungkin akan merasa cemas, semakin takut dan bahkan merasa putus asa terhadap penyakitnya (**Jastremski, 2000**).



Gambar 3. Interdisipliner dalam perawatan pasien ICU

Hal lain yang merupakan stressor bagi pasien yang dirawat di ICU adalah kurangnya kontak dengan keluarga mereka padahal mereka sangat membutuhkan kehadiran keluarganya dalam keadaan mereka yang kritis seperti itu (Davis-Martin,1994). Keluarga membutuhkan informasi tentang perkembangan pasien. Pada umumnya ICU masih membatasi kunjungan keluarga (Jastremski, 2000).

3. Caring pada pasien kritis



Gambar 4. Seorang perawat ICU yang stres

3.1. Perawat harus mengatasi dulu masalahnya sendiri

Sebelum mampu mengatasi stress pada pasien yang dirawat, seorang perawat ICU harus mampu mengatasi stressnya sendiri. Perawat yang bertugas di ruang ICU mempunyai stress yang lebih tinggi daripada perawat yang bertugas di ruangan lain. Menurut hasil penelitian pakar ICU dari Texas Amerika Serikat, Barr dan Bush (1998), ada 4 faktor yang dapat mendukung perawat untuk mengatasi stressnya. Pertama adalah dukungan dari teman, atasan dan keluarga. Seorang perawat ICU akan merasa berarti kalau mendapatkan pujian dari

temannya atau atasannya. Pujian - pujian kecil setiap hari bisa menyemangati teman atau kolega. Seperti misalnya “wah, kamu melakukannya dengan baik hari ini”. Atau “tadi kamu berkomunikasi dengan baik dengan keluarga”. Dengan saling mendukung tentunya sesama perawat ICU akan merasa tidak sungkan untuk saling meminta dan menerima advice (Barr & Bush,1998).

Kedua adalah adanya perawat yang menjadi model. Seorang perawat senior tentu bisa menjadi model bagi perawat lainnya. Seorang role model mempunyai sikap yang baik terhadap pekerjaannya dan pasiennya. Mereka biasanya mempunyai sikap *kind, emphatic and thoughtful* tentang pasien dan orang lain disekitarnya. Ketika dia punya masalah dia tidak memperlihatkannya kepada temanya dan juga pasiennya

Ketiga adalah melihat perkembangan pasien yang positif dan interaksi yang positif dengan pasien dan keluarga. Seorang perawat mengatakan bahwa sebaiknya keluarga lebih sering berkunjung sehingga kita lebih bisa memahami kebutuhan pasien. Mengizinkan seorang istri untuk melakukan perawatan mulut bagi suaminya merupakan suatu contoh bagaimana caranya melibatkan keluarga dalam merawat pasien dan memberikan waktu mereka untuk bersama yang membuat mereka merasa spesial. Mengizinkan keluarga untuk menyentuh pasien dan bicara singkat dengan pasien. Menjelaskan keadaan pasien, prosedur dan peraturan rumah sakit kepada keluarga.

Keempat adalah perawat ICU harus mendapatkan saleri yang pantas sesuai dengan tanggung jawabnya. Jika penghasilannya kecil maka *performance* mereka menjadi menurun.

3.2. Upaya untuk mengatasi masalah psikososial pasien kritis

Setelah perawat mampu mengatasi stressnya sendiri, baru dia bisa berupaya mengatasi stress pasien dan keluarga. Berikut adalah beberapa tindakan yang bisa dilakukan oleh perawat untuk menurunkan stress pada pasien di ruang ICU.

3.2.1. Modifikasi lingkungan

Pertama adalah merubah lingkungan ICU. Lingkungan ICU sebaiknya senantiasa dimodifikasi supaya lebih fleksibel walaupun menggunakan banyak sekali peralatan dengan teknologi canggih, serta meningkatkan lingkungan yang lebih mendukung kepada proses recovery (penyembuhan pasien) (Jastremski, 2000). Konsep pelayanan yang berfokus pada pasien memungkinkan untuk mempromosikan *the universal room*. Ketersediaan alat yang portable dan lebih kecil meningkatkan keinginan untuk mendekatkan pelayanan pada pasien daripada pasien yg datang ke tempat pelayanan. Kemungkinan untuk membuat work station kecil (decentralization of nursing activities) untuk tiap pasien akan mengurangi stress bagi pasien (Jastremski, 2000). Peralatan yang super canggih seperti remote monitoring untuk semua pasien melalui monitor pada semua tempat tidur pasien yang bisa dimonitor lewat TV. Jadi perawat bisa memonitor pasien Bed 1 walau sedang berada dekat pasien Bed 2 (Jastremski, 2000).

Disamping menggunakan teknologi canggih seperti diatas untuk efisiensi dan efektifitas pelayanan kepada pasien, lingkungan yang menyembuhkan (healing environment) juga perlu diciptakan. Fleksibilitas dari lingkungan tempat tidur (bedside environment) bisa dimaksimalkan ketika semua lingkungan yang terkontrol disediakan di ruangan pasien.

Thermostats, light switches, sound systems, window blinds dan lain2 harus bisa dikontrol secara terpisah untuk setiap pasien (Jastremski, 2000). Pengontrolan level suara (noise) dan promoting normal sleep penting sebagai pengaturan fluid intake.

3.2.2. Terapi musik

Disamping modifikasi lingkungan seperti diuraikan diatas, cara lain untuk menurunkan stress pada pasien yang dirawat di ICU adalah terapi musik. Tujuan therapy musik adalah menurunkan stress, nyeri, kecemasan dan isolasi. Beberapa penelitian telah meneliti efek musik pada physiology pasien yang sedang dirawat dan menemukan bahwa terapi musik dapat menurunkan *heart rate*, komplikasi jantung dan meningkatkan suhu ferifer pada pasien AMI. Juga ditemukan bahwa terapi musik dapat menurunkan stress pasien (Jastremski, 2000; Harvey, 1998; White, 1999). Musik yang digunakan bisa berupa suara air, suara hujan, suara angin atau suara alam (Jastremski,1998). Masing - masing pasien diberikan headset untuk mendengarkannya. Pengurangan cahaya di malam hari juga akan mengurangi stressor bagi pasien.

3.2.3. Melibatkan keluarga dan memfasilitasi keluarga dalam perawatan pasien kritis

Lingkunga ICU harus mampu mengakomodasi kebutuhan pasien dan keluarganya (Jastremski, 2000). Pasien tentunya sangat mengharapkan dukungan emosional dari keluarganya (Olsen, Dysvik & Hansen, 2009) karenanya jam besuk harus lebih fleksibel. Selama ini jam bezuk hanya 2 kali sehari. Hal ini perlu dimodifikasi terutama untuk seseorang yang sangat berarti bagi pasien. Disamping itu keluarga perlu diberikan ruangan tunggu yang nyaman dengan fasilitas kamar mandi, TV dan internet connection (Hamilton, 1999).



Gambar 5. Ruang tunggu keluarga yang kurang mendukung



Gambar 6. Contoh Ruang tunggu keluarga yang mendukung

3.2.4. Komunikasi terapeutik

Perawat dan tenaga kesehatan lainnya sering lupa atau kurang perhatian terhadap masalah komunikasinya dengan pasien dan keluarganya. Berdasarkan *systematic review* yang dilakukan oleh Lenore & Ogle (1999) terhadap penelitian tentang komunikasi perawat

pasien di ruang ICU di Australia menemukan bahwa komunikasi perawat di ruang ICU masih sangat kurang meskipun mereka mempunyai pengetahuan yang sangat tinggi tentang komunikasi terapeutik. Hal ini juga dialami oleh teman dekat penulis ketika anaknya di rawat di ICU. Dia merasa perawat ICU di rumah sakit K tersebut sangat ttdak mempertimbangkan perasaan dia dan pasien ketika berkomunikasi. Sangat tidak *supportive* dan cenderung *apathy*. Penelitian lain oleh McCabe (2002) di Ireland dengan pendekatan phenomenology juga menunjukkan hal yang sama. Akan tetapi, perawat bisa melakukan komunikasi yang baik dan efektif dengan pasien ketika perawat menggunakan pendekatan person-centered care.



Gambar 4. Perawat berkomunikasi dengan pasien kritis

Person-centred care adalah istilah yang digunakan dalam pelayanan kesehatan untuk menggambarkan pendekatan pilosofis untuk *a particular mode of care* (model tertentu dalam keperawatan). Konsep utama dari *person-centred care* adalah sebuah komitmen untuk menemukan kebutuhan pelayanan keperawatan individu dalam konteks pengalaman sakit, kepercayaan pribadi, budaya, situasi keluarga, gaya hidup dan kemampuan untuk

memahami apa yang sedang dirasakan oleh pasien. Pendekatan ini membutuhkan perawat untuk pindah dari sekedar hanya memenuhi kebutuhan kesehatan pasien kepada kemampuan untuk memahami dan responsif terhadap *the inner world of the individual – their personal world of experiences and what this means to them* (Hasnain, et al., 2011; Clift, 2012).

4. Kesimpulan

Pasien – pasien yang dirawat diruangan ICU adalah pasien – pasien yang sedang mengalami keadaan kritis. Keadaan kritis merupakan suatu keadaan penyakit kritis yang mana pasien sangat beresiko untuk meninggal. Pada keadaan kritis ini pasien mengalami masalah psikososial yang cukup serius dan karenanya perlu perhatian dan penanganan yang serius pula dari perawat dan tenaga kesehatan lain yang merawatnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kritis ini, perawat harus menunjukkan sikap professional dan tulus dengan pendekatan yang baik serta berkomunikasi yang efektif kepada pasien.

5. Referensi

Barr W.J. & Bush H.A.(1998). Four factors of nurse caring in the ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(4), 214-223

Cornock M (1998). Stress and the intensive care patient: Perceptions of patients and nurses. *Journal of Advand Nursing*, 27,18.

Davis-Martin S (1994). Perceived needs of families of long-term critical care patients: A brief report. *Heart Lung*, 23, 515

Dyson M. (1996). Modern critical care unit design: Nursing implications in modern critical care unit design. *Nursing Critical Care* 1,194,

Dyson M. (1999). Intensive care unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting: Analysis of interrelating factors. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 284

Hamilton K. (1999): Design for flexibility in critical care. *New Horizon*, 7, 205

Harvey M.A. (1998): Critical care unit bedside design and furnishing: Impact on nosocomial infection. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 19, 597,

Jastremski, C. A. (2000) ICU bedside environment: a Nursing perspective. *Critical Care Clinics*, 16 (4), 723 – 734.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41–49

Simpson T, Lee ER, Cameron C (1996). Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, 5, 173,

White JM (1999). Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 8, 220,

Wallace CJ, Robbins J, Alvord LS, et al (1999): The effect of earplugs on sleep measures during exposure to simulated intensive care unit noise. *American Journal of Critical Care*, 8, 210,