

STUDI FENOMENOLOGI PENERAPAN PRINSIP *PATIENT CENTERED CARE* PADA SAAT PROSES RESUSITASI DI IGD RSUD SAIFUL ANWAR MALANG

Eva Marti*, Sri Andarini, Retno Lestari*****

*Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

**Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

***Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRACT

High capability and effective performance that was implemented on cardiac arrest resuscitation have not always been followed by emphatic and careful attitude from resuscitation team. A patient Centered Care (PCC) method could help medical personel to understand the difficult situation on emergency unit so that the communication and the credibility can be shown simultaneously. The purpose of this research is to deeply explore the principal of PCC that was implemented on cardiac arrest resuscitation. This research was using qualitative design combine with interpretive phenomenology that involved seven participants including five senior nurse and two doctor from PPDS emergency unit of Saiful Anwar hospital. The transcript, result of interview, was analyzed by qualitative analysis; initial codes were generated by each statement of participans which then were interpreted as a theme. The output of the research identified 8 theme that described the implementation of PCC on this cardiac arrest resuscitation, ie (1) respected the dignity of patiens and their family, (2) taken care of safety and satisfaction, (3) a family support, (4) holism, treating KIE on critical situation, (5) giving the best service consistently, (6) keep team collaboration, (7) any difficulties that have been faced, (8) supplement factor. The implementation of PCC on cardiac arrest resuscitation modulated by resuscitation that need rapidness and preciseness, a condition when patiens was critial (coma) and whose family in depression. The principal of PCC really need the involvement of resuscitation team and the family of patiens.

Keywords: IGD, resuscitation, PCC

PENDAHULUAN

Pelayanan di unit gawat darurat mempunyai keunikan dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang lain dimana kondisi dalam area tersebut memerlukan tindakan secara cepat. Salah satu bagian penting dalam pelayanan gawat darurat adalah proses resusitasi pasien henti jantung yang merupakan serangkaian penanganan pasien dalam kondisi gawat dan mengancam jiwa. Resusitasi jantung paru

merupakan serangkaian tindakan *life saving* untuk mempertahankan kesempatan hidup setelah berhentinya jantung (Callaway *et al.*, 2011).

Dapat ditemukan bahwa jumlah pasien yang membutuhkan pelayanan di unit gawat darurat cenderung bertambah dari tahun ke tahun (Gilboy, 2005). Berdasarkan data dari Instalasi Catatan Medik RSUD Dr. Saiful Anwar, jumlah kunjungan IGD dari tahun 2012-2014

semakin meningkat. Pada tahun 2012 jumlah kunjungan IGD dalam satu tahun sebanyak 32.582 pasien, meningkat menjadi sejumlah 33.669 pasien pada tahun 2013 dan semakin meningkat pada tahun 2014 yaitu 37.102 jumlah kunjungan. Dari jumlah tersebut, terdapat kasus resusitasi jantung paru rata-rata 20-30 kasus setiap bulannya.

Banyaknya jumlah pasien yang harus ditangani di IGD berdampak terbatasnya komunikasi dan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga (Pham, 2011). Keterampilan tinggi dan kinerja efektif yang ditampilkan oleh para petugas kesehatan pada pelayanan gawat darurat kepada pasien dan keluarga tidak selalu diikuti dengan sikap *caring* dan empati kepada pasien dan keluarga (Govindarajan, 2010). Ritme kerja yang cepat dan tekanan yang tinggi dalam proses resusitasi menyebabkan terbatasnya sikap empati, komunikasi dan keterlibatan petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga (Steiger dan Balog, 2010).

Dari studi pendahuluan ditemukan bahwa prinsip-prinsip *patient centered care* tersebut tidak bisa selalu diterapkan secara optimal di unit gawat darurat pada saat resusitasi. Ketika proses resusitasi berlangsung, fokus perhatian masing-masing anggota tim resusitasi adalah melakukan tindakan sesuai algoritma dan prosedur yang telah ditetapkan. Melibatkan keluarga pada saat pengambilan keputusan tidak selalu bisa dilakukan, selain disebabkan karena proses resusitasi yang membutuhkan kecepatan dalam pengambilan keputusan, kondisi keluarga yang cemas menjadi salah satu faktor lainnya.

Rhodes *et al* (2004) menyebutkan bahwa komunikasi yang dilakukan di unit gawat darurat baik itu dokter dan perawat pada saat resusitasi sangat minimal. Selain itu, informasi dan edukasi yang diberikan tim kesehatan pada kondisi kritis juga terbatas. Hal yang sama diungkapkan dalam Pham *et al* (2011), proses resusitasi yang berorientasi pada keselamatan pasien menyebabkan petugas kesehatan didalamnya termasuk perawat menjadi terbatas dalam berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, melakukan penjelasan, manajemen nyeri, menjaga *privacy* dan memperhatikan kenyamanan bahkan empati kepada pasien.

Pelayanan berfokus pada pasien seharusnya diimplementasikan pada setiap pasien dalam setiap kondisi termasuk pada pelayanan gawat darurat saat resusitasi pasien henti jantung (Pham *et al.* 2011). Komunikasi, sikap *caring* dan empati tetap diperlukan walaupun pasien dalam kondisi krisis dan tidak sadar. Bagi keluarga, komunikasi serta memberikan keluarga kesempatan untuk memilih terkait dengan perawatan pasien sangat diharapkan. Pasien dalam kondisi krisisnya tersebut sangat mengharapkan adanya empati dan sikap *caring* dari para petugas kesehatan yang sedang menanganinya (Norbhy, 2009).

Konsep *patient centered care* merupakan salah satu dari enam dimensi pelayanan yang ditetapkan oleh IOM pada tahun 2001. *Patient centered care* pada pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang mengandung nilai-nilai menghormati, ditujukan untuk kebutuhan, keinginan, pilihan, *privacy*, kenyamanan dan harapan dari pasien dan keluarga serta terkoordinasi dan berkelanjutan. Selain itu, pelayanan

ini memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk dapat menerima edukasi, berkomunikasi dengan petugas kesehatan serta dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dalam hubungannya dengan pasien (Gerteis *et al.* 1997; Govindarajaan, 2010; Pham *et al.* 2011).

Pendekatan PCC dapat membantu petugas kesehatan untuk memahami situasi yang rumit pada pelayanan gawat darurat sehingga proses komunikasi serta sikap *caring* tetap dapat ditampilkan dengan baik (O' Malley, 2006). Melalui pendekatan *patient centered care*, petugas kesehatan dapat menjaga nilai pasien, mengambil tindakan dan keputusan dengan melibatkan persepsi dan sudut pandang pasien dan keluarga (Steiger dan Balog, 2010).

Tujuan dari penelitian ini adalah mengeksplorasi secara mendalam bagaimana prinsip *patient centered care* diterapkan selama proses resusitasi pada pasien henti jantung.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif dipilih untuk dapat memahami secara mendalam penerapan PCC tersebut melalui persepsi dan pengalaman partisipan. Deskripsi nyata yang diperoleh berdasarkan persepsi dan pengalaman partisipan tersebut dapat dikembangkan menjadi pola yang bermakna (Speziale dan Carpenter, 2007; Afiyanti dan Rachmawati, 2014).

Partisipan

Penelitian dilakukan di IGD RSUD Saiful Anwar dengan partisipan adalah tim resusitasi yang terdiri dari perawat dan dokter. Partisipan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Penelitian ini melibatkan tujuh partisipan yang terdiri dari 5 perawat senior dan dua PPDS *Emergency* IGD RSUD Saiful Anwar Malang. Semua partisipan memberikan persetujuan untuk mengikuti penelitian secara tertulis.

Pengumpulan data

Data dikumpulkan selama bulan Juni 2015, melalui metode wawancara mendalam untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan dalam menerapkan prinsip PCC pada saat proses resusitasi. Sebelum penelitian dilakukan uji kelayakan etik di Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Sebelum peneliti melakukan wawancara peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Wawancara dilakukan dengan waktu 30-40 menit untuk setiap partisipan di waktu dan tempat yang telah ditentukan oleh partisipan.

Analisa Data

Hasil penelitian dianalisa dengan menggunakan analisa data Braun dan Clark (2006). Analisa tematik diawali dari pengenalan data, membaca berulang transkrip wawancara yang telah dilakukan, membuat kode awal dari pemilihan kalimat kunci partisipan, mencari tema penelitian, penentuan kategori, pengelompokan kategori menjadi sub sub tema, penentuan sub tema dari pengelompokan sub-sub tema sejenis yang kemudian akan membentuk

tema penelitian. Tahap selanjutnya adalah review tema yang ada untuk kemudian didefinisikan dan diberi nama tema.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Dalam penelitian fenomenologi ini ditemukan 8 tema yang menggambarkan penerapan prinsip *patient centered care* pada saat proses resusitasi di IGD RSUD Saiful Anwar Malang. Delapan tema tersebut (1) menghargai harkat dan martabat pasien dan keluarga, (2) sikap menjaga keselamatan dan kenyamanan, (3) partisipasi aktif keluarga, (4) holisme pemberian KIE dalam situasi krisis, (5) konsisten memberikan pelayanan terbaik, (6) kolaborasi tim terjaga (7) hambatan yang dirasakan dan (8) faktor pendukung. Ringkasan semua tema dipresentasikan pada tabel 1. Masing-masing tema akan dibahas, p1-7 menunjukkan partisipan 1 sampai partisipan 7 sedangkan pernyataan partisipan ditulis dengan menggunakan huruf *italic*.

Tema Menghargai Harkat dan Martabat pasien dan Keluarga

Menghargai harkat dan martabat manusia berarti menghormati serta mengindahkan setiap nilai, menjaga harga diri dan kemuliaan serta memperlakukan seseorang dengan manusiawi. Tema ini dibangun dari sub tema menghargai pasien, sub tema menghargai keluarga dan sub tema *privacy*.

Sikap menghargai pasien ditunjukkan dengan memberikan perlakuan yang sama untuk semua pasien dan tetap tetap berkomunikasi

dengan pasien walaupun dalam kondisi yang tidak sadar.

“..yang jelas dia(pasien) manusia seutuhnya...harus kita hormati..”(p5)

“...sama seperti pasien sadar, misalnya saat resusitasi melihat pasiennya berdarah-darah, cara menyekanya ya sama dengan pasien sadar, pelan-pelan..menghargai”(p2)

Rasa menghargai tim terhadap keluarga ditunjukkan melalui menghargai pilihan dan keyakinan keluarga untuk pasien selama proses resusitasi.

“...”ya kita terima..itu kan pilihan keluarga, ya harus kita hargai..”(p3)

“ada, biasanya keluarga ingin meminumkan air yang diberikan doa, dalam wadah yang diberi tulisan-tulisan doa dalam bahasa Arab...silahkan, tapi Cuma ditetaskan saja...selama tidak mengganggu silahkan..”(p5)

Sikap menghargai keluarga lainnya adalah memberi kesempatan keluarga untuk mendampingi pasien saat kondisi pasien memburuk atau sakratul maut.

Kita biarkan, nanti kita dampingi, tempatnya disi..biar tidak mengganggu”(p5)

“ sudah sakratul maut, kita beri kesempatan keluarga satu-satu bergiliran, biasanya kan pengen mendoakan..”(p4)

Penghargaan terhadap harkat dan martabat pasien dan keluarga juga diwujudkan melalui sikap dan kesadaran untuk menjaga *privacy* atau kerahasiaan pasien.

Menjaga *privacy* atau kerahasiaan pasien termasuk diantaranya adalah tindakan menjaga pasien selama tindakan serta kerahasiaan data dan

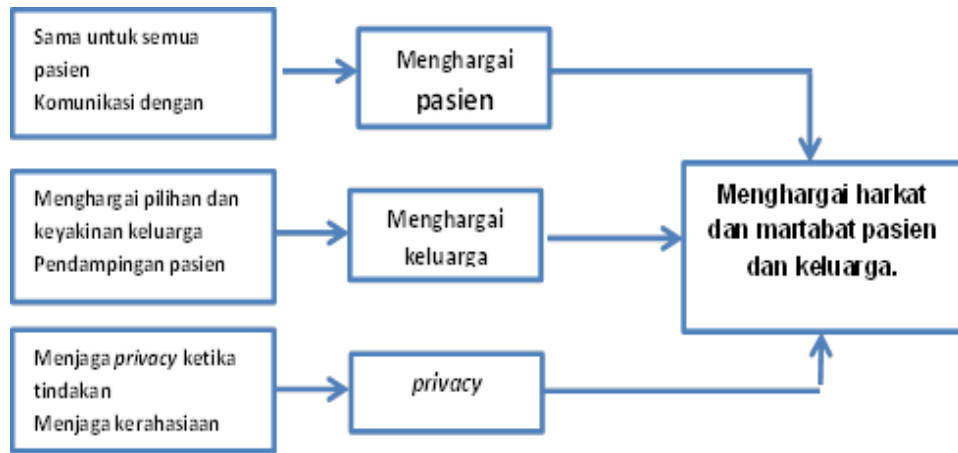
informasi terkait dengan kondisi pasien.

Tabel 1. Ringkasan tema

Tema	Definisi Tema	Sub Tema
Menghargai harkat dan martabat pasien dan keluarga	Menghargai seorang pasien keluarga yang mendampingi sebagai manusia seutuhnya, yang harus dihargai dan mendapat pertolongan yang layak dan perlakuan yang sama	Menghargai pasien Menghargai keluarga <i>Privacy</i>
Sikap Menjaga Keselamatan dan kenyamanan pasien	Mempertahankan kondisi bebas cedera dan mengoptimalkan kenyamanan pasien dalam kondisi gawat dan tidak sadar	Bebas cedera Mempertahankan kenyamanan
Partisipasi aktif keluarga	Keterlibatan keluarga secara aktif selama proses resusitasi	penerima informasi pendampingan pengambil keputusan akhir
Holisme Pemberian KIE dalam Situasi Krisis	Proses KIE dilakukan dengan pendekatan holistik, mengutamakan keselamatan pasien, memperhatikan kondisi keluarga yang berada dalam kecemasan serta tetap menunjukkan sikap hormat dan kejujuran	Komunikasi (memakai hati, mudah dimengerti) Informasi Edukasi Informed consent (sebelum tindakan, berbeda dalam situasi kegawatan)
Konsisten memberikan Pelayanan terbaik	Pelayanan yang paling baik, paling patut dan yang seharusnya diterima oleh pasien dan keluarga dalam situasi resusitasi	Berdasarkan standard Respon time Batas resusitasi dihentikan Tidak mudah menyerah
Kolaborasi Tim Terjaga	Kerjasama yang baik dilakukan antara bagian-bagian yang berbeda dalam hal ini adalah perawat dan dokter menjadi satu tim	Pembagian peran dan tugas komunikasi
Hambatan yang dirasakan	Hambatan atau tantangan yang dirasakan oleh tim resusitasi untuk dapat menerapkan prinsip PCC pada saat proses resusitasi	variasi unsur bahasa dan kepercayaan dukungan keluarga inadkuat beban kerja kompetensi rekan kerja keterbatasan sarana dan prasarana birokrasi.
Faktor pendukung	Hal-hal yang mendukung, mendorong, memudahkan tim resusitasi untuk menerapkan prinsip PCC selama proses resusitasi	faktor internal anggota tim, jumlah praktikan memadai standard dan kebijakan.

“kita lakukan dengan menutup tirai, menjaga pasien bukan tontonan” (p1)
 ..”privacy itu termasuk juga menjaga kerahasiaan dokumen..” (p2)
 “tidak akan bocor kemana-mana,

kalau sudah beristri, ya istri yang kita beritahu, bukan orang lain” (p3).
 kita setiap melakukan tindakan komunikasi...walaupun ga ada respon komunikasi tetap kita lakukan” (p4)



Gambar 1. Skema Tema 1

Tema Sikap Menjaga Keselamatan dan kenyamanan pasien

Tema Sikap menjaga keselamatan dan kenyamanan pasien mengandung makna mempertahankan kondisi bebas cedera dan mengoptimalkan kenyamanan pasien dalam kondisi gawat dan tidak sadar. Tema ini terdiri dari sub tema bebas cedera dan kenyamanan.

Perawat mempertahankan kondisi bebas cedera dengan menjaga posisi pasien agar tidak terjatuh, menjauhkan benda-benda tajam selama tindakan serta menjaga keutuhan integritas kulit pasien.

“ karena ini pasien tidak sadar, kalau saya posisinya, keamanan untuk pasien”. (p5)

“ “kalau misalnya melakukan tindakan, jarum, benda yang tajam dijauhkan dari pasien”

“menjaga supaya tidak lecet, alas kita itu kan perlak, jadi panas..” (p2)

Pemberian kenyamanan dilakukan melalui sentuhan, menjaga posisi pasien, membersihkan pasien dari kotoran dan cairan tubuh dan memberikan kenyamanan melalui selimut.

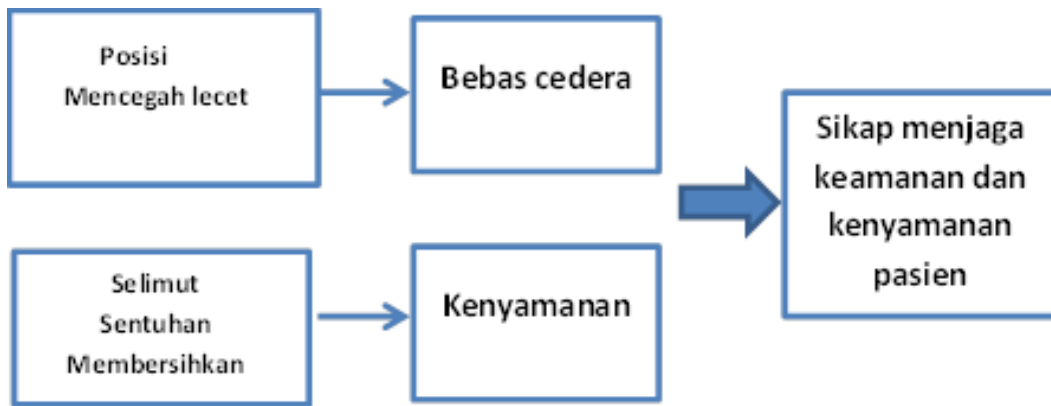
“ selimut itu pasti, saya sudah merasakan sendiri jadi pasien, di dalam ternyata sangat dingin’ (p3)

“ seandainya kotor ya kita bersihkan”(p5)

“ kalau basah, ada mutahan kita bersihkan..”

Selain tindakan kenyamanan yang bersifat fisik tindakan kenyamanan yang dilakukan oleh perawat berupa sentuhan yang diyakini memberikan kenyamanan psikologis dalam kondisi pasien yang tidak sadar.

“ touching, sentuhan, biasanya saya lakukan untuk memberikan kenyamanan pasien” (p1)



Gambar 2. Skema Tema 2

Tema Partisipasi Aktif Keluarga

Partisipasi aktif keluarga mengandung arti keterlibatan keluarga secara aktif selama proses resusitasi. Partisipasi aktif keluarga dibangun dari sub tema penerima informasi, pendampingan pasien dan sub tema pengambil keputusan akhir. Sebagai penerima informasi, keluarga berhak menerima segala informasi terkait dengan kondisi pasien, prognosis terkait kondisi pasien, tindakan apa yang akan dilakukan, kemungkinan apa saja yang bisa terjadi, resiko dari setiap tindakan, baik apabila tindakan itu dilakukan maupun tindakan tidak dilakukan kepada pasien selama proses resusitasi.

“ ya, semua tindakan kita sampaikan. Akan dilakukan tindakan seperti ini, dikasih obat ini, kalau kelistrikannya begini nanti akan di defib..” (p5)

“Informasi sekecil apa selalu kita informasikan kepada keluarga. Pasien mau dilakukan apa, kondisinya bagaimana, selalu kita sampaikan” (p3)

Sebagai pendamping, keluarga dapat memberikan dukungan spiritual berupa lantunan doa yang dibisikkan

di telinga pasien maupun rohaniawan yang diberi kepercayaan oleh keluarga untuk mendoakan dan memberikan dukungan spiritual kepada pasien sesuai dengan keyakinan yang dimiliki oleh pasien.

“ kalo seperti itu kita persilahkan keluarga mendampingi, membisikkan doa” (p2)

”biasanya mereka bawa rohaniawan, kalo Kristen ya Pendeta, kalau Islam ya Kyai..” (p5)

Selain terlibat dalam pendampingan dan penerima informasi, keluarga mengambil peran penting dalam pengambilan keputusan.

pengambilan keputusan tetap keluarga inti” (p4)

“ya tetep tidak lakukan, karena itu pilihan keluarga” (p1)

“kalau menolak, tidak kita lakukan” (p3)



Gambar 3. Skema Tema 3

Tema Holisme Pemberian KIE dalam Situasi Krisis

Holisme KIE dalam situasi krisis mengandung makna bahwa dalam situasi kegawatan pada saat proses resusitasi. Proses KIE dilakukan dengan memandang banyak aspek yaitu tetap mengutamakan keselamatan pasien, memperhatikan kondisi keluarga yang berada dalam kecemasan akan tetapi dengan tetap menunjukkan sikap hormat dan kejujuran. Sub tema komunikasi, informasi, edukasi dan *informed consent* membangun tema ini.

Komunikasi dilakukan dengan memakai hati yang mengandung arti bahwa komunikasi yang dijalin tim resusitasi dengan keluarga didasarkan pada perasaan memahami kondisi psikologis yang sedang dialami keluarga.

“Kalau komunikasi dengan keluarga pasien yang tidak sadar itu intinya pakai hati. “Pakai hati. Karena mereka kondisi psikisnya pasti tidak karu karuan.” (p5)

“Jadi komunikasinya harus pelaaan pelaaan, terutama dalam kondisi kegagalan”

Komunikasi juga dilakukan dengan berusaha menggunakan bahasa sederhana yang mudah dimengerti oleh keluarga.

“ini bapaknya kita bius, kemudian kita pasang selang ke saluran nafas, nanti disambung ke mesin” (p6)

Ketika memberikan informasi kepada keluarga petugas kesehatan harus jujur dengan menjelaskan kemungkinan terburuk yang bisa terjadi.

“Kondisi pasien seperti ini, tindakan yang apa yang bisa dilakukan, kalau dilakukan tindakan bagaimana, resikonya apa, kalau tidak resikonya apa..” (p3)

“ termasuk komplikasi yang bisa terjadi, pasien bisa saja meninggal saat diintubasi” (p7)

Sub tema ketiga adalah edukasi. Edukasi diberikan ketika keluarga menolak suatu tindakan atau ketika keluarga meminta untuk tetap meneruskan resusitasi walaupun sudah melebihi batas yang ditentukan.

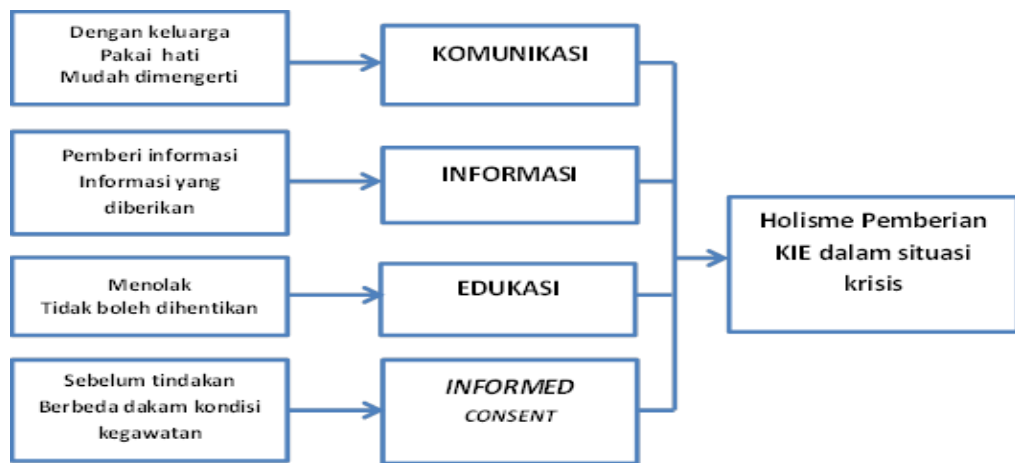
“ kita akan mencoba menjelaskan, kalau tetap menolak ya tanda tangan, tapi kita akan berusaha memberikan penjelasan” (p6)

“pernah, ya kita kasih pengertian. Sudah 10 kali, mau gimana lagi... Kemudian intens kita kasih ke keluarganya. Jadi ya gitu, kita kasih pengertian ke keluarganya” (p7)

“bisa sebelumnya, kan bagging masih bisa dilakukan walaupun belum diintubasi, selama masih aman” (p7)

“Tapi kalo kondisi pasiennya harus secepatnya dilakukan, misalnya COB, ada sumbatan, perdarahan, gurgling, yang harus secepatnya dilakukan itu langsung kita lakukan dulu, penjelasannya menyusul” (p5).

Sub tema keempat adalah *informed consent*. Berdasarkan penjelasan partisipan, persetujuan bisa dilakukan sebelum ataupun setelah tindakan, tergantung kondisi.



Gambar 4. Skema Tema 4

Tema Konsisten Memberikan Pelayanan Terbaik

Pelayanan terbaik mengandung arti pelayanan yang paling baik, paling pasien dengan

tetap mengutamakan keselamatan pasien patut, teratur dan yang seharusnya diterima oleh pasien dan keluarga dalam situasi resusitasi.



Gambar 5. Skema Tema 5

Sub tema berdasarkan standard, memperlihatkan bahwa pelayanan dilakukan dengan pedoman yang ada.

“Seandainya pun gagal, ga masalah..tapi kita sudah lakukan semuanya....sesuai dengan keilmuan” (p5)

“Kalo ga sadar , yang penting ya live savingnya” (p7)

Sub tema kedua *respon time*. Tim resusitasi berusaha sebaik mungkin untuk memberikan penanganan secepat mungkin dengan memberikan respon tim *zero second*

“ZERO Second selalu terpenuhi. Itu kita menghargai keluarganya juga dengan seperti itu.” (p2)

“Kalau tau ada cardiac arest langsung RJP dari triase” (p4)

Sub tema adanya batas yang jelas, untuk menghentikan tindakan resusitasi, dilakukan sebagai salah satu bentuk empati.

“RJP itu sakit, maka ada batasannya dalam melakukan RJP. Kalo kita tahu kondisi pasiennya, mau RJP kayak apapun tidak akan kembali, ya kita hentikan,” (p6)

Sub tema keempat tidak mudah menyerah..

“waktu itu pasiennya arest, kita sudah resusitasi 30 menit, kita sudah berpikir sulit ini, kita intubasi, sempat tidak disetujui juga, kita pertahankan manual, kita rawat, akhirnya stabil.” (p6)

Tema Kolaborasi Tim Terjaga

Kolaborasi selama proses resusitasi dilakukan oleh masing-masing anggota tim yang terdiri dari perawat dan dokter yang diwujudkan oleh tim resusitasi melalui pembagian peran dan tugas yang jelas selama proses resusitasi berlangsung.

“Biasanya ada kapten, dokter 1 yang bertuga di airway, dokter 2 bagian C nya, perawat 1 itu kebagian yang RJP sambil liat monitor, defib, sambil bantu ETT. Perawat 2 nanti urusan nyuntik (masukin obat), mobile. Kalao ada perawat 3 sebagai dokumentasi. Itu tugasnya” (p5)

“Tapi peran peran itu harus ada sesuai dengan prosedur. Jadi siapa yang pegang airway, siapa yang breathing, iv line, siapa yang sirkulasi” (p2)

Selain itu, komunikasi juga menjadi bagian dalam kolaborasi tim selama resusitasi.

“kita lakukan pada dokter atau antar petugas. Misalnya saat memasukkan obat, pasti kita komunikasikan. Adrenalin masuk, misalnya.” (p1)

” biasanya kan pasien sudah mengarah ke mana, kita tahu, jadi saat pasien masih di IGD kita ajak teman2 yang akan merawat untuk melihat, ini pasienmu, kondisinya seperti” (p7)



Gambar 6. Skema Tema 6

Tema Hambatan dan Tantangan yang dirasakan

Tema ini mengandung pengertian adalah hal-hal yang menjadi hambatan atau tantangan yang dirasakan oleh tim resusitasi untuk dapat menerapkan prinsip PCC.

Terdiri dari enam sub tema yaitu variasi bahasa dan unsur kepercayaan, dukungan keluarga inadkuat, kompetensi rekan kerja yang kurang, terbatasnya sarana dan prasarana serta beban kerja.



Gambar 7. Skema Tema 7

Sub tema pertama variasi bahasa dan unsur kepercayaan.

“Biasanya dengan orang Madura. susah nya orang madura itu kadang tidak bisa bahasa Indonesia, ngertinya cuma bahasa madura. jadi kadang susah ngomongnya.” (p5)

“menjelaskan dari bahasa kedokteran ke bahasa awam itu kan susah.intubasi misalnya, kan nggak mungkin kan kita ngomong intubasi ke mereka. Intubasi itu makanan apa” (p6)

“Ada pasien yang memakai jimat, di tangan lah, sabuk lah. Lha itu ada yang tidak boleh dilepas, padahal itu menghambat kelancaran resusitasi.” (p3)

Dukungan keluarga yang inadkuat menjadi sub tema kedua.

“paling sikap keluarga yang kadang sok pinter, merasa lebih pinter dari yang nolong. Itu ada, bikin nggak enak juga ngerjainnya, ngaruh ke komunikasinya” (p7)

“Setelah pasiennya dibawa masuk, keluarga dipanggil panggilan tidak ada”.

Sub tema kompetensi rekan kerja kurang.

“kadang perawatnya ga imbang, satu junior. Kalau masih baru kadang disuruh ambil ini nggak tau tempatnya, diminta melakukan ini kadang bener..disuruh nyuntik, disuruh memasukkan obat, nggak bener ngoplosnya. Kan itu stress tersendiri.” (p5)

Sub tema keempat beban kerja

"...mikir pasien lain, pasien sana belum, pasien sana belum dilakukan tindakan...asal cepat tertangani saja"(p1)

"Kalau hambatan itu kalau pasiennya numpuk numpuk banyak. Itu. Disini perawat p1 kan Cuma dua orang"(p4)

Sub tema kelima sarana dan prasarana terbatas

" Monitor Cuma berapa, selimut berapa. Dari segi fasilitas memang kurang mendukung" (p3)

"Yang kedua, kalau peralatan, step, pijakan kakinya ga ada, kita Cuma punya dua.akhirnya kita RJP diatas bednya pasien" (p5)

Sub tema keenam yang dirasakan berdasarkan pengalaman partisipan adalah birokrasi.

"Disini kan banyak smf yang punya kepentingan berbeda, aturannya berbeda." (p6)

"masih harus konsul, dokter jaga 1 jaga 2, kepala jaga, jadi harus nunggu konsul ke atasnya, ke atasnya, padahal pasiennya tidak bisa menunggu.." (p5)

Tema Faktor Pendukung

Faktor pendukung dalam tema ini mengandung arti faktor-faktor yang mendukung terlaksananya pelayanan berfokus kepada pasien, faktor pendorong tim resusitasi untuk menerapkan prinsip PCC selama proses resusitasi. Tema ini terdiri dari sub tema faktor internal dari anggota tim resusitasi, jumlah praktikan yang memadai serta standard dan kebijakan.



Gambar 8. Skema Tema 8

Faktor internal anggota tim adalah motivasi dan kesadaran dari diri masing-masing anggota tim tersebut untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien henti jantung.

"kalau saya sih lebih dari dalam ya. Mau pasien sadar atau tidak sama saja, sama-sama pasien harus dihormati, itu kayak sudah di alam bawah sadar.."(p2)

"kalau seandainya pasien itu adalah keluarga kita, kita mau diperlakukan seperti apa. Itu saja. Kalau sudah begitu, kita pasti akan melakukan yang terbaik untuk pasiennya."(p7)

Berdasarkan pengalaman yang disampaikan oleh partisipan, jumlah praktikan yang banyak baik itu dari PPDS, Koass maupun praktikan perawat mendukung berjalannya pelayanan kepada pasien.

“banyak PPDS yang biasanya lebih aktif karena mereka kejar target. Ada praktikan koas, perawat juga, jadi buanyaak pekerjanya, kalo ga gitu ya ga bisa, Cuma dua

Sub tema ketiga adalah standard dan kebijakan.

“Adanya SOP itu membantu kita sekali dalam melakukan tugas dengan benar, ada form-form yang harus diisi” (p2)

“kalo sekarang kan apa-apa itu ada aturannya. Harus ada infomed consent, ada tanda tangan keluarga pasien, ada ini adaitu, lha itu mbak...mau ga mau kan kita lakukan, harus ada buktinya. Jadi itu juga.”

Pembahasan

Dari hasil penelitian ini, diketahui bahwa penerapan *patient centered care* dilakukan dalam bentuk sikap menghargai harkat dan martabat pasien dan keluarga, sikap menjaga keselamatan dan kenyamanan, partisipasi aktif keluarga, komunikasi informasi dan edukasi, melakukan pelayanan terbaik dan kolaborasi tim. Hal ini sesuai dengan empat dimensi dasar PCC oleh IOM (2001) yaitu penghormatan terhadap martabat, informasi edukasi, partisipasi aktif pasien dan keluarga serta kolaborasi tim. *Patient centered care* pada pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memelihara, hormat, dan ditujukan pada pasien dan keluarga ' yaitu pada keinginan, kebutuhan, pilihan, kemampuan untuk berpartisipasi aktif dan memutuskan dalam perawatan, tetap diberi informasi dan edukasi terkait perawatan, privasi, kenyamanan dan harapan pasien dan keluarga serta perawatan terkoordinasi dan berkelanjutan (Gerteis *et al*, 1997; Pham *et al*, 2011).

Sikap menghargai harkat dan martabat pasien diterapkan selama proses resusitasi dalam bentuk sikap menghargai terhadap pasien, menghargai keluarga dan menjaga *privacy* pasien. Inti dari *patient centered care* dalam pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memelihara, hormat dan ditujukan pada pasien dan keluarga. Martabat dan respek dalam empat dimensi PCC IOM diartikan mendengarkan, menghormati, menghargai pandangan serta pilihan pasien dan keluarga (IOM, 2001).

Bentuk penerapan lain dari prinsip PCC adalah sikap untuk menjaga keselamatan dan kenyamanan pasien. Tim tetap mempertahankan kondisi pasien bebas cedera serta sedapat mungkin memberikan kenyamanan pada pasien walaupun dalam kondisi gawat dan tidak sadar. Faktor kenyamanan menjadi bagian penting dalam pelayanan *patient centered care*. Kenyamanan dan support emosional merupakan faktor penting dalam tujuh dimensi penerapan *patient centered care* dalam pelayanan gawat darurat (Picker Institute, 2006; Gerteis *et al*, 1997).

Dalam analisis dimensional *patient centered care* yang dilakukan oleh Hoobs (2009), sikap menjaga keselamatan merupakan bagian dari pengurangan terhadap kerentanan pasien yang merupakan pusat dari pelaksanaan PCC. Pengenalan kebutuhan dan kerentanan pasien tidak terbatas pada pasien sadar, akan tetapi juga pada pasien dengan kondisi luar biasa, seperti pada pelayanan perawatan akut, pasien dengan trauma berat maupun saat kondisi resusitasi. Dalam proses resusitasi, pasien mempunyai

kebutuhan akan pengurangan kerentanan yang berbeda. Menjaga posisi aman untuk mencegah jatuh, menjauhkan alat-alat medis tajam yang bisa melukai pasien, tindakan untuk menjaga keutuhan integritas kulit pasien dilakukan perawat sebagai bentuk dari usaha pengurangan kerentanan terhadap kondisi pasien yang tidak sadar.

Dari hasil penelitian dapat diketahui partisipasi aktif keluarga pada saat proses resusitasi. Keaktifan keluarga selama proses resusitasi terlihat dalam tiga peran penting yaitu sebagai penerima informasi, pendampingan dan pengambilan keputusan. Kehadiran keluarga pada saat resusitasi tidak hanya memberi dukungan kepada pasien, tetapi juga dapat mengurangi kecemasan dan ketidakpastian yang keluarga rasakan ketika harus menunggu di luar dan tidak terlibat dalam proses resusitasi (Meyers *et al*, 2000). Kehadiran keluarga pada saat resusitasi juga didukung dalam pernyataan formal organisasi resmi seperti Emergency Nurse Association dan American Heart Association, dimana dalam guidelines CPR tahun 2005 mendukung kehadiran keluarga saat resusitasi. Kehadiran keluarga disebutkan mendorong tim resusitasi yang bekerja untuk bekerja secara hati-hati dan profesional. Sikap positif dari keluarga memberikan dukungan secara psikologis bagi tim yang bekerja saat resusitasi (Davidson *et al*, 2008).

Partisipasi aktif keluarga juga diwujudkan dalam bentuk pengambilan keputusan. Hak otonomi pasien dalam menentukan keputusan terkait tindakan yang akan dilakukan diambil alih oleh

keluarga (Gold, 2002). Hal tersebut sesuai dimana salah satu komponen dari PCC adalah adanya otonomi, partisipasi aktif dan diskusi keluarga mengenai pengambilan keputusan (Sadini, 2009; Scool, 2009).

Informasi edukasi adalah bagian penting dalam PCC. Proses komunikasi merupakan aspek sentral dan kritis dalam pelayanan di unit gawat darurat. Menurut O' Malley (2006), pendekatan PCC dalam pelayanan gawat darurat sangat penting untuk menjaga proses komunikasi dengan memahami situasi yang rumit serta karakteristik personal yang dihadapi di pelayanan gawat darurat tersebut.

Dalam penelitian ini, berdasarkan pengalaman yang digali dari partisipan terlihat bahwa pemberian KIE serta informed consent pada saat proses resusitasi dilakukan dengan pendekatan holistik dengan memperhatikan banyak aspek. Anggota tim tidak hanya dihadapkan pada kondisi pasien yang gawat, akan tetapi juga kondisi psikologis keluarga yang berada dalam kecemasan dan ketakutan. Pengambilan keputusan tidak hanya diserahkan kepada keluarga, akan tetapi melalui *shared decision model*, dimana dokter, perawat yang menangani serta keluarga duduk bersama melakukan pengambilan keputusan terbaik untuk pasien (Davidson *et al*, 2007).

Soetjningsih (2008) menyebutkan bahwa pemberian informasi tidak hanya diberikan dengan memperhatikan aspek fisiologis penyakit saja, akan tetapi harus memandang utuh termasuk kebutuhan psikologis pasien dan keluarga. Dalam pemberian informasi dengan pasien dan keluarga, petugas kesehatan harus

bersikap jujur dan menunjukkan sikap hormat kepada pasien dan keluarganya. Dalam proses tersebut, petugas kesehatan harus mampu menumbuhkan rasa percaya dari keluarganya terkait tindakan yang akan dilakukan. Pemberian informasi dilakukan dengan merespon emosi keluarga, menjelaskan informasi sesuai prosedur baku yang ada akan tetapi tidak memberikan harapan kepada keluarga.

Kolaborasi tim dilakukan tim resusitasi sebagai bentuk penerapan *patient centered care* selama proses resusitasi untuk tercapainya pelayanan yang optimal dan terkoordinasi. Kolaborasi dilakukan oleh masing-masing anggota tim yang terdiri dari perawat dan dokter yang diwujudkan oleh tim resusitasi melalui pembagian peran dan tugas yang jelas selama proses resusitasi berlangsung. Peran anggota tim dalam tim resusitasi berdasarkan penelitian ini terdiri dari peran pokok, yaitu *leader*, kompresi, *airway breathing*, sirkulasi dan dokumentasi.

Koordinasi dan pelayanan terintegrasi dilakukan untuk pasien dengan pendekatan kolaborasi petugas kesehatan dari berbagai multidisiplin ilmu. Kolaborasi anatar multidisiplin dapat mengoptimalkan *outcome* pasien yang merupakan tujuan dari PCC (IOM, 2001).

Dari hasil penelitian ditemukan enam hal yang ditemukan sebagai hambatan atau tantangan yang dihadapi oleh tim resusitasi dalam penerapan prinsip *patient centered care* selama proses resusitasi. Diantaranya variasi bahasa dan unsur kepercayaan, faktor keluarga, kompetensi rekan

kerja yang kurang, terbatasnya sarana dan prasarana serta beban kerja.

Budaya merupakan kepercayaan, nilai dan perilaku yang dipelajari. Hal ini disebabkan oleh latar belakang budaya, ras, etnis dan daerah (Hoop dan Dufy, 2000). Keluarga mempunyai kecenderungan untuk lebih mempercayai petugas kesehatan dari budaya yang sama (Cooper *et al*, 2003).

Dukungan keluarga mempunyai peranan penting dalam proses PCC. Disebutkan oleh Lo (2000) bahwa kerjasama dan komunikasi harus terjalin dengan baik antara petugas kesehatan dan keluarga selama proses resusitasi berlangsung. Keluarga harus dilibatkan dalam setiap proses yang sedang berjalan. Tim yang menangani pasien juga penting untuk merasa dihargai dan didengar pendapatnya terkait rekomendasi yang disarankan dan tindakan yang dilakukan.

Cliff (2012) menyebutkan bahwa untuk mendukung keberhasilan PCC, rumah sakit harus mampu menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Dalam hal ini, rumah sakit harus menciptakan kondisi IGD khususnya ruangan P1 yang sesuai dengan kebutuhan pasien serta staff dalam melakukan tindakan.

Berdasarkan pengalaman partisipan ditemukan bahwa faktor pendukung utama dalam penerapan PCC adalah faktor internal dari anggota tim resusitasi disamping jumlah praktikan serta standard dan kebijakan. Davidson *et al* (2008) menyebutkan bahwa kesediaan dan kemauan perawat sangat penting

dalam interaksi dengan pasien dan tercapainya *patient centered care*. Seluruh staff harus mempunyai komitmen dalam setiap pelayanan yang diberikan untuk dapat mewujudkan PCC.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian terlihat bahwa penerapan prinsip PCC selama proses resusitasi henti jantung disesuaikan dengan proses resusitasi yang menuntut kecepatan dan ketepatan tindakan, pasien yang berada dalam kondisi krisis dan tidak sadar serta kondisi keluarga yang berada dalam tekanan. Penerapan prinsip PCC memerlukan keterlibatan aktif anggota tim resusitasi dan keluarga.

Ucapan terimakasih

Ucapan terimakasih dan penghargaan kepada Dr. Dr. Retty Ratnawaty, MSC dan Dr. Ahsan S.Kp., M.Kes selaku penguji atas perhatian saran dan masukan yang diberikan. Seluruh partisipan atas kesediaan dan informasi yang telah diberikan, Bp. Sudiyono, Kepala Ruang IGD atas dukungan dan bantuan.

DAFTAR PUSTAKA

Braun, V., & Clark, V. (2006). *Using Thematic Analysis in Psychological Qualitative Research in Psychology* 3.

Callaway, C.W., Cafe, D.M., Costandy, H., Hazinski, M.F., Hoadley, T., Neumar, R. W., *et al.* 2011. *Advance Cardiovascular Life Support Provider Manual*. United States of America: American Heart Association

Cooper, L.A., Roter, D.L., Johnson, R.L., *et al.* 2003. *Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race*. *Ann International Medicine*; 139: 907-915.

Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., Tieszen, M., Kon, A.A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R.M.D., Hirsch, G., & Armstrong, D. 2007. *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force*. *Critical Care Medicine*; 35(2): 605-621.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, D., & Delbanco, T.L. 1997. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*.

Gilboy, N. 2007. (Eds.). *Sheehys Manual of Emergency Care*. Illinois: Elsevier Mosby.

Govindarajan, P., Gregory Luke Larkin, Rhodes, K. V., Piazza, G., Byczkowski, T., Edwards, M., *et al.* 2010. *Patient-centered Integrated Networks of Emergency Care: Consensus-based Recommendations and Future Research Priorities*. *Academic Emergency Medicine Journal*; 17(12): 1322-1329.

Hobbs, J. 2009. *A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care*. *Nursing Research*; 58(1): 52-62

- Hopp, F.P., Duffy, S.A. 2000. *Racial variations in end-of-life care*. Journal American Geriatric Society; 48: 658–63.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.
- Klauer, K. & Engel, K.G. 2011. *Patient Centered Care*, 1784-1789
- Kloosterhouse, V., Ames, B.D. 2002. *Families' use of religion/spirituality as a psychosocial resource*. Holistic Nursing Practice; 16:61–76.
- Lo, B. 2000). *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians. Second Edition*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Meyers, T.A., Eichhorn, & D.J., Guzzetta, C.E. 2000. *Family presence during invasive procedures and resuscitation*. American Journal Nursing; 100:32-42.
- Nordby, H., & Nøhr†, Ø. 2009. *Interactive emergency communication involving persons in crisis*. Journal of Telemedicine and Telecare. 15:7.
- O'Malley, P., Mace, S.E., & Brown, K. 2006. *Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department*. Ann Emergency Medicine; 48:643-5.
- Pham, J. C., Trueger, S., Hilton, J., Khare, R. K., Smith, J. P., & Bernstein, S. L. (2011). *Interventions to Improve Patient-centered Care During Times of Emergency Department Crowding*. Academic Emergency Medicine; 18(12): 1289-1294.
- Pelzang, R. 2010. *Time to learn: understanding patient-centred care*. British Journal of Nursing; 19 (14).
- Steiger, N. J., & Balog, A. 2010. *Realizing Patient-Centered Care: Putting Patients in the Center, Not the Middle*. Frontiers of Health Services Management; 26: (4).15.