

STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HENTI JANTUNG DI SALAH SATU IGD RUMAH SAKIT TIPE A DI JAWA TIMUR

Lestari Eko Darwati¹, Indah Winarni², Ali Haedar³

¹Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

²Staf Pengajar Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

³Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Latar belakang: Perawat dituntut melakukan pertolongan pada pasien henti jantung secara cepat dan tetap menjaga keprofesionalannya sebagai pemberi asuhan keperawatan. Namun, perawat yang bekerja di IGD merasa bekerja melebihi kapasitas dan tidak berdaya, kurang dihormati, tidak dihargai, mendapat tekanan moral, stres dan kelelahan. Hal tersebut berdampak pada kurangnya kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung

Tujuan: Mengeksplorasi pengalaman perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD

Desain: Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif Data dikumpulkan melalui *indepth interview* dan dianalisa dengan teknik analisis tematik (*thematic analysis*). Peneliti sebagai instrumen telah mewawancarai 7 perawat yang bekerja di IGD lebih dari 5 tahun dan memiliki pengalaman merawat pasien henti jantung.

Hasil: Penelitian ini menghasilkan 7 tema, yaitu (1) perbedaan persepsi perawat tentang asuhan keperawatan, (2) mengalami krisis peran dalam menjalankan asuhan keperawatan, (3) merasa tidak adekuat dalam merumuskan diagnosa keperawatan, (4) mengalami hambatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, (5) taat terhadap prosedur, (6) respon psikologis perawat, dan (7) harapan untuk optimalisasi asuhan keperawatan.

Kesimpulan: Perawat merasa belum bisa melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD secara optimal. Hambatannya adalah merasa melakukan pekerjaan yang tidak sesuai profesi, merasa sulit merumuskan diagnosa dan mengalami hambatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Perawat perlu memahami perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan. Pengetahuan perawat perlu ditingkatkan agar pelaksanaan asuhan keperawatan dapat lebih optimal.

Kata kunci: asuhan keperawatan, henti jantung, IGD

LATAR BELAKANG

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien di IGD belum optimal. Asuhan keperawatan belum memenuhi prinsip-prinsip holistik¹. Hal ini tidak sesuai dengan tuntutan profesionalisme perawat, yaitu perawat harus merawat manusia secara utuh tidak terpisah antara fisik dengan psikologis, sosial, kultural, dan spiritualnya.^{2,3}. Hal tersebut terjadi karena perawat IGD merasa bekerja melebihi kapasitas mereka dan merasa tidak berdaya, kurang dihormati, tidak dihargai, mendapat tekanan

moral, stres dan kelelahan ketika merawat banyak pasien dengan kondisi gawat darurat.⁴

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang optimal secara empiris menunjukkan efek yang positif baik bagi pasien maupun keluarga pasien henti jantung. Asuhan keperawatan selama proses resusitasi pada pasien henti jantung dapat meningkatkan keberhasilan resusitasi.⁵ Penelitian menunjukkan bahwa penerapan asuhan keperawatan secara holistik seperti menghadirkan keluarga atau orang tercinta dalam ruang resusitasi dapat meningkatkan

semangat hidup bagi pasien henti jantung selama proses resusitasi. Efek positif lain dari penerapan keperawatan holistik adalah dapat menumbuhkan perasaan dihargai dan dihormati akan nilai-nilai dari pasien dan keluarga pasien kritis⁶.

Henti jantung merupakan suatu kondisi berhentinya fungsi jantung secara mendadak pada seseorang yang didiagnosa penyakit jantung maupun tidak, ditandai dengan hilangnya tanda-tanda sirkulasi.⁷ Henti jantung menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di rumah sakit.⁸ Sekitar 1-5 dari 1.000 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami serangan jantung, dan ini diperkirakan memberikan kontribusi sebesar 80% terhadap tingkat mortalitas di rumah sakit.⁹ Di US dan Canada hampir 350.000 orang mengalami henti jantung setiap tahunnya. Dari jumlah sebanyak itu setengahnya terjadi di rumah sakit.¹⁰

Perawat dituntut melakukan pertolongan pada pasien henti jantung secara cepat dan tetap menjaga keprofesionalannya sebagai pemberi asuhan keperawatan. Meskipun dokter dan perawat berpedoman pada *guidelines* untuk menolong pasien henti jantung, namun ada hal mendasar yang membedakan antara praktik kedokteran dan keperawatan. Perbedaan yang mendasar antara keduanya bahwa perawat memberi *caring* (perawatan) sedangkan dokter adalah *curing* (pengobatan).² Watson (1997) menekankan bahwa fokus keperawatan seharusnya 'perawatan-penyembuhan' bukan 'diagnosis-penatalaksanaan medis' yang berfokus pada penyakit dan patologinya seperti paradigma kedokteran.³

Studi pendahuluan di IGD salah satu rumah sakit tipe A di Jawa Timur pada tanggal 12 Maret 2015, dari wawancara yang peneliti

lakukan kepada empat perawat IGD yang masing-masing berinitial A, R, D dan S menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang dilakukan berfokus pada perawatan fisik, yaitu upaya penyelamatan nyawa (*life saving*). Selain itu, perawat juga tidak merumuskan diagnosa keperawatan melainkan masalah keperawatan seperti gangguan oksigenasi dan gangguan hemodinamik. Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien henti jantung juga hanya berfokus pada intervensi fisik, yaitu resusitasi. Perawat juga mengalami dilema ketika menghadapi keluarga pasien yang menginginkan masuk untuk mendampingi pasien henti jantung. Selain itu aspek pendokumentasian asuhan keperawatan menjadi hal yang dirasa menghambat pelaksanaan asuhan keperawatan.

Berdasarkan fenomena di atas, menjadi hal yang penting untuk dilakukan penelitian mengenai pengalaman perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD. Selain itu, penelitian terkait pentingnya pelaksanaan asuhan keperawatan secara pada pasien henti jantung di IGD pun masih jarang.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif untuk mengeksplorasi makna pengalaman perawat dalam merawat pasien henti jantung. Data dikumpulkan oleh peneliti melalui *indepth interview* dan dianalisa dengan teknik analisis tematik (*thematic analysis*).¹¹

SITUS DAN INFORMAN

Situs penelitian ini di IGD salah satu rumah sakit tipe A di Jawa Timur. Peneliti sebagai instrument telah mewawancarai 7

perawat yang berpengalaman kerja di IGD lebih dari 5 tahun.

HASIL

Penelitian ini menghasilkan 7 tema, yaitu perbedaan persepsi perawat tentang asuhan keperawatan, mengalami krisis peran dalam menjalankan asuhan keperawatan, merasa tidak adekuat dalam merumuskan diagnosa keperawatan, mengalami hambatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, taat terhadap prosedur, respon psikologis perawat, dan harapan untuk optimalisasi asuhan keperawatan.

Tema 1: perbedaan persepsi perawat tentang asuhan keperawatan

Perbedaan persepsi perawat tentang asuhan keperawatan merupakan perbedaan cara pandang perawat terhadap asuhan keperawatan. Perbedaan tersebut teridentifikasi dari empat sub tema yaitu *sesuai konsep*, *misinterpretasi*, *proses yang lama*, dan *prinsip holistik mungkin tidak aplikatif*.

Ungkapan-ungkapan yang mendukung antara lain sebagai berikut:

“Asuhan keperawatan yang baik untuk pasien cardiac arrest yang baik yaaa....memberikan asuhan keperawatan secara holistik ya..kepada pasiennya”.(I1)

“Pendataan ee anamnesa yang benar dari awal sampai akhir...kemudian setelah itu kan dikerjakan keperawatannya mulai dari perencanaan sampai ke tindakan”.(I6)

Pernyataan tersebut sesuai dengan konsep asuhan keperawatan yaitu merawat pasien secara baik dalam arti secara holistik. Persepsi yang sesuai konsep juga diungkapkan oleh informan ke-6 tersebut. Perawat

menyampaikan bahwa asuhan keperawatan adalah proses mengasuh pasien yang diawali dengan pengumpulan data/pengkajian kemudian menentukan intervensi sampai melakukan tindakan kepada pasien.

Misinterpretasi juga ditemukan pada satu partisipan lain dimana partisipan mempersepsikan asuhan keperawatan adalah kegiatan menyiapkan pasien dan tindakan dokter.

“Kalau selama ini ya di P1 itu asuhan keperawatan pasien cardiac arrest kita melakukan asuhan keperawatan semuanya itu tindakan dokter”. (I2)

“Ya itu, misalnya kalau mungkin persiapan itu mungkin kita melakukan asuhan keperawatan persiapan pasien kayak gitu gitu, terus persiapan perawatan itu aja”.(I2)

Persepsi lain juga disampaikan oleh partisipan yang menganggap bahwa asuhan keperawatan adalah sebuah *proses yang lama*.

“Kalau kita perawat ni ya di UGD kalau kita mengikuti perawat pasiennya itu mati, ya itu makanya, kan kalau perawat kepanjangan gangguan rasa..gangguan rasa hehe...seharusnya di UGD tidak gitu, lakukan! (menegaskan) pasien jelek gimana caranya keluar dari UGD stabil, pasien sesek keluar dari UGD pasien tidak sesek, itu intinya! Masalah asuhanini..ni..ni..ni..nanti itu”.(I7)

“kalau kita di UGD gini kalau kita buat sebanyak itu keperawatan kayak evaluasi gini..gini..gini itu memang Askep...” (I7)

Perawatan secara holistik juga mungkin tidak bisa diberikan pada pasien henti jantung.

“Kalau perasaan gimana ya...hehehe kayaknya memang agak susah penerapan itu

pada pasien yang tidak sadar eee...karena kita dari segi pasiennya sendiri kita mungkin yang gak pernah KIE, hanya langsung tindakan. ... beda kalau pada pasien yang sadar memang mulai dari anamnesa sampai pengkajian sampai tindakan kan bisa kita terapkan ke pasien semuanya". (I1)

"...kalau nggak sadar kan belum ada kebutuhan psikologisnya".(I6)

"...Kalau yang psikososial pasiennya jelas nggak mungkin,...". (I5)

Hal ini menunjukkan bahwa **prinsip holistik mungkin tidak aplikatif** untuk pasien henti jantung.

Tema 2: mengalami krisis peran dalam menjalankan asuhan keperawatan

Krisis peran diartikan sebagai kondisi dimana perawat merasa kehilangan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan yang profesional. Beberapa sub tema yang membangun tema ini antara lain **merasa apa yang dilakukan menyimpang dari tugas profesi, mengabaikan asuhan keperawatan, dan merasa tersisih.**

Perawat **merasa apa yang dilakukan menyimpang dari tugas profesi:**

"...aslinya gini, aslinya keperawatan itu di mana sich?...apakah semua pasien yang kita pegang harus ada asuhan keperawatan? tapi di sini sek belum ini ya (menggeleng-gelengkan kepala)...". (I7)

"...kalau perawat di Indonesia itu bagus-bagus skilnya pinter-pinter dari pada di luar, di luar itu suruh nginfus, nyuntik, perawatnya nggak bisa, untuk apa! karena di sana mungkin bukan tugasnya kita (menegaskan), kita megang syiring pump kalau di luar kita bisa-bisa walaupun bisa tapi di luar ada yang bisa, ditanyain!". (I7)

Pernyataan informan ke-7 tersebut menggambarkan bahwa perawat merasa apa yang dilakukan menyimpang dari profesi.

"...karena kita itu dituntut untuk istilahnya kalau di luar itu paramedik,... (I7)

"...maksudnya karena sebagian besar kita di sini dituntut bukan jadi perawat utuh...". (I7)

"Ya selama ini mungkin kalau ada pasien cardiac arrest lebih banyak tindakan dokternya, kita paling cuman bantu RJP,...".(I2)

Ungkapan informan ke-7 tersebut menggambarkan bahwa perawat **merasa apa yang dilakukan menyimpang dari tugas profesi** karena dituntut tidak menjadi perawat utuh, artinya perawat juga harus mengerjakan pekerjaan-pekerjaan lain yang seharusnya tidak menjadi tugas perawat.

Perawat juga **merasa mengabaikan asuhan keperawatan.** Ungkapan tersebut disampaikan oleh informan ke-2 dan 7 berikut ini:

"... kalau asuhan keperawatan sendiri tu hampir terlupakan".(I2)

"...Kalau saya ditanya tentang asuhan keperawatan saya itu bingung walaupun saya ee apa ya ee di sini kalau saya...bener jujur ini...itu saya gak fokus di situ...". (I7)

"Lha itu, masalahnya di situ makanya saya bilang, kalau sampean tanya asuhan keperawatan di IGD, di sini itu kita itu masih belum jalan...". (I7)

Banyaknya tindakan yang harus dilakukan perawat menjadikan perawat mengabaikan asuhan keperawatan. Hal ini pula yang dirasakan perawat ketika bekerja dalam tim resusitasi. Ada kalanya perawat **merasatersisih** dari lingkungan dokter.

“...kalau di situ sudah dengan dokternya dan COAS COASnya yang banyak ya sudah, lingkungan aja kita nggak masuk”. (I2)

“...kadang 1 pasien dirubung banyak orang, nek wis gitu gak nyedek wis”.(I4)

Dari ungkapan informan ke-2 tersebut mengandung maksud bahwa perawat merasakan dirinya tidak termasuk kalangan dokter.

“...bantu dokter masukkan obat, itu pun kadang dokter yang melakukannya”.

Informan ke-2 menjelaskan bahwa apabila perawat ikut menangani pasien henti jantung, tindakan-tindakan yang dilakukan merupakan tindakan invasif yang seharusnya dilakukan oleh dokter seperti pemberian obat. Akan tetapi, tindakan pemberian obat kadang dilakukan oleh dokter sendiri. Hal ini menambah perawat semakin merasa tersisih.

Tema 3: Merasa tidak adekuat dalam merumuskan diagnosa keperawatan

Merasa tidak adekuat dalam merumuskan diagnosa keperawatan adalah suatu pengalaman dimana perawat merasa bahwa diagnosa keperawatan yang dirumuskannya tidak sesuai dengan ketentuan. Beberapa sub tema yang membangun tema ini antara lain, *kurang pengetahuan, terbiasa menentukan masalah keperawatan, merasa tidak dituntut untuk merumuskan diagnose keperawatan, dan lebih senang bila ada format yang simpel.*

Sub tema *kurang pengetahuan* tergambar dari ungkapan informan berikut ini:

“Ya kalau ABC tentunya tentang oksigenasi gangguan oksigenasi, yang disebabkan oleh mungkin gangguan di jantungnya atau bisa juga kalau pasien syok itu syok kardiogenic kan akibat dari itu masalah di sirkulasinya itu hehe...(tertawa) gimana sich untuk kata-kata

yang pas?” (sambil garuk-garuk kepala dan mengerutkan dahi). (I4)

Perawat dapat menentukan masalah keperawatan namun tidak dapat merumuskan diagnosa keperawatan.

“Kalau cardiac arrest itu ada dua, yang pertama sumbatan jalan napas ee gangguan jalan napas keefektivan ya sama gangguan apa namanya (menutup mata) apa namanya (berfikir) out put apa mbak?” (I7)

“...ada bukunya sebenarnya untuk dipelajari...buku kumpulan diagnosa keperawatan...ada mbak cuman ndak tahu hihhihi (tertawa)...dikasih suruh mempelajari”. (I4)

“...belum ada form resmi kita harus membuat diagnosa keperawatan karena kadang-kadang temen-temen keberatan denganini hubungannya dengan cardiac arrest ya, mbak? Harus review lagi hehehe (sambil tertawa).

Perawat selalu bertanya kembali bagaimana menyusun kalimat diagnosa yang benar.

“Saya..begitu pasien cardiac arrest keluaranya langsung henti jantung, ketidakcukupan suplay oksigen maksudnya gangguan sirkulasi, sudah..saya yang keluar di kepala saya cuma 2 itu”. (I5)

“..sumbatan jalan nafas seperti itu atau mungkin...atau mungkin resiko kalau memang mungkin belum ada sumbatan jalan napas...”.(I1)

“...apa...emmm...apa....emmm...pola napas dari breathingnya bagaimana, trus dari...apa....hemodinamiknya bagaimana...”.(I1)

Masalah-masalah yang mereka tentukan adalah masalah henti jantung, gangguan sirkulasi, sumbatan jalan napas, pola napas dan gangguan hemodinamik.

Perawat juga *merasa tidak dituntut untuk merumuskan diagnosa keperawatan*. Gambaran kondisi ini terdapat pada ungkapan informan berikut ini:

“Ini ya yang sering terlupa hehe (tertawa) karena nggak ada formnya ya mbak di IGD, ...”. (I4)

“Saya ndak pernah memikir diagnosa keperawatan hehehe..(tertawa)”. (I2)

“...belum ada form resmi kita harus membuat diagnosa keperawatan karena kadang-kadang temen-temen keberatan ...”. (I4)

Tidak adanya tuntutan ini mengakibatkan perawat tidak pernah merumuskan diagnosa keperawatan. Sehingga, perawat lupa bagaimana merumuskan diagnosa keperawatan. Ada pula perawat yang tidak pernah memikirkan diagnosa keperawatan.

Perawat merasa bahwa merumuskan diagnosa keperawatan adalah hal yang sulit karena butuh proses berfikir yang lama. Diagnosa keperawatan bagi mereka adalah pekerjaan yang tidak sederhana. Sehingga perawat *lebih senang bila ada format yang simple*. Seperti tergambar pada ungkapan informan berikut ini:

“...untuk askep di UGD itu dibuatkan sudah ada diagnosanya eee renpranya, implementasi, trus evaluasi...diagnosa sudah ada, tinggal mencentang... renpranya sudah ada tinggal mencentang tapi...dari keperawatan belum diturunkan..seperti itu”. (I1)

“...kalau kata-katanya memang sama, ketidakevektifan jalan napas, di sini di ICU sama tapi untuk gimana sich, ya itu mbak kalau kita di UGD khusus UGD dulu kita itu ada Mas T kita itu mau buat gimana sich caranya untuk bukan menyimpelkan tapi biar simplebiar temen-temen nyontreng aja”.(I7)

Ungkapan tersebut menggambarkan bahwa perawat merasakan kerumitan dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

Tema 4: Mengalami hambatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan

Mengalami hambatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dibangun dari beberapa sub tema, yaitu *daftar isian kurang sesuai, daftar isian terlalu banyak, menyita waktu, dan terlupa*.

Daftar isian kurang sesuai yang dimaksud adalah tidak tersedianya daftar isian khusus untuk asuhan keperawatan. Berikut ungkapan informan yang menggambarkan hal tersebut:

“Kalau kita di UGD ini kan kita memang ini gak membuat askep seperti di ruangan ya....kalau kita di sini...(sambil mengambil salah satu dokumentasi pasien) nah..kalau di ruangan mungkin buat lengkap seperti itu ya...” (I1)

“...akhirnya yang baru baru itu kan keluar itu sesek, penurunan kesadaran, gangguan keseimbangan itu aja, maksudnya nyontreng nanti tinggal evaluasinya, sebatas itu mbak...”. (I7)

Ungkapan informan ke-7 tersebut mengandung maksud bahwa format dokumentasi yang ada di IGD saat ini tidak ada lembar khusus untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan. “...kalau dokumentasi itu pun nanti yang garap bagian P3, ada P3 yang ngumpulkan dokumen gitu, ya aslinya kita! cuma kita kadang kelupaan...”. (I7)

Dari ungkapan informan tersebut dapat diketahui bahwa dokumentasi tidak dikerjakan oleh perawat di P1 melainkan di P3. Karena perawat di P1 kadang *terlupa* mengisikannya. Hal senada juga diungkapkan oleh informan ke-2 sebagai berikut:

“...kadang kalau kita sudah ke pasien kita lupa notulennya. Semuanya ke pasien, yang notulen lupa misalnya wis kayak gitu gitu,mbak. Kadang kalau kita ke pasien yo wis kita ke pasien, lupa nulis apa aja yang sudah dimasukkan, kadang dokternya pun sama seperti itu, makanya kadang maka sering lupa, kadang malah mahasiswa yang melakukan kayak gitu hehehe (tertawa)”.

(I2)

Terlupa secara bahasa berarti tidak teringat; lalai. Ungkapan tersebut menggambarkan bahwa perawat yang menangani pasien henti jantung kadang lupa mendokumentasikan apa-apa saja yang sudah dikerjakan dan obat-obatan apa yang sudah diberikan kepada pasien. Selain **terlupa** perawat merasa bahwa format yang ada **daftar isiannya terlalu banyak**. Berikut ungkapan informan yang menyatakan hal tersebut:

“...form yang sekarang itu kan tambah tebal tambah banyak form yang harus diisi, awalnya nggrundel males, mbak tapi ya karena tuntutan sich, mbak sebenere...”. (I4)

“Status MRS nya itu kan harus diisi semua, tindakan apa yang sudah kita kerjakan tanda tangani siapa yang ngerjakan tanda tangani, kemudian ngisi ceck list karena harus transfer ceck transfer nya itu juga, kemudian yang sudah dikerjakan apa, banyak yang harus diisi karena sekarang statusnya semakin tebal harus diisi lengkap, kalau tidak diisi lengkap kadang-kadang dikembalikan di sini ini kurang ini kurang...”. (I6)

Kedua informan tersebut mengungkapkan hal serupa bahwa **daftar isian** pada dokumentasi **terlalu banyak**. Daftar isian artinya isi, isi dokumentasi yang dimaksud di sini adalah hal-hal yang harus didokumentasikan.

“Kita malah semakin lama untuk memindahkan pasien, harusnya 5 menit 10 menit itu sudah selesai, tapi bisa setengah jam untuk menyiapkan status harus lengkap...” (I4)

“Pasien 1 itu kadang-kadang 15 sampe 30 menit kalau ini tu, buanyak mbak banyak! Makanya kadang-kadang kita itu tledor masalah menangani sana (sambil menunjuk ke arah ruang P1) ini lho yang harus pindah sekarang harus dilengkapi, sampean kan nanti lihat buanyak dan tebal banget”. (I6)

Waktu untuk menyelesaikan dokumentasi dirasa lama bagi perawat.

Tema 5: Taat terhadap prosedur

Taat terhadap prosedur artinya kepatuhan perawat dalam melaksanakan setiap prosedur penanganan pasien henti jantung. Perawat melaksanakan prosedur pertolongan kepada pasien henti jantung dengan mematuhi *guidelines* yang ada, yaitu dari AHA 2010. Seperti ungkapan informan berikut:

“...pemasangan pemberian oksigen, pemasangan infus, monitor EKG nya, tanda-tanda vitalnya itu pakai itu masuk di ruang resusitasi itu langsung bisa pasang alat monitor langsung bisa pembacaan EKG nya, dan kateter, NGT, pemberian obat-obatan resusitasi, apa itu.. melakukan ETT...”. (I3)

“...misalnya datang katanya rujukannya hemodinamiknya masih bagus GCS nya bagus ternyata pada saat datang sudah cardiac arrest, ya sudah, RJP dari depan langsung masuk diteruskan di sini kemudian pasang monitor kan dokternya ada di situ kan dokternya memberikan AP, pasang infuse, kasih oksigen, bagging, kita infusa 2 line...”. (I4)

“Yang pertama tingkat kesadaran, nanti setelah pasiennya tidak sadar cek nadi, kalau nadinya tidak ada langsung masuk ke P1 trus RJP nya

langsung dimulai. Ilmu kan selalu berkembang kalau dulu cek nafas dulu kalau sekarang langsung plek-plek-plek cek nadi nadi tidak ada langsung dibawa ke P1 langsung di RJP atau diRJP langsung di atas stracher". (I5)

"...kalau pasien datang paling kalau pasien cardiac arret kan kalau gak ada eee gak ada nadi ya sudah itu kan paling gampang, tapi kalau prosedurnya kan kita respon dulu, respon dulu tidak respon kita cek nadi kalau dari BLS nya, kalau baru nadinya itu tidak teraba nah berarti itu namanya cardiac arrest kita RJP seperti itu sampai 5 siklus...samapi 30 menit itu..selain itu..kalau kita di dalem kita maen obat, selain BLS nanti ada ECG resus...".(I7)

Selain mentaati *guidelines*, perawat juga **menyampaikan hak-hak pasien dan keluarga**. Berikut pernyataan informan yang menggambarkan ketaatannya pada prosedur:

"Selama ini ya ke pasiennya langsung tindakan itu, terus...eee...kita mungkin harus memfasilitasi privasi pasien juga, kita tutup klambunya". (I1)

"...kita coba untuk perawatannya kita sesuaikan dengan Pak Kiyainya laki-laki, lha yang untuk tindakan yang sekiranya privasi ya kita cari perawat yang laki-laki, kayak pasang kateter, kayak gitu". (I4)

"Kalau pasien nggak sadar itu ya mesti kita kasih penjelasan walaupun pasien ndak sadar kayak reflek kayak sudah di alam bawah sadar, mau nyuntik juga gitu-Bu, suntik! (sambil memperagakan seolah-olah memegang jarum suntik) padahal pasien nggak sadar". (I5)

Perawat melakukan hal itu secara rutin karena sudah terbiasa melakukannya, sehingga tidak lupa. Hal senada juga diungkapkan oleh informan ke-4 berikut ini:

"Walaupun pasiennya tidak sadar tidak mendengar tetep kita komunikasikan, seperti

layaknya kita ngomong pada pasien yang sadar tapi tanpa persetujuan ya atau tidak dan hal itu selalu kita lakukan.kayaknya ya mengalir aja karena sudah terbiasa, mungkin alasan tepatnya empati, NGT itu menyakitkan, mbak walupun kayak orang meninggal". (I4)

Komunikasi kepada pasien henti jantung tetap dilakukan yaitu komunikasi satu arah. Hal tersebut didorong oleh rasa empati kepada pasien.

Selain komunikasi kepada pasien, perawat juga berkomunikasi kepada pihak keluarga. Berikut ungkapan informan ke-4 dan informan pertama:

"Misalkan untuk memasang kateter itu ada formnya setuju atau tidak itu juga ada formnya lagi informed consentnya walaupun di gawat darurat, formulir persetujuan kayak gitu". (I4)

"...tapi kalau tetap bersi keras kita tidak bisa apa-apa, kita tidak mungkin berhak memasangkan karena yang lebih berhak keluarganya, ya kita tinggal memberikan informed consent penolakan kepada pasien dan keluarganya suruh tanda tangan". (I1)

Informed consent disediakan sebagai wujud penghormatan terhadap hak keluarga.

Wujud ketaatan perawat terhadap prosedur adalah **menyampaikan informasi** dalam bentuk KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) kepada keluarga pasien. Seperti pernyataan informan pertama dan ke-5 berikut ini:

"...tapi kalau pasiennya jelek, posisi melakukan RJP, posisi melakukan tindakan, gak sadar pasti kita KIE di sampingnya pasien". (I1)

"Kalau pasiennya....eh keluarganya...kalau ada penolakan dari keluarga ya tetep kita jelaskan resikonya apa, kalau tidak dilakukan itu

resikonya apa kalau dilakukan itu keuntungannya apa”.(I1)

“Kalau saya patokan saya yang penting sudah melakukan sesuai SOP nya...ya sudah nanti tinggal memberikan penjelasan, tapi kalau keluarga nggak mau menerima ya sudah saya sudah sesuai dengan ini nanti mungkin akan dibantu dengan tes gitu”. (I5)

Ketaatan perawat terhadap prosedur juga ditunjukkan dengan menjelaskan atau memberi informasi secara terbuka kepada keluarga pasien tentang berbagai hal. Seperti pernyataan informan berikut ini:

“Terutama tentang kondisi pasien yang pasti...kemudian yang kedua tentang tindakan yang sudah kita lakukan di sini, kemudian yang terakhir pasti tentang prognosis ke depannya”. (I1)

“Proses ke depannya bagaimana, kemudian rencana eee.... penggunaan fasilitas apa saja yang mungkin nantinya diperlukan ...misalkaneee harus eee...pasang ventilator atau pasang apa harus ke ruangan apa gitu”. (I1)

“Kalau seperti itu keluarganya tidak kita fasilitasi di dalam dulu, kita pasti suruh keluar dulu dan keluarga yang lain suruh menenangkan, misalkan pasiennya sudah selesai semuanya baru keluarganya kita panggil lagi ke dalam ... apa lagi itu istrinya atau suaminya dia jelas harus mendapatkan KIE....(I1)

Perawat menjelaskan kepada keluarga tentang berbagai hal yang dibutuhkan keluarga.

Perawat juga taat **memantau pasien**. Pemantauan yang dilakukan adalah memantau perubahan hemodinamik pasien setelah diberi obat-obatan emergensi apakah ada perbaikan kondisi atau sebaliknya pasien memburuk

“...terus diobservasi selama pemberian itu bagaimana selama setengah jam resusitasi itu

bagaimana perubahannya, ada perubahannya atau tidak, kalau ada perubahannya ya kita lanjutkan untuk memberikan obat-obatan yang lainnya misalnya drip dopamine. Tapi kalau selama resusitasi setengah jam obat-obatan, CPR itu gak ada respon, kita lihat reflek pupil bagaimana untuk menentukan mati batang otak atau tidak, jadi batas waktunya itu setengah jam”. (I4)

“Evaluasinya itu yang jelas nadi, frekuensi pernapasan, sama kita lihat monitor oksimetrinya itu kalau pasien henti jantung”. (I5)

Tema 6: Respon psikologis perawat

Respon psikologis perawat adalah munculnya berbagai macam respon psikologis yang menyertai perawat selama bekerja di IGD dan selama melakukan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung. Terbentuknya tema ini dari 6 sub tema, yaitu *respon senang, capek tidak menjadi hambatan, termotivasi untuk menolong, dan perkembangan respon psikologis*.

Perawat merasakan ketertarikan terhadap pekerjaannya. Berikut pernyataan mengenai perasaan perawat tersebut:

“Perasaan awal-awalnya senang banget karena kerjanya tidak monoton, kalau di ruangan merawat pasien seperti injeksi, pasang infus itu kan monoton ya, bikin askep, kalau di IGD kan nggak...ada seninya kalau menurut saya”. (I4)

“Itu cuma dijabarkan dengan dua kata saja, senang dan menarik...yang kedua nggak boring”. (I5)

Perasaan senang lain yang juga menyertai perawat selama bekerja di IGD adalah perasaan bangga. Perawat merasa lebih pandai dari perawat-perawat lain yang tidak bekerja di IGD.

"...yang ketiga update ilmunya cepet, terus saya itu merasanya lebih pintar. Maksudnya eeee disinikan ada banyak kegiatan tu, magang mahasiswa, pelatihan, update-update ilmunya lebih cepet". (15)

"...ketiga kita bekerja sambil belajar kalau di sini karena apa, ya itu tadi di sini kan rumah sakit besar rumah sakit pendidikan, ilmu selalu update nah itu makanya sukanya saya di situ". (17)

"Tapi lama kelamaan pasien henti nafas henti jantung itu ya lama- lama biasa aja, kita lebih tenang. ... tapi kalau pertama-pertama memang bingung wah gimana ya saya harus ngapaian? Pasien gek-gek selak gimana nanti jangan-jangan tidak tertolong. Yang penting kita berusaha masalah tertolong tidak tertolong lebih ikhlas daripada yang dulu". (15)

Perkembangan psikologis perawat tergambar dari ungkapan informan ke-5 tersebut. Ketika awal bekerja perawat mengalami kebingungan. Lama-kelamaan perawat tidak lagi merasa khawatir melainkan lebih rela walaupun pasien tidak tertolong.

Perasaan lain yang muncul adalah perasaan termotivasi untuk menolong.

"Menurut saya apa yang diajarkan di pelatihan memang beda dengan apa yang di lapangan. Maksudnya beda ternyata menurut teorinya tidak bisa dipertahankan, ternyata dengan tindakan RJP banyak juga yang terselamatkan, mbak selama cardiac arrest tidak lebih dari 5 menit bisa terselamatkan juga sampek pasiennya pindah masuk ke ruangan jantung". (14)

"Selain jadi perawat, di IGD kita dituntut sebagai asisten istilahnya mitra soalnya kita dituntut sebagai ee kamu harus bisa lho main kayak obat-obatan dosisnya berapa istilahnya sub spesialis ya tertawa) ...". (17)

"kalau menangani pasien cardiac arrest, kita sebagai perawat semua medis di sini sebisa mungkin kalau pas intinya gini, kalau pasien datang jelek datang ke IGD apapun itu harapan kita keluar dari UGD itu baik, baik itu istilahnya balik, kan cardiac arrest dia eee apa namanya ee nadinya to akan balik lagi, istilahnya terdeteksi nadinya paling gak gitu dulu". (17)

Respon psikologis lain yang dirasakan perawat adalah capek. Namun, **capek tidak menjadi hambatan** bagi perawat dalam bekerja menangani pasien henti jantung maupun menangani pasien yang lain di P1.

"Perasaannya kalau di sini tu...kalau sukanya tu aslinya kita tergantung dari kita, mbak kalau di sini tu emang kalau dibilang capek ya capek, emang harus dituntut kamu harus kuat fisik". (17)

Respon lain yang juga turut berkontribusi dalam menangani pasien henti jantung adalah perasaan tidak tega.

"...istilahnya itu nggak mentolo melihat pasien gagal atau meninggal, apalagi itu saya kenal ya jadi kayak keluarga sendiri". (13)

"NGT itu menyakitkan, mbak walupun kayak orang meninggal, melakukan dengan kasar pada jenazah kan merasa kasihan ya walaupun kalau orang meninggal...pencabutan alat juga harus hati-hati kayak gitu. Jadi, ada rasa empati gitu, ikut merasakan". (14)

"Kalau dokter biasanya berfokus pada penyakitnya, kalau kita lebih memainkan psikologis". (15)

"..ya kasian! Apalagi kalau pasien cardiac arrest yang masih muda, kadang juga sebagai tulang punggung keluarga" (16)

Tema 7: Harapan untuk optimalisasi asuhan keperawatan

Harapan untuk optimalisasi asuhan keperawatan adalah suatu keinginan perawat terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD. Beberapa sub tema yang membangun tema ini antara lain *tersedianya obat di dalam IGD, tersedianya sistem dokumentasi simple & menyeluruh dengan komputer, belajar bahasa dan kultur Madura, dan pelatihan untuk menenangkan keluarga pasien.*

Sub tema *tersedianya obat di dalam IGD* didapatkan dari pernyataan informan ke-4 yang menyatakan bahwa obat-obatan tidak disediakan di dalam IGD melainkan di apotek. Berikut pernyataan tersebut:

“Nek obat-obatan kan ngambilnya harus di apotek, harusnya kan disediakan di sini tapi karena di sini banyak orang jadi inventarisnya susah, sekarang dipusatkan di apotek, jadi kalau ada pasien masuk kita lari ambil ke apotek”. (I4)

Harapan yang lain adalah *tersedianya sistem dokumentasi simple & menyeluruh dengan komputer.* Dokumentasi yang dirasa belum efektif mendorong perawat memiliki keinginan besar akan adanya suatu sistem dokumentasi yang mudah dikerjakan dan tidak menyita banyak waktu. Seperti ungkapan informan berikut ini:

“Emmm....dokumentasi ! karena kita mungkin nasional kita belum punya asuhan keperawatan yang betul-betul ciamik supaya spesifik IGD, kan mesti sebagian besar literature yang kita peroleh itu kan mesti asuhan keperawatan ruangan, yang emergency itu kan nggak ada, sehingga kita ngadap...”. (I5)

“Harapannya asuhan keperawatn itu..khusus asuhan keperawatan cardiac arrest itu sebisa mungkin optimal sebisa mungkin ada di UGD khususnya, harapan saya itu ada asuhan

keperawatan yang lebih maksudnya simple tapi bukan menyimpelkan ya jadi eee terfokus, mbak. Terfokus maksudnya gini, kalau kita buat sebanyak itu keperawatan kayak evaluasi panjang lebar itu efektifkah di UGD?...”. (I7)

“...kalau seandainya di luar kan pake elektronik tinggal pencet tut..tut...tut..tut sudah ada semua, kalau di sini kan masih manual hehehe (tertawa)”. (I7)

Harapan lain yang muncul dari informan yaitu *belajar bahasa dan kultur Madura.* Perawat mengharapkan hal ini sebab mereka menemui kesulitan ketika ada pasien henti jantung yang berasal dari daerah Madura. Seperti diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau budaya itu mungkin lebih ke..mungkin kalau Suku Madura itu ada beberapa orang yang sama sekali gak bisa bahasa Indonesia juga ada...itu dari keluarga pasien kita panggil temen kita yang bisa gitu hehehe..(tertawa)..iya gitu dulu pernah ada”.(I1)

“Pernah kadang kayak gitu ndak nerima denial gitu! Biasanya kan kayak gitu kan orang-orang Madura hehe (tertawa) mesti gitu, mbak”. (I2)

“Sering, mbak. Dokter-dokternya bilang itu dari Madura, jadi keluarganya ngomong apa, dokternya ndak paham, untungnya kita punya temen dari Madura itu banyak, jadi bisa jadi translaterhehehe..(tertawa) penerjemahnya”.(I4)

“Ada. Orang sana itu karakteristiknya menggerombol, kalau ada yang sakit di dalem nggak mau ikut aturan gitu, mbak. Disuruh 1 aja yang di dalem ndak mau ngotot minta semuanya masuk ke dalam...”.(I4)

“Naah...aspek budaya itu yang..kita kalau saya lho ya..kalau saya amati secara pribadi di tempat ini cuman mencover cultur Jawa sama

Madura aja kayaknya. Kalau Madura Madura banget itu mesti hambatan bahasa sehingga komunikasinya ndak efektif. (I5)

Beberapa ungkapan tersebut menggambarkan bahwa bahasa menjadi tantangan tersendiri bagi perawat ketika menghadapi keluarga pasien henti jantung yang berasal dari Daerah Madura.

“Karena kita di sini mengkover bahasa Jawa, Madura, Indonesia...kalau ndak tahu bahasanya kan kita sulit misalkan memberi ketenangan ibaratnya mau membuka pintu tapi nggak ada kuncinya kan sulit”. (I5)

Ungkapan tersebut menggambarkan bahwa bahasa menjadi kunci bagi terwujudnya komunikasi yang efektif antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien.

Perawat juga kadang mengalami kesulitan dalam upaya menenangkan keluarga pasien henti jantung. Kesulitan tersebut terjadi ketika keluarga pasien mengalami respon berduka pada saat pasien meninggal.

“Pernah, mbak malah nambah-nambahi pasien hehe..(tertawa), akhirnya kan malah dibopong dibawa ke brankar dan kita titipkan di p3 sementara aja hehe (tertawa)”. (I4)

“Keluarga kita suruh untuk menyelesaikan proses pendaftaran ... nanti ndak ngribeti, ndak semapot ndek kono”. (I4)

“... kalau nggak paham mesti kadang-kadang malah merepotkan kita mw RJP diganduli “kok digenjoti?” gitu”. (I5)

“...kita harus nyiapkan keluarganya, menyiapkan keluarganya supaya eee keluarga itu pasien macem-macem ada yang ruwet ada yang gampang. Kalau pas gampang enak, tapi kalau pas yang ruwet begitu naa itu memang harus butuh ekstra apa namanya..eee..ngasih

penjelasannya tu butuh ekstra, ngedhem-ngedheminya itu butuh ekstra. (I5)

Ungkapan - ungkapan tersebut mencerminkan bahwa perawat membutuhkan ***pelatihan untuk menenangkan keluarga pasien.***

“...Jadi, selama ini kita hanya memfasilitasi keluarga untuk mendoakan di telinga pasien gitu...gitu..(sambil menunjuk ke arah pasien)”. (I1)

“Iya...bimbingan rohani, tapi..waktu itu kesulitan orangnya...orangnya yang bertugas sebagai bimroh ini siapa? ... Di situ memang ada panduannya tapi karena di sini belum ditunjuk siapa timnya diharapkan dengan buku itu kita bisa mendampingi keluarga”. (I1)

“Kalau di sini mungkin juga harus butuh banyak orang ya untuk itu karena pasien kita di ruangan juga banyak atau mungkin ditunjuk perorangan yang ada di ruangan masing-masing ditunjuk orang untuk melakukan bimroh itu”. (I1)

Upaya menenangkan pasien dapat dilakukan pula dengan bimbingan rohani seperti diungkapkan informan pertama tersebut. Namun, kondisi yang ada sekarang tidak ada petugas khusus untuk itu. Perawat juga menyadari bahwa ketrampilan ini juga dibutuhkan perawat. Perawat seharusnya mampu untuk melakukan manajemen penenangan keluarga.

PEMBAHASAN

Perawat yang bekerja di IGD memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap asuhan keperawatan. Persepsi individu dapat berbeda, sebab stimulus yang diterima oleh masing-masing individu tidak sama. Penerimaan respon tersebut akan berbeda bergantung respon individu itu sendiri. Perasaan, kemampuan berfikir, pengalaman-pengalaman yang dimiliki

individu pun tidak sama, maka dalam mempersepsikan sesuatu stimulus akan berbeda antar individu satu dengan individu lain.¹² Dari penjelasan tersebut dapat dikatakan bahwa perbedaan cara pandang adalah suatu hal yang wajar terjadi.

Beberapa perawat memandang asuhan keperawatan sebagai suatu kegiatan mengasuh pasien yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dengan memperhatikan prinsip-prinsip keutuhan dimensi manusia yang disebut dengan holistik. Pandangan ini diperoleh berdasarkan pengetahuan mereka yang mereka dapatkan saat menempuh pendidikan

Hal ini sesuai dengan konsep sebagaimana telah dijelaskan oleh Betty Newman dalam konsep *holism*-nya, yaitu manusia adalah satu kesatuan utuh yang terdiri dari bio-psiko-sosio-cultural-spiritual.¹³ Penerapan prinsip-prinsip holistik pada pasien di IGD menjadi kendala tersendiri bagi perawat.⁴ Sehingga perawat memiliki persepsi bahwa penerapan prinsip-prinsip holistik tidak bisa diaplikasikan pada pasien henti jantung karena pasien dalam keadaan tidak sadar. Perawat menyampaikan bahwa ada satu kebutuhan yang tidak dimiliki oleh pasien henti jantung, yaitu kebutuhan psikologis.

Asuhan keperawatan juga dipersepsikan sebagai suatu yang merepotkan bagi perawat sendiri. Persepsi *merepotkan* ini timbul karena perawat merasa harus melakukan banyak hal di IGD sehingga merasa direpotkan jika harus melakukan setiap tahap proses keperawatan yang memerlukan waktu yang lama.

Hal tersebut bertolak belakang dengan persepsi perawat di Swedia. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Forsberg HH bahwa pekerjaan yang banyak merupakan bagian dari

IGD dan perawat menganggap sebagai hal yang tidak terpisahkan. Sehingga *multitasking* dianggap adalah sesuatu yang menarik.¹⁴

Diantara tugas yang banyak tersebut adalah tindakan-tindakan invasive seperti memasang infus dan menyuntik obat. UU Keperawatan pasal 29 ayat 1 huruf e yang menyebutkan bahwa “*dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, perawat bertugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang*”. Tugas yang sebenarnya adalah sebagaimana tercantum dalam UU No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 29 ayat 1 huruf a disebutkan bahwa perawat bertugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan. Lebih lanjut dijelaskan dalam pasal 32 ayat 1 bahwa pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada perawat.

Tata laksana pasien henti jantung diperlukan ketrampilan pemasangan infus secara cepat untuk memasukkan obat-obatan emergensi. Selain itu juga CPR harus dilakukan selama siklus penanganan henti jantung dan obat-obatan diberikan 3-5 menit, yaitu *epinephrine* intra vena, atau *amiodarone* jika VT/VF sulit diterapi.¹⁵ Ini tidak hanya menjadi tugas dokter, namun juga menjadi tugas perawat yang memiliki kompetensi ACLS. Bagi perawat yang belum memiliki sertifikat kompetensi tersebut mungkin tidak memiliki keberanian untuk melakukannya. Kompetensi ACLS menjadi modal bagi perawat untuk berkolaborasi dengan dokter. Informan yang memiliki perasaan tersisih dan merasa tugasnya hanya membantu dokter adalah perawat yang belum memiliki sertifikat ACLS dan berpendidikan D3, serta pengalaman kerja kurang dari 10 tahun. Jenjang pendidikan yang masih rendah dibanding dokter yang berpendidikan spesialis menambah

perasaan tersisih karena kompetensi yang dimiliki juga jauh berbeda. Sehingga perasaan tersisih muncul pada diri perawat sebagai manifestasi kehilangan peran sebagai pemberi asuhan keperawatan.

Ketidakadekuatan perumusan diagnosa keperawatan adalah ketidakmampuan perawat menentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan panduan yang ada. Dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan perawat harus melaksanakan kelima proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dan diagnosa keperawatan yang dirumuskan harus spesifik dan dilengkapi dengan etiologi untuk menetapkan intervensi yang sesuai.¹⁶ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada kelemahan perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

Tidak adekuatnya perumusan diagnosa keperawatan ini terjadi oleh banyak kemungkinan. Diantaranya dari hasil wawancara ditemukan bahwa perawat lupa dengan kalimat diagnose keperawatan yang benar. Hal ini terjadi karena perawat tidak terbiasa melakukannya. Sesuatu yang tidak pernah dikerjakan akan menjadikan seseorang lupa dengan sesuatu itu. Sebaliknya apabila sering melakukan, maka akan terbiasa dan cenderung ingat. Kebiasaan yang dilakukan perawat adalah menetapkan masalah tanpa merumuskan diagnosa.

Merumuskan diagnosa keperawatan yang benar menuntut keterampilan berpikir kritis, pengetahuan ilmiah, keterampilan sosial dan pengetahuan multi-sisi tentang pasien dan situasinya.¹⁷ Jika hal ini tidak dimiliki oleh perawat, maka perawat akan mengalami kesulitan terus menerus dalam merumuskan diagnose keperawatan.

Diagnosis keperawatan itu sendiri tidak sebatas mengklasifikasikan tetapi harus didokumentasikan dengan cara yang dapat dimengerti oleh rekan-rekan dan anggota tim kesehatan lainnya.¹⁸ Hal ini tidak dapat dilakukan oleh perawat di IGD sebab tidak ada tuntutan untuk menulis diagnosa keperawatan dalam dokumentasi pasien. hal ini pulalah yang menjadikan perawat akhirnya menjadi lupa dengan diagnosa keperawatan.

Sistem layanan di IGD berbeda dengan di ruang rawat inap. Di IGD dituntut memberikan pelayanan yang serba cepat, dalam situasi ini dibutuhkan perekaman data/pencatatan yang akurat terlebih ketika pasien membutuhkan resusitasi, tentu setiap menit bahkan detik kondisi pasien cepat berubah dan hal ini membutuhkan cara khusus dalam mencatat setiap perubahan dan terapi tersebut.¹⁹

Pencatatan atau dokumentasi untuk pasien henti jantung di IGD tidak hanya dilakukan pada saat pasien masuk, namun juga berlangsung seiring dengan proses resusitasi. Hal esensi yang lain yang seharusnya dicatat saat pasien datang di IGD adalah mengenai hasil-hasil pemeriksaan awal, meliputi keluhan utama, penggolongan triage, dan intervensi apa yang sudah dilakukan selama di rumah atau tempat serangan jantung maupun selama proses transportasi.²⁰

Dokumentasi merupakan perwujudan kerja perawat di manapun bekerja, baik di IGD maupun di pelayanan kesehatan lainnya. Dokumentasi yang tidak efektif ditemukan dalam penelitian ini sebagai tema ke 4. Masalah ketidakefektivan dokumentasi merupakan hal penting di IGD. Penerimaan pasien di IGD merupakan cerminan pelayanan suatu rumah sakit. Sehingga di IGD membutuhkan pelayanan

yang prima. Pasien dan keluarga akan menilai pelayanan sejak pertama kali mereka diterima dan dilayani di sana. Mereka akan puas jika pelayanan di IGD cepat dan tidak bertele-tele. Tuntutan-tuntutan pasien semacam itu juga harus didukung dengan sistem pelayanan yang baik pula. Sistem yang baik meliputi berbagai hal dan sistem pendokumentasian tidak kalah pentingnya dan bahkan menjadi kegiatan yang sangat penting karena berkaitan dengan aspek legal.

Ketidakefektivan dokumentasi ini merupakan hal yang terjadi juga di banyak rumah sakit di Indonesia. Namun, hingga kini, masih banyak rumah sakit di Indonesia yang belum menemukan solusi yang tepat. Informan dalam penelitian ini menemui kendala dalam menyelesaikan dokumentasi yang banyak dan tebal. Hal ini menjadi kendala tersendiri bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD. Sebab, penggunaan waktu yang cukup lama untuk menyelesaikan dokumentasi telah mengurangi waktu bagi perawat untuk lebih memperhatikan pasien.

Meskipun demikian, perawat tetap melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standar yang ada. Standar dimaksud di sini diantaranya adalah kesesuaian terhadap *guidelines* dari AHA tahun 2010. Upaya penyelamatan pasien ditujukan untuk mencegah berhentinya fungsi jantung karena jika otak tidak mendapatkan aliran darah, maka oksigen juga tidak akan terpebuhi. Hal ini dapat mengakibatkan kematian otak permanen.¹⁵ Ketaatan terhadap prosedur yang ada juga penting bagi sebuah pekerjaan.

Hal ini menggambarkan suatu komitmen yang kuat dari perawat untuk tetap melaksanakan tugas-tugasnya. Ketaatan lainnya

yaitu berkomunikasi kepada keluarga. Hal ini sesuai dengan konsep *caring* dari Kristen M. Swanson bahwa ada *enabling*. *Enabling* berarti kemampuan untuk memfasilitasi orang lain untuk melalui sebuah transisi kehidupan dengan memberikan informasi, penjelasan, dukungan, memahami perasaan, mencari sebuah solusi alternative, serta memberi umpan balik terhadap apa yang diberikan kepada sesama. Hal ini dilakukan perawat IGD dengan memberi informasi secara terbuka dan juga KIE kepada keluarga pasien.

Ketaatan yang lain adalah melakukan pemantauan kepada pasien. Perawat IGD harus melakukan evaluasi yang terkait dengan tingkat keefektivan intervensi yang telah diberikan dengan melihat tingkat kesadaran, status hemodinamik, suara napas, pulse oximetry serta frekuensi nadi dan irama jantung. Hal yang menjadi pendorong bagi perawat untuk tetap konsisten terhadap prosedur adalah dorongan untuk melayani pasien dan keluarga dengan baik.²¹

Perawat tetap berusaha menjaga keprofesionalannya agar dapat memberi pelayanan kepada pasien dan keluarga dengan baik. Ini adalah wujud dari *Being with*, yaitu respon emosional untuk berbagi dan saling merasakan arti pengalaman hidup.²² Perawat memahami bahwa setiap pasien yang datang ke IGD memiliki tujuan yang sama yaitu memperoleh pertolongan karena suatu permasalahan kesehatan yang sedang dialaminya. Hal ini lah yang menjadi penggerak perawat untuk tetap konsisten atau taat terhadap prosedur yang ada.

Dalam kondisi kelelahanpun tetap dijalani dengan tetap memperhatikan prosedur yang ada termasuk menjaga privasi. Hal

ini muncul dari diri perawat dimana perawat juga berusaha menempatkan diri sebagai pasien yang memiliki rasa malu. Ini juga perwujudan dari *caring*. Dalam konteks *caring* terkandung makna holistik, yaitu memandang manusia sebagai individu yang unik, utuh dan dinamis dimana perawat siap dan selalu ada untuk mendampingi pasien tidak hanya secara fisik tetapi juga secara emosional.²² Dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien henti jantung, perawat bertanggungjawab memberikan pelayanan secara holistik baik kepada pasien maupun keluarga pasien. Menjaga privasi pasien adalah salah satu aspek holistik yang terkait dengan aspek psikologis pasien.

Respon psikologis lain yang muncul pada diri perawat adalah motivasi untuk menolong. Itu diwujudkan dengan melakukan tindakan-tindakan perawat seperti RJP. Tindakan perawat adalah wujud dari *doing for* dan *enabling* pada struktur *caring* Kristen M. Swanson. *Doing for* merupakan tindakan yang dilakukan dengan usaha semaksimal mungkin untuk memperoleh hasil yang diharapkan. Dalam hal ini hasil yang diharapkan perawat adalah berhasilnya pertolongan pasien henti jantung. Dimana kriteria keberhasilan tindakannya adalah munculnya nadi dan pernapasan pada pasien. Motivasi perawat untuk memberikan pertolongan pada pasien henti jantung juga dipengaruhi oleh perasaan iba/kasih. Hal ini sesuai dengan konsep *caring* dimana cara perawat mengasuh pasien atau merawat seseorang mengandung nilai dan rasa tanggungjawab dan komitmen personal.²²

Rasa capek tidak menjadi hambatan bagi perawat untuk tetap berusaha melayani pasien dan keluarga dengan baik. Namun, justru kebutuhan akan tenaga yang lebih tersebut

merupakan tantangan tersendiri bagi perawat. Perawat memandang bahwa rasa capek adalah konsekuensi bekerja di IGD. Hal ini juga dipengaruhi oleh respon senang perawat yang menyukai pekerjaannya. Seseorang yang senang dengan pekerjaannya, maka seseorang tersebut akan cenderung menikmati pekerjaan. Lebih-lebih ada perasaan bangga yang juga menyertainya.

Harapan perawat secara umum adalah optimalisasi pelaksanaan asuhan keperawatan. Salah satu harapan tersebut adalah tersedianya obat di dalam IGD. Situasi gawat darurat membutuhkan akses pengambilan obat secara cepat. Namun, pada situs penelitian ini, perawat harus berlari menuju apotek yang terletak di luar ruang P1 untuk mengambil obat ketika ada pasien henti jantung. Meskipun perawat bisa melakukannya, tetapi akan lebih efektif jika akses pengambilan obat mudah. Meskipun jarak antara ruang P1 dengan apotek tidak terlalu jauh, namun hal ini akan mengurangi waktu perawat beberapa menit untuk melakukan tindakan lain yang lebih bermanfaat bagi pasien.

Perawat juga berharap mendapat pelatihan menenangkan keluarga pasien. Ujung dari upaya menenangkan keluarga pasien adalah kepuasan keluarga. Respon-respon yang cukup membuat panik merupakan hal yang berkontribusi menyebabkan tidak optimalnya asuhan keperawatan. Jika dalam situasi ini perawat mampu melayani dengan komunikasi yang baik, maka pasien dan keluarga akan puas.²⁰

Tetapi tidak mudah untuk melaksanakan hal itu, desakan waktu yang begitu singkat kadang kala komunikasi menjadi kurang efektif. Komunikasi secara verbal dan non verbal yang tidak efektif kepada pasien diakibatkan karena perawat IGD mengalami ketegangan.²³

Penyelamatan nyawa dan upaya-upaya menenangkan keluarga merupakan tugas-tugas yang tidak bisa dielakkan oleh perawat di IGD. Oleh sebab itu diperlukan suatu pelatihan khusus bagi perawat agar dapat melakukan manajemen penenangan keluarga pasien.

Upaya menenangkan keluarga pasien diperlukan komunikasi yang efektif. Namun, dalam hal ini perawat mengalami hambatan bahasa terutama pasien yang berasal dari daerah Madura. Bahasa menjadi kunci komunikasi interpersonal. Berbicara adalah modalitas dasar komunikasi di dalam semua kultur. Masalah komunikasi sering terjadi karena perbedaan bahasa, dalam situasi antar budaya perbedaan ini dapat menimbulkan masalah. Namun, penelitian ini menemukan bahwa perawat tidak menempatkan bahasa sebagai sebuah hambatan melainkan tantangan. Oleh sebab itu perawat mengharapkan adanya kesempatan belajar bahasa dan kultur Madura yang difasilitasi oleh pihak rumah sakit.

Harapan perawat yang lain adalah tersedianya sistem dokumentasi yang simpel dan efektif dengan komputer. Penggunaan komputer sebagai metode pendokumentasian telah banyak digunakan di negara-negara maju. Diantaranya, Amerika, Australia, Jerman, Inggris, Kanada, Prancis. Sebagai contoh END-IT (*Emergency Nurse Department-Improvement Tool*) di Pennsylvania, *Computer-Based Patient Record*, dan *Wearable Auto-Event-Recording of Medical Nursing Automatic System for Auto-Supervision*. Negara-negara tersebut telah merasakan manfaat dari menggunakan komputer sebagai alat dokumentasi keperawatan.²⁴ Diantara manfaat yang mereka rasakan antara lain, pekerjaan menjadi lebih mudah, menghemat waktu menulis, kesalahan dapat dicegah, dan yang

menarik adalah semuanya menjadi lebih seragam atau terstandar dan selalu cocok dengan kebijakan yang ditentukan oleh rumah sakit.²⁵

Keprofesionalan antar profesi pun juga dapat terbantu dengan metode komputersisasi. Baik dokter, perawat maupun tenaga yang lain akan menginput data pasien di computer, sehingga segala informasi tentang pasien dapat terekam dengan baik. Siapapun yang terlibat dapat membuka dokumen tersebut dan pencatatannya pun lebih rapid an sistematis. Hal tersebut akan mendukung komunikasi yang efektif antara dokter dengan perawat, antara perawat dengan teman sejawat, dan antar profesi yang lainnya yang turut mengelola pasien trauma. Terlebih di IGD, maka kecepatan analisa menjadi prioritas.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

Dihasilkannya tema-tema dalam penelitian ini memberikan gambaran umum pelaksanaan asuhan keperawatan pad pasien henti jantung di IGD. Di dalamnya termasuk kesulitan perawat dan respon-respon psikologis serta persepsi perawat tentang asuhan keperawatan. Sehingga, hasil penelitian ini memiliki kontribusi untuk mengembangkan keilmuan terkait aplikasi penerapan tahap-tahap proses keperawatan pada setting gawat darurat. Beberapa harapan perawat juga memiliki kontribusi untuk perbaikan pola asuhan keperawatan di IGD.

KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu peneliti tidak mengeksplorasi terkait faktor-faktor yang mempengaruhi tercapainya kondisi *well being* pasien, dalam hal ini adalah tercapainya kondisi ROSC (*Return Of Spontaneous Circulation*). Selain itu, penelitian ini hanya dilakukan terbatas di satu rumah sakit

yang tentunya memiliki perbedaan karakteristik dan budaya dengan rumah sakit yang lainnya. Sehingga hasilnya mungkin tidak dapat dijadikan gambaran kondisi IGD pada umumnya di Indonesia.

KESIMPULAN

Keseluruhan proses asuhan keperawatan pada pasien henti jantung yang dilakukan oleh perawat IGD dapat dikatakan belum optimal. Belum optimalnya pelaksanaan asuhan keperawatan ini dapat dilihat dari adanya krisis peran dalam melaksanakan asuhan keperawatan, adanya perasaan tidak bisa merumuskan diagnosa keperawatan secara adekuat, dan adanya hambatan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Meskipun demikian perawat tetap berusaha menjalankan pekerjaannya sesuai prosedur yang ada, yaitu melakukan tindakan resusitasi sesuai dengan *guidelines*. Perawat juga memberikan hak-hak pasien dan keluarga.

SARAN

Pihak rumah sakit diharapkan menyusun suatu formula dokumentasi asuhan keperawatan yang cocok diaplikasikan di IGD dan merepresentasikan asuhan keperawatan; diharapkan pula pihak rumah sakit membuat suatu sistem pendokumentasian berbasis komputer untuk memudahkan dokumentasi sehingga perawat dapat fokus melaksanakan asuhan keperawatan.

Peningkatan kompetensi perawat perlu difasilitasi oleh pihak rumah sakit, dalam hal ini adalah pelatihan ACLS bagi perawat di P1 yang belum memiliki sertifikat kompetensi ACLS. Selain itu diharapkan ada pelatihan khusus untuk manajemen menenangkan keluarga pasien

Perawat IGD diharapkan perlu meningkatkan pengetahuan bagaimana merumuskan diagnosa keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dapat lebih optimal.

Perlu dilakukan penelitian terkait pengalaman perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien henti jantung di IGD yang berfokus pada eksplorasi pengalaman keberhasilan hingga tercapai kondisi *well being* pada pasien henti jantung.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nystrom, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden. Lack of a holistic perspective. *Journal of holistic nursing*, 20(4), 403-417.
2. Parker, M. E., & Smith, M. C. (Eds.). (2010). *Nursing theories & nursing practice* (3 ed.). Philadelphia, USA: F.A Davis Company.
3. Fawcett (Ed.). (2002). *The Nurse Theorist: 21st Century Update-Jean Watson. Nursing Science Quarterly* (Vol. 15).
4. Mary, K., & Maura, D. (2008). Working in an Overcrowded Accident and Emergency Department: Nurses' Narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 25, No. 2, 21-27.
5. Yana, C., Weia, L., & Hua-rongb, W. (2011). The Application of Asuhan keperawatan Optimization during Cardiopulmonary Resuscitation. *Medical & Pharmaceutical Journal of Chinese People's Liberation Army*.
6. Dezra E. J., Theresa M.A., Cathie G.E., Angela C.P., Jorie K.D., Ellen T., Amy C.O. (2001). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient. *American Journal of Nursing*
7. Leong B, in Ooi, S., & Manning, P. (Eds.). (2015). *Guided to the essentials in emergency medicine* (second ed.): National University Hospital, Singapore.
8. Sandroni, C., Nolan, J., Cavallaro, F., & Antonelli, M. (2007). In-hospital CA:

- incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*, 33, 237-245.
9. Thom T, H. N., Rosamond W, Howard VJ, et al. (2006). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics: 2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. . *Circulation* 2010, 113, e85-151.
 10. Nichol G, T. E., Callaway CW, Hedges J, Powell JL, Aufderheide TP, Rea T, Lowe R, Brown T, Dreyer J, Idris A, Stiell I. (2008). Regional variation in out-of-hospital CA incidence and outcome. *JAMA*, 300, 1423-1431.
 11. Braun and Clarke. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887
 12. Braun MJ. (2008). The Structures of Perception: An Ecological Perspective. *Kritike*. Vol. 2. pp. 123-144 ISSN 1908-7330
 13. Kozier, E.B, Erb, G. L, et. All. *Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practice*. 5 th ed. California: Addison-Wesley Publ. 1995. Leach. (2008). Planning: a necessary step in clinical care. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 17. p. 1728–1734
 14. Forsberg, H.H, Athlin A.M., U.T. (2015). Nurses' perceptions of multitasking in the emergency department: Effective, fun and unproblematic (at least for me) – a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23, 59-64.
 15. Neumar, R. W., Otto, C. W., Link, M. S., Kronick, S. L., Shuster, M., Callaway, C. W., et al. (2011). Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010, 122:S729-S767.
 16. Müller-Staub, M., I, N., M.A, L., & T, v. A. (2006). Nursing Diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 514-531.
 17. Gouveia, D. B. G. K., & M, d. G. O. C. (2012). Theoretical model of critical thinking in diagnostic processes in nursing. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(2).
 18. Paans, W., Nieweg, R. M. B., Schans, C. P. v. d., & W, S. (2011). Factors influencing the prevalence and accuracy of nursing diagnoses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2386-2403.
 19. Blair, W., & Smith, B. (2012). Nursing Documentation: Frameworks and barriers. *Nursing Documentation*, 41(2).
 20. Berg, G. M., Spaeth, D., Lippoldt, D., Sook, C., & Burdsal, C. (2012). Trauma Patient Perceptions Of Nursing Care. *Journal of Trauma Nursing*, 19(2).
 21. Jordan K.S. (2000). Emergency Nursing Care Curriculum. Fifth Edition. Saunders Company. USA. p 356-358
 22. Tomey, A. M & Alligood, M. R., (Eds.). (2010). *Nursing Theorist and Their Work* (7 ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
 23. Wiman, E., & Wikblad, K. (2003). Caring and uncaring encounters in nursing an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(Issues in clinical nursing), 422-429.
 24. Probst, C., Paffrath, T., Krettek, C., & Pape, H. C. (2006). Comparative Update on Documentation of Trauma in Seven National Registries. *European Journal of Trauma* 32.
 25. Krogh, G. V., & Naden, D. (2008). A Nursing Specific Model Of EPR Documentation : Organizational and Professional Requirement. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 68.