

# KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL DI AREA PERAWATAN INTENSIF

*Perspektif Pasien dan Keluarga*



**WARDAH**

**STIKes Payung Negeri Pekanbaru Publishing**

**KEBUTUHAN  
PSIKOSOSIAL DAN  
SPIRITUAL DI AREA  
PERAWATAN INTENSIF**

Perspektif Pasien dan Keluarga

**Ns. WARDAH, S.Kep., M.Kep**  
Jurusan Keperawatan  
STIKes Payung Negeri Pekanbaru

**STIKes Payung Negeri Pekanbaru  
Publishing**

Kebutuhan Psikososial Dan Spiritual Di Area  
Perawatan Intensif: Perspektif Pasien dan  
Keluarga

**Penulis** :

Ns. Wardah, M.Kep

**ISBN** :978-602-19491-8-4

**Editor** :

Ns. Rizka Febtrina, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. Fitri Dyna, M.Kep

**Penerbit** :

STIKes Payung Negeri Pekanbaru Publishing

Cetakan pertama, Desember 2017

Hak cipta dilindungi undang – undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan "*Buku Ajar Kebutuhan Psikososial Dan Spiritual Di Area Perawatan Intensif: Perspektif Pasien dan Keluarga*". Buku ini merupakan keluaran dari hasil penelitian yang telah dilakukan dengan judul Pengaruh Peningkatan pengetahuan perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang Perawatan Intensif Rsud Arifin Ahmad Provinsi Riau. Buku ini diharapkan dapat digunakan dalam mata ajar sebagai referrensi serta menambah pengetahuan perawat dalam melakukan perawatan pada pasien intensif

Penyusunan buku ini tidak dapat terlaksana dengan baik tanpa ada bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Direktur Penelitian dan pengabdian masyarakat Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Republik Indonesia, Koordinator perguruan tinggi Swasta Sepuluh (Kopertis X) regional wilayah Sumatra barat, Riau, Jambi dan kepulauan Riau, Ketua STIKes Payung Negeri Negeri Pekanbaru yang telah memberikan izin proses pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) STIKes Payung Negeri Pekanbaru serta RSUD Arifin Achmad yang telah memfasilitasi proses pelaksanaan penelitian hingga tersusun buku ajar ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun senantiasa penulis harapkan. Demikian prakata dari penulis ucapkan dan terima kasih.

Pekanbaru, Desember 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar

Daftar Isi

<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>BAB II RUANG PERAWATAN INTENSIF</b> .....	2
2.1.Pendahuluan .....	2
2.2.Konsep Ruang Perawatan Intensif (Icu).....	3
2.3. Stressor Di Ruang Perawatan Intensif .....	13
<b>BAB III KEPERAWATAN KRITIS</b> .....	18
3.1.Pendahuluan .....	18
3.2.Konsep Keperawatan Kritis .....	18
<b>BAB IV PASIEN DI PERAWATAN INTENSIF</b> .....	23
4.1. Pendahuluan .....	23
4.2. Aspek Psikologi Pasien.....	23
4.3. Aspek Sosial Pasien.....	28
4.4. Aspek Spiritual .....	30
<b>BAB V KELUARGA DI PERAWATAN INTENSIF</b> .....	41
5.1. Pendahuluan .....	41
5.2. Keluarga Bagian Layanan Perawatan Intensif .....	41
5.3. <i>Family Center Care</i> .....	44
5.4. Stres Dan Kecemasan Keluarga .....	46
<b>BAB VI ASUHAN KEPERAWATAN</b> .....	49

Daftar Pustaka

## **PENDAHULUAN**

Buku ajar ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi bahan kuliah keperawatan Gawat Darurat dan Kritis

**Tujuan Instruksional umum :**

Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan psikososial dan spiritual di area perawatan intensif

**Tujuan instruksional khusus:**

1. Mampu menjelaskan Kosep Ruang perawatan intensif
2. Mampu menjelaskan Kosep keperawatan kritis
3. Mampu menjelaskan kebutuhan pasien di lingkungan perawatan intensif
4. Mampu menjelaskan kebutuhan keluarga pada lingkungan perawatan intensif
5. Mampu mengidentifikasi proses keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan psikososial dan spiritual di area perawatan intensif.

## **RUANG PERAWATAN INTENSIF**

### **2.1. PENDAHULUAN**

Ruang Perawatan Intensive (ICU) merupakan unit perawatan khusus di kelola untuk merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang mengancam jiwa, melibatkan tenaga kesehatan terlatih serta dukungan peralatan khusus (Depkes.2006). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf dan perlengkapan yang khusus di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa dan atau potensial mengancam nyawa. Pasien yang di rawat di ruang ICU memiliki berbagai indikasi, sebagian pasien masuk ke ruang ICU setelah mengalami kejadian traumatis tiba-tiba seperti penyakit akut ataupun cedera. Namun beberapa pasien di rawat di ICU untuk proses monitoring serta stabilisasi atas pembedahan yang di rencanakan.

## **2.2.KONSEP RUANG PERAWATAN INTENSIF (ICU)**

Defenisi perawatan intensif dikemukakan oleh Muir, *et al* (2008) yaitu suatu pelayanan yang ditujukan kepada pasien - pasien dengan penyakit berpotensi dipulihkan dan membutuhkan pengamatan serta pengobatan yang lebih rinci dari yang umumnya tersedia di ruang rawat standar. Sedangkan menurut Torpy, 2009 ruang perawatan intensif merupakan bagian dari Rumah Sakit yang berisikan peralatan khusus serta staf terlatih untuk memberikan pengobatan terhadap pasien dengan penyakit serius ataupun cedera.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa ICU merupakan unit pelayanan terhadap pasien yang masih memiliki prognosis baik dan ditunjang dengan pemantauan dan terapi intensif.

### **Klasifikasi atau Stratifikasi Pelayanan ICU menurut Depkes, 2006**

#### **A. Pelayanan ICU Primer (Standar Minimal)**

ICU primer mampu memberikan pengelolaan resusitatif segera , tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, tindakan ventilasi mekanik serta pemantauan kardiovakuler sederhana selama beberapa jam.

Kekhususan yang harus dimiliki:

- 1) Ruangan tersendiri; letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
- 2) Memiliki kebijaksanaan/kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
- 3) Memiliki seorang dokter spesialis anesthesiologi sebagai kepala.
- 4) Ada dokter jaga 24 jam (dua puluh empat jam) dengan kemampuan melakukan resusitasi jantung paru (A, B, C, D, E, F).
- 5) Konsulen yang membantu harus selalu dapat dihubungi dan dipanggil setiap saat.
- 6) Memiliki perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih.
- 7) Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu (Hb, Hematokrit, elektrolit, gula darah dan trombosit), rontgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi.

## **B. Pelayanan ICU Sekunder**

Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah

vaskular dan lain-lainnya. ICU mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama dan melakukan dukungan/bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

Kekhususan yang harus dimiliki:

- 1) Ruangan tersendiri; letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
- 2) Memiliki kebijaksanaan/kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
- 3) Memiliki konsultan yang dapat dihubungi dan datang setiap saat bila diperlukan.
- 4) Memiliki seorang kepala ICU, seorang dokter *intensive care*, atau bila tidak tersedia oleh dokter spesialis anesthesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
- 5) Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien: perawat sama dengan 1:1 untuk pasien dengan ventilator, *renal replacement therapy* dan 2:1 untuk kasus-kasus lainnya.

- 6) Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat terlatih perawat/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
- 7) Mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu melakukan pemantauan invasif dan usaha-usaha penunjang hidup.
- 8) Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, rontgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
- 9) Memiliki ruangan isolasi atau mampu melakukan prosedur isolasi.

### C. Pelayanan ICU Tersier (Tertinggi)

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan/bantuan hidup multi-sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. ICU ini dapat memberikan bantuan ventilasi mekanis, pelayanan dukungan/bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskular invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis *intensive care*. Kekhususan yang harus dimiliki:

- 1) Memiliki ruangan khusus tersendiri di dalam rumah sakit.
- 2) Memiliki kriteria penderita masuk, keluar, dan rujukan.
- 3) Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi untuk datang setiap saat diperlukan.
- 4) Dikelola oleh seorang ahli anestesiologi konsultan *intensive care* atau dokter ahli konsultan *intensive care* yang lain yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
- 5) Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien 1:1 untuk pasien dengan ventilator, *renal replacement therapy* dan 2:1 untuk kasus kasus lainnya.
- 6) Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
- 7) Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan/terapi intensif baik non-invasif maupun invasif.
- 8) Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, rontgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.

- 9) Memiliki paling sedikit seorang yang mampu dalam mendidik tenaga medik dan paramedik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien
- 10) Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian.
- 11) Memiliki sifat tambahan yang lain misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

#### **D. Prosedur Pelayanan Perawatan/ Terapi di ICU**

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU:

- 1) Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam jiwa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
- 2) Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan terapi spesifik terhadap problema dasar.
- 3) Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh:
  - Penyakit
  - Iatrogenik
- 4). Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang nyawanya pada saat itu bergantung pada fungsi alat/mesin dan orang lain

## E. Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICU

### Kriteria Pasien Masuk

ICU memberikan pelayanan antara lain pemantauan yang canggih dan terapi yang intensif. Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas satu -1) didahulukan dirawat di ICU, dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas dua-2) dan pasien sakit kritis atau terminal dengan prognosis yang jelek untuk sembuh (prioritas tiga-3).

#### 1) Pasien Prioritas 1 (Satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan/bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain pascabedah kardioraksik, atau pasien *shock septic*. Mungkin ada baiknya beberapa institusi membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi di bawah tekanan darah tertentu. Pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas ditinjau dari macam terapi yang diterimanya.

## 2) Pasien Prioritas 2 (Dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ICU. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantauan intensif menggunakan metode seperti *pulmonary arterial catheter* sangat menolong. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

## 3) Pasien Prioritas 3 (Tiga)

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil di mana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan atau mendapat manfaat dari terapi di ICU. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastase disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, atau sumbatan jalan napas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi

mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.

#### 4) Pengecualian

Jenis pasien berikut umumnya tidak mempunyai kriteria yang sesuai untuk masuk ICU, dan hanya dapat masuk dengan pertimbangan seperti pada keadaan luar biasa, atas persetujuan kepala ICU. Lagi pula pasien-pasien tersebut bila perlu harus dikeluarkan dari ICU agar fasilitas yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga).

1. Pasien yang telah dipastikan mengalami *brain death*.  
Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU bila mereka potensial donor organ, tetapi hanya untuk tujuan menunjang fungsi-fungsi organ sementara menunggu donasi organ.
2. Pasien-pasien yang kompeten tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi "perawatan yang nyaman" saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah "DNR".  
Sesungguhnya, pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
3. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.

4. Pasien yang secara fisiologis stabil yang secara statistik risikonya rendah untuk memerlukan terapi ICU. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pascabedah vaskuler yang stabil, pasien *diabetic ketoacidosis* tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar, *concussion*, atau payah jantung kongestif ringan. Pasien-pasien semacam ini lebih disukai dimasukkan ke suatu unit intermediet untuk terapi definitif dan atau observasi.

### **Kriteria Pasien Keluar**

#### **1) Pasien Prioritas 1 (Satu)**

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh hal terakhir adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespons terhadap pengelolaan agresif.

#### **2) Pasien Prioritas 2 (Dua)**

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

### 3) Pasien Prioritas 3 (Tiga)

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh dari hal terakhir antara lain adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi ICU untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya).

## 2.3. STRESSOR DI RUANG PERAWATAN INTENSIF

Ruang perawatan intensif (ICU) merupakan salah satu lingkungan yang memiliki stressor lebih tinggi dibandingkan dengan ruangan lain yang ada di Rumah sakit. Lingkungan unit perawatan intensif (ICU) telah dianggap sebagai penyebab utama stress karena sifat kompleks masalah kesehatan pasien yang memerlukan penggunaan teknologi sangat canggih secara ekstensif.

Berbagai defenisi stress telah di kemukakan di dalam literatur. Menurut kamus besar bahasa Indonesia Stres

merupakan suatu gangguan atau kekacauan emosional yang dapat disebabkan oleh faktor luar. Defenisi lain dari stress dikemukakan oleh McGrath (1970) yang di adops oleh Walker et al (2004) stres merupakan suatu reaksi yang timbul akibat ketidakseimbangan antara permintaan yang di rasakan individu dengan kemampuannya untuk memenuhi hal tersebut, sedangkan menurut Varcarolis dalam Potter& Perry (2010) Stres merupakan suatu istilah yang sering ditemukan dalam sehari-hari dalam hubungan kebutuhan lingkungan dan persepsi individu terhadap kebutuhan tersebut sebagai tantangan, ancaman ataupun pengrusakan. Dari beberapa defenisi stress di atas dapat disimpulkan bahwa stress merupakan suatu situasi yang secara normal dirasakan oleh individu, merupakan hasil dari penilaian terhadap kemampuan dirinya sendiri dalam mengatasi tuntutan dari lingkungannya.

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab stress pasien di ruang ICU. Penelitian yang dilakukan oleh Yava A, at al, (2011) dan Pang, P. S. K. and Suen, (2008) membedakan 4 hal sebagai stressor untuk pasien di ruang ICU, yaitu: lingkungan ruang rawat ICU, ketidaknyamanan fisik, prosedur perawatan dan tekanan psikologis, sedangkan Paldon.T, Devi.E, & Castelino.F, (2014) juga mengidentifikasi penyebab stres di ICU menjadi 3 kategori yaitu : fisik, psikologis dan

lingkungan ICU. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Seven-Tore.Fredriksen & C.Ringsberg, 2007) tentang pengalaman pasien yang di rawat di ICU juga menemukan 3 tema yaitu: berkaitan dengan tubuh, ruang ICU dan *relationship*.

Stresor yang disebabkan oleh lingkungan ICU diketahui sebagian besar berasal dari pencahayaan ruangan yang konstan baik pada siang ataupun malam hari, Suara keras yang berasal dari peralatan dan monitor, prosedur tindakan juga merupakan hal yang dapat menimbulkan rasa ketidakberdayaan pada pasien dan merasa kehilangan kontrol atas lingkungannya. (Doncin, 2002; Fredriksen&Ringsberg, 2007; Wenham & Pittard,2009; Lusk & Lash,2005).

Kebisingan di unit perawatan intensif (ICU) bisa menjadi stimulus pendengaran yang tidak menyenangkan, yang mungkin tidak mudah untuk dihilangkan.(Rattray & Johnston, 2004 ; Khazali & Shamse, 2006) kebisingan tersebut dapat disebabkan oleh perangkat (seperti ventilator, pompa infus, dan monitor) yang digunakan selama perawatan untuk mendukung atau mengoptimalkan status fisiologis pasien. Mengenai tingkat kebisingan di ruang ICU Wenham and Pittard (2009) menyatakan bahwa tingkat desibel di ICU seringkali melebihi tingkat desibel yang di rekomendasikan di Rumah sakit, dan hal ini dapat menimbulkan stress pada pasien yang diinduksi oleh kebisingan. Untuk derajat kebisingan, WHO merekomendasikan kebisingan rumah sakit

tidak melebihi 30 desibel, sedangkan *Environmental Protection Agency* (EPA) merekomendasikan tingkat kebisingan di ICU pada siang hari tidak melebihi 45 desibel dan pada malam hari 30 desibel (Kahn, et al,1998) Namun kebisingan yang timbul di ICU dapat mencapai hingga 80 desibel. Salah satu efek utama kebisingan pada pasien adalah kurang tidur dan ini dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti perkembangan delirium, yang dikaitkan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas (Johansson, Bergbom, & Waye, 2012)

Secara umum stressor di ruang intensif menurut Urden, L.D., Stacy.KM, 2010 adalah

- Ketakutan akan kematian
- Nyeri atau ketidaknyamanan
- Gangguan tidur
- Kehilangan autonomi dalam aspek kehidupan dan fungsi sehari-hari
- Kehilangan kontrol atas lingkungan, seperti hilangnya privasi, pencahayaan terus menerus, kebisingan, dan aktifitas lainnya di ruangan termasuk perawatan pasien lain.
- Kesibukan harian di ruangan perawatan intensif
- Terpisah dari keluarga dan teman
- Kehilangan martabat
- Pembatasan waktu kunjungan

- Kehilangan atau keterbatasan untuk berkounikasi verbal akibat intubasi

## **KEPERAWATAN KRITIS**

### **3.1. PENDAHULUAN**

Perawat yang bekerja di ICU bertanggung jawab untuk memastikan pasien kritis dan keluarga mendapat perawatan optimal. Pasien yang sakit kritis adalah mereka yang berisiko tinggi terhadap masalah kesehatan yang mengancam jiwa. Semakin kritis kesehatan pasien tersebut, semakin besar kemungkinan dia rentan dan tidak stabil sehingga membutuhkan asuhan keperawatan yang intens. (American Association of Critical-Care Nurses 2011, 13.)

### **3.2. KONSEP KEPERAWATAN KRITIS**

Keperawatan kritis adalah layanan keperawatan yang berfokus pada respon manusia terhadap masalah yang mengancam jiwa, seperti trauma, bedah mayor ataupun penyakit-penyakit komplikasi (Sole, Klein, & Marthe Moseley, 2016) sedangkan Terry & Lee,( 2013) mendefenisikan perawat keperawatan kritis adalah seseorang yang secara langsung memberikan pelayanan

keperawatan kepada seorang pasien yang mengalami cedera atau sakit kritis.

*American Association of Critical-Care Nurses (AACN)* menjabarkan tanggungjawab dan peran dari seorang perawat kritis sebagai berikut:

1. Mendukung dan menghormati otonomi pasien, serta pengambilan keputusan yang di informasikan
2. Menjadi penengah apabila ada keraguan kepentingan siapa yang dilayani
3. Membantu pasien untuk memperoleh perawatan yang diperlukan
4. Menghormati nilai, keyakinan dan hak pasien
5. Memberikan edukasi kepada pasien/yang mewakilkan
6. Menerangkan hak pasien untuk memilih.
7. Mendukung keputusan pasien/ yangng mewakilkan atau memindahtangankan perawatan kepada perawat keperawatan kritis dengan kualifikasi yang setara
8. Menjadi perantara bagi pasien yang tidak bisa mengambil keputusan sendiri dan juga pasien yang memerlukan intervensi segera
9. Memonitor dan menjamin kualitas pelayanan
10. Berlaku sebagai penghubung antara pasien/keluarga pasien dan anggota tim kesehatan lain.

Sedangkan menurut Depkes, (2006) karakteristik perawat yang bekerja di lingkungan perawatan intensif (ICU) meliputi:

1. Mengelola pasien mengacu kepada standar keperawatan intensif yang konsisten
2. Menghormati sesama sejawat dan tim lainnya
3. Mengintegrasikan kemampuan ilmiah dan keterampilan khusus serta diikuti oleh nilai etik dan legal dalam memberikan asuhan keperawatan
4. Berespon secara terus menerus dengan perubahan lingkungan .
5. Menerapkan keterampilan komunikasi secara efektif
6. Mendemonstrasikan kemampuan keterampilan klinis yang tinggi
7. Menginterpretasikan analisa situasi yang kompleks
8. Mengembangkan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga
9. Berfikir kritis
10. Mampu menghadapi tantangan
11. Mengembangkan pengetahuan dan penelitian
12. Berfikir ke depan
13. Inovatif

Adapun kompetensi minimal perawat yang bekerja di unit perawatan intensif adalah:

1. Memahami konsep keperawatan intensif
2. Memahami issue etik dan hukum pada perawatan intensif

3. Mempergunakan keterampilan komunikasi yang efektif untuk mencapai asuhan yang optimal
4. Melakukan pengkajian dan menganalisa data yang didapat khususnya mengenai: henti nafas dan jantung, Status pernafasan, gangguan irama jantung, status hemodinamik pasien dan status kesadaran pasien.
5. Mempertahankan bersihan jalan nafas pada pasien yang terpasang *Endo tracheal Tube* (ETT)
6. Mempertahankan potensi jalan nafas dengan menggunakan ETT
7. Melakukan fisioterapi dada
8. Memberikan terapi inhalasi
9. Mengukur saturasi oksigen dengan menggunakan pulse oximetri
10. Memberikan terapi oksigen dengan berbagai metode
11. Melakukan monitoring hemodinamik non invasive
12. Memberikan BLS (*Basic life support*) dan ALS (*Advance life support*)
13. Melakukan perekaman Elektrokardiogram (EKG)
14. Melakukan interpretasi asil rekaman EKG:
  - a. Gangguan sistem konduksi
  - b. Gangguan irama

- c. Pasié dengan gangguan miocard (Iskemik, Injury dan Infark)
15. Melakukan pengambilan contoh darah untuk pemeriksaan analisa gas darah (AGD)
  16. Melakukan interpretasi hasil AGD
  17. Melakukan pengambilan terhadap hasil analisa untuk pemeriksaan elektrolit
  18. Mengetahui koreksi terhadap hasil analisa gas darah yang tidak normal
  19. Melakukan interpretasi hasil foto thoraks
  20. Melakukan persiapan pemasangan *Water Seal Drainage* (WSD)
  21. Mempersiapkan pemberian terapi melalui *syringe pump* dan *infus pump*
  22. Melakukan pengelolaan pasien dengan nutrisi parenteral
  23. Melakukan pengelolaan pasien dengan cairan intravena
  24. Melakukan pengelolaan pasien dengan sindroma koroner akut
  25. Melakukan penanggulangan infeksi nosokomial di ICU

## **PASIEN DI LINGKUNGAN PERAWATAN INTENSIF**

### **4.1. PENDAHULUAN**

Perawatan yang dilakukan di ICU melibatkan berbagai intervensi yang membantu mempertahankan atau memperpanjang kehidupan, menyembuhkan ataupun mengelola penyakit. Sebagian besar pasien yang dirawat mendapatkan program terapi berupa obat-obatan yang bersifat penenang, penghilang rasa sakit, yang menyertai prosedur tindakan yang dilakukan (Mcgiffin, et al, 2016) Pemahaman yang lebih baik tentang pengalaman pasien diperlukan bagi perawat untuk mengembangkan pendekatan untuk merawat pasien

### **4.2. ASPEK PSIKOLOGI PASIEN**

Ventilasi mekanis (MV) adalah peralatan pendukung yang umum digunakan di unit perawatan intensif (ICU). Sepertiga pasien di ICU di seluruh dunia menggunakan ventilasi mekanis. Ventilasi mekanis

mengacu pada pergerakan udara melalui saluran pernapasan masuk dan keluar paru-paru melalui alat ventilator. Ini menyiratkan bahwa pasien yang menggunakan ventilasi tidak dapat mempertahankan usaha bernafas spontan secara efektif dan bergantung pada mesin untuk mempertahankan fungsi pernapasannya.

Kondisi pasien yang membutuhkan pemantauan dan terapi yang intensif menyebabkan pasien harus menggunakan alat- alat suportif seperti ventilator, monitor ataupun alat invasif lainnya (Urden, L.D., Stacy.KM, 2010) Hal ini dipertegas oleh penelitian Carson,Cox,Holmes et al (2006) menyatakan terjadi peningkatan penggunaan ventilasi mekanis pada pasien dewasa di USA, diperkirakan sebanyak 284 per 100.000 populasi pada tahun 1996 menjadi 314 per 100.000 ditahun 2002 (peningkatan 11%), begitu juga penelitian multicenter yang dilakukan oleh Adamik, 2013 terhadap 83 ICU di Polandia, yang menyatakan 73,6% pasien ICU terpasang ventilator mekanik dengan berbagai indikasi. Penggunaan alat supportif seperti ventilator membuat pasien di kondisikan dalam keadaan tidak sadar di bawah pengaruh obat -obatan sedative dan analgesic yang berfungsi selain sebagai manajemen ventilasi mekanik juga sebagai pengurang nyeri dan kecemasan (Adamik, 2013)

Pasien yang menggunakan ventilasi mekanik yang memerlukan perawatan unit perawatan intensif (ICU) mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dari penempatan selang *endotracheal tube* ( ETT) di trakea pasien, serta penggunaan ventilator mekanis selama proses pemulihan fisik penyakit mereka. Pengalaman ini dapat muncul dalam bentuk kejadian faktual dan ingatan delusi tentang perawatan ICU seperti mimpi buruk, halusinasi dan pengalaman menakutkan diluar dari penyakit medis atau bedah mereka yang sedang mereka alami. Pengalaman ini diketahui memberikan kontribusi dalam memperpanjang waktu rehabilitasi , dan menyebabkan pemulihan yang buruk. Pasien sering mengalami gangguan neurokognitif dan psikologis setelah bertahan ICU.

Berbagai penelitian telah mengungkapkan bahwa gangguan psikologis yang dialami oleh pasien yang dirawat di ICU adalah beragam mulai dari stres, kecemasan hingga *posttraumatic syndrom* . Kecemasan yang terjadi pada pasien di paparkan oleh penelitian Scragg, Jones, & Fauvel, (2001) terhadap 80 pasien yang di rawat di ICU di Inggris menyatakan bahwa 47% pasien yang di rawat di ICU mengalami kecemasan, 38% mengalami gejala *post-traumatic syndrome* (PTSD) dan 15% didiagnosa *post-*

*traumatic syndrome*. Kondisi serupa juga ditemukan dalam penelitian J Jacka, (2016) yang melakukan penelitian terhadap 30 orang pasien ICU di temukan 61% mengalami kecemasan, 39% depresi dan 50% mengalami PTSD 28 hari setelah keluar dari perawatan ICU. Selain itu ketidaknyamanan psikologis lain yang dilaporkan muncul pada pasien berupa mimpi buruk, perasaan ketakutan akibat ketidakpastian, halusinasi hingga mimpi buruk (Topçu, Alpar, et al, 2017)

Banyak faktor yang dapat menjadi penyebab gangguan psikologis pasien yang di rawat di ICU. prosedur perawatan, penyedia layanan kesehatan, pengunjung, dan faktor lingkungan telah dilaporkan memiliki kontribusi yang cukup besar.

Prosedur perawatan di ICU seperti intubasi trakea, penggunaan selang ETT dalam ventilasi mekanis, diakui menimbulkan ketidaknyamanan dan kecemasan bagi pasien salah satunya adalah kesulitan berbicara akibat posisi ETT di pangkal tenggorokan (Topçu et al., 2017) hal tersebut akan terus berlanjut hingga proses intubasi dan penggunaan ETT dihentikan. Hasil penelitian merekomendasikan beberapa tindakan yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi ketidaknyamanan tersebut seperti menggunakan teknik komunikasi non

verbal, menjelaskan setiap prosedur tindakan yang akan dilakukan dan memfasilitasi komunikasi pasien dengan menggunakan alat bantu tulis serta pemantauan secara regular terhadap kebutuhan penggunaan ventilator mekanis. (Cutler, Hayter, & Ryan, 2013). Begitu juga dengan prosedur lain yang sering dilakukan pada pasien di ICU seperti penyedotan (*suction*), insersi kateter, fisioterapi, imobilisasi dalam waktu lama, perawatan rutin, aspirasi dan sebagainya dapat menimbulkan rasa nyeri yang akan memperberat gangguan psikologis. Kemampuan perawat untuk memanipulasi nyeri sangat dibutuhkan. Pengecakan ketepatan prosedur, komunikasi saat prosedur dilakukan terhadap hal-hal yang memperberat dan meringankan nyeri, membantu pasien mengatur posisi yang tepat hingga pemberian analgesik merupakan hal-hal yang sangat direkomendasikan (Topçu et al., 2017)

Faktor lingkungan diketahui juga memiliki kontribusi dalam menyebabkan masalah psikologis pada pasien. Melihat pasien lain dalam kondisi kritis, jam kunjungan ICU terbatas, penerangan bungsang yang terus-terusan, melihat mesin-mesin aneh di ruang ICU, pakaian khusus di ICU, dan kebisingan yang dilakukan oleh staf juga merupakan faktor stres bagi pasien di ICU. (Rattray & Johnston, 2004, Seven-Tore.Fredriksen & C.Ringsberg,

2007), Khazali & Shamse, 2006) Pasien yang menggunakan ventilasi mekanis menyadari sekitarnya selama tinggal di ICU dan dapat mengingat kembali ketakutan dan pengalaman mereka. Mereka menyadari apa yang terjadi pada mereka meskipun mereka dibius (Patak L & A Gawlinski, 2007)

Hashim & Hussin, 2012 menyatakan selain dicetus oleh kondisi tubuh termasuk prosedur dan peralatan teknis serta lingkungan, perpisahan dengan keluarga juga merupakan penyebab stress yang dirasakan. Stres yang berlebihan menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatik yang ditandai dengan memiliki peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah dan frekuensi pernapasan dan dapat berakhir dengan sindrom kecemasan yang destruktif.

#### **4.3. ASPEK SOSIAL PASIEN**

Secara umum, pasien yang menerima Ventilasi Mekanik di ICU lebih kritis daripada pasien yang tidak memerlukan ventilasi Mekanik. Pasien bergantung pada ventilator untuk mempertahankan kehidupan mereka dan bergantung pada perawat untuk memenuhi kebutuhan pokok mereka. Begitu jalan napas buatan terbentuk, pasien tidak bisa mengungkapkan perasaan dan kebutuhan

mereka karena ketidakmampuan berkomunikasi. Pasien yang sakit kritis sering melaporkan bahwa mereka mengalami tekanan psikologis, termasuk kecemasan dan ketakutan selama perawatan di unit perawatan intensif (ICU). Intubasi trakea adalah peristiwa stres akut. (Rattray & Johnston, 2004). Tampaknya tidak ada hubungan spesifik antara durasi intubasi dan stressor yang dilaporkan oleh pasien yang menerima ventilasi mekanis. Jika dokter dan perawat memahami pengalaman pasien yang hidup, mereka dapat lebih menghargai kebutuhan pasien selama proses intubasi dan penyapihan

Hampir 40% pasien sakit parah yang meninggal di rumah sakit menghabiskan hari dan jam terakhir mereka dalam perawatan intensif medis dan menerima ventilasi mekanis. Banyak pasien meninggal dalam kesakitan tanpa kemampuan untuk mengungkapkan kebutuhan mereka sepenuhnya, keinginan tentang perawatan akhir kehidupan, atau pesan terakhir kepada orang yang dicintai. Gejala kegelisahan dan depresi sering terjadi pada kerabat pasien ICU

Pasien dengan ventilasi mekanis mengalami tingkat frustrasi yang tinggi saat mengkomunikasikan kebutuhan mereka, dan penyedia layanan kesehatan memiliki dampak signifikan terhadap pengalaman pasien yang berventilasi

mekanis. Perawat perawatan kritis harus menempatkan prioritas tertinggi untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan pasien berventilasi dalam perawatan intensif

Kebutuhan pasien terkait aspek sosial telah di jelaskan dalam banyak penelitian. Penelitian yang dilakukan oleh Gonzalez, Carroll, Elliott, Fitzgerald, & Heather, (2004) tentang jam kunjung pasien di ICU didapatkan bahwa pasien menginginkan jam kunjung yang fleksibel dengan durasi 35-50 menit, 3-4 kali sehari dan tidak lebih dari 3 orang sekaligus. Sedangkan untuk kebutuhan komunikasi (Patak, Wilson-Stronks, & Costello, 2010) menyatakan prilaku nonverbal seperti anggukan kepala, gerakan tubuh, gerakan bibir adalah sarana komunikasi utama, walaupun dapat menjadi hal yang cukup melelahkan.

#### **4.4. ASPEK SPIRITUAL**

Spiritual berasal dari bahasa latin *spiritus*, yang berarti bernafas atau angin. Ini berarti segala sesuatu yang menjadi pusat semua aspek dari kehidupan seseorang (McEwan, 2005). Spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta (Hamid.A.Y, 1999) Spiritual merupakan kompleks yang unik pada tiap individu dan tergantung

pada budaya, perkembangan, pengalaman hidup, kepercayaan dan ide-ide tentang kehidupan seseorang (Potter & Perry, 2009).

Spiritualitas merupakan hal yang konkret dan sulit dipahami. Spiritualitas berkaitan dengan cara orang menjalani hidup mereka dan mempertanyakan makna kehidupan seseorang. Spiritualitas sering terabaikan dalam perawatan pasien yang menitik beratkan pada kestabilan fisik. Spiritualitas membantu individu yang sekarat mempertahankan rasa kesejahteraan saat menghadapi gangguan fisik, persepsi dan emosional. Sementara asuhan keperawatan holistik mencakup dimensi spiritual kesejahteraan, aspek perawatan ini menjadi isu utama perawatan akhir kehidupan (*end of life care*). Perawat yang bekerja dengan pasien dengan kondisi tidak stabil dan dengan ancaman kehidupan harus peka terhadap kekhawatiran semacam itu pada pasien mereka dan bersikap terbuka untuk membantu eksplorasi mereka. Spiritualitas menawarkan kepada individu dan keluarga sumber daya yang mendalam untuk mengatasi berbagai tantangan hidup.

Menurut Burkhardt dalam Bayu (2011), spiritual meliputi aspek sebagai berikut:

- 1) Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui

- 2) Menemukan arti dan tujuan hidup
- 3) Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri.
- 4) Kepercayaan artinya mempunyai kepercayaan atau komitmen terhadap sesuatu atau seseorang, sementara agama merupakan sistem ibadah yang teratur dan terorganisasi.

#### **1. Dimensi Spiritual**

- a. Mempertahankan keharmonisan / keselarasan dengan dunia luar
- b. Berjuang untuk menjawab / mendapatkan kekuatan
- c. Untuk menghadapi : Stres emosional, penyakit fisik dan menghadapi kematian

#### **2. Konsep kesejahteraan spiritual (*spiritual well-being*) (Gray,2006; Smith, 2006):**

- a. Dimensi vertikal. Hubungan positif individu dengan Tuhan atau beberapa kekuasaan tertinggi
- b. Dimensi horizontal. Hubungan positif individu dengan orang lain

### **3. Hubungan antara spiritual–kesehatan dan sakit**

Keyakinan spiritual sangat penting bagi perawat karena dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku klien. Beberapa pengaruh yang perlu dipahami:

a. Menuntun kebiasaan sehari-hari

Praktik tertentu pada umumnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna keagamaan bagi klien, sebagai contoh: ada agama yang menetapkan diet makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan.

b. Sumber dukungan

Pada saat stress, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. sumber kekuatan sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakitnya khususnya jika penyakit tersebut membutuhkan waktu penyembuhan yang lama.

c. Sumber konflik

Pada suatu situasi bisa terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan. Misalnya: ada yang menganggap penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan.

#### **4. Manifestasi perubahan fungsi spiritual**

##### **a. Verbalisasi distres**

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan meverbalisasikan yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

##### **b. Perubahan perilaku**

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distress spiritual.

#### **5. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Spiritual Pasien**

##### **a. Dukungan keluarga**

Keluarga merupakan sorang yang paling dekat dengan pasien. Untuk itu dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam kebutuhan spiritual pasien. Dukungan spiritual dari keluarga berdampak positif pada pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

##### **b. Dukungan/caring perawat**

Bagi seorang pasien dalam keadaan terminal, perawat memfasilitasi untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien misalnya dengan menanyakan siapa-siapa saja

yang ingin didatangkan untuk bertemu dengan klien dan didiskusikan dengan keluarganya. Menggali perasaan klien sehubungan dengan sakitnya. Menjaga penampilan klien pada saat-saat menerima kunjungan dengan memberikan atau membantu klien untuk membersihkan diri dan merapikan diri. Bantuan memenuhi kebutuhan spiritual misalnya dengan menanyakan kepada klien tentang harapan hidupnya dan rencana klien selanjutnya menjelang kematian. Menanyakan kepada klien untuk mendatangkan pemuka agama dalam hal untuk memenuhi kebutuhan spiritual (Sambudi, 2010).

Spiritual adalah keyakinan seseorang dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta yang merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Kebutuhan spiritual yang terpenuhi akan memberikan kontribusi pada kesembuhan pasien, khususnya pasien dalam kondisi kritis atau terminal. Kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi dapat menyebabkan pasien tidak dapat mengatasi masalah kesehatannya dan mencegah masalah kesehatan yang baru, bahkan memperlambat proses penyembuhan dari pasien tersebut. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang profesional yang memberikan pelayanan kesehatan secara

menyeluruh baik bio-psiko-sosio-spiritual. Penerapan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual yang diberikan bertujuan agar klien merasa seimbang dan memiliki semangat hidup sehingga klien dapat meraih ketenangan jiwa, kestabilan, ketenangan beribadah, penurunan kecemasan dan kesembuhan. Namun pada kenyataannya masih banyak perawat yang belum menerapkan asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah pengetahuan apa dan bagaimana asuhan keperawatan yang dapat diterapkan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Layanan bimbingan spiritual bagi pasien semakin diakui memiliki peran dan manfaat yang efektif bagi penyembuhan ( Baldacchino, 2015) Bahkan ditangan para perawat rumah sakit yang profesional, perawatan spiritual khususnya bimbingan spiritual memberikan kontribusi bagi proses penyembuhan pasien mencapai 20-25% (Purwanto, 2007).

Mengenai kondisi pasien di ICU berbagai penelitian telah menjelaskan diantaranya studi kualitatif tentang pengalaman pasien terpasang ventilator di ICU adalah Hilangnya harapan dalam menjalani hidup pentingnya

fasilitator dalam menjalani ritual agama (Bastian, Suryani Suryani, 2016) , Maujans (1991) dan King, et all (1994) menyatakan bahwa 77% pasien menginginkan spiritualitas sebagian dari pelayanan kesehatan yang mereka terima.(Anadarajah, 2010).

Untuk Gambaran pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ICU telah di teliti dalam beberapa penelitian, diantaranya Menurut penelitian Sartori (2009), meskipun memenuhi kebutuhan spiritual pasien merupakan hal yang penting, banyak perawat yang merasa tidak pasti tentang perawatan spiritual apa yang dilibatkan dengan mereka kurang percaya diri dalam hal ini. Hasil Penelitian Atieka dkk tahun 2015 yang mengkaji hubungan pengetahuan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ICU dan ICCU di Rumah sakit Dr. Sudirman Kebumen di dapatkan hasil tingkat pengetahuan perawat dalam kategori cukup (45,5%) dengan jumlah perawat yang melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sebanyak 50%. Penelitian serupa juga pernah dilakukan oleh Utami, Supratman pada tahun 2015 terhadap 98 perawat di Rumah sakit Sukoharjo dengan hasil sebagian besar (62,24%) perawat memiliki pengetahuan yang cukup tentang penerapan aspek spiritual pasien, dan hanya 37,76% perawat yang memiliki pengetahuan baik. Untuk

faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien ICU oleh perawat berdasarkan penelitian Ramadoni (2013) melalui studi kualitatif didapatkan beberapa tema untuk meningkatkan pemenuhan spiritual antara lain di butuhkan tenaga Khusus ( Pemuka agama, perawat rohani), dibuat Protap/SOP, Penambahan fasilitas, dan peningkatan kualitas perawat dengan pendidikan dan pelatihan.

Pasien yang berada di ruang intensif merupakan pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan berbagai terapi seperti penggunaan ventilator, obat sedasi yang dapat mempengaruhi kemampuan panca indra pasien dan menyebabkan kesulitan untuk mengkomunikasikan secara verbal kebutuhan batin mereka. Namun bukan berarti mereka tidak memiliki kebutuhan spiritual.

Spiritual merupakan kompleks yang unik pada setiap individu dan tergantung pada budaya, perkembangan, pengalaman hidup, kepercayaan dan ide - ide tentang kehidupan seseorang (Potter & Perry, 2009). Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang intensif merupakan bagian dari asuhan keperawatan yang bersifat holistik, namun kebutuhan ini sering tidak dikenali atau diabaikan. Berbagai penelitian telah mengungkapkan hal tersebut. Clark EB dalam Ku,Yalie (2017) menyatakan Tim

perawatan kesehatan di ICU secara tradisional menekankan pada menstabilkan tanda vital pasien dan menghilangkannya gejala fisiologis, tapi jarang memperhatikan kebutuhan psikologis dan spiritual pasien (Ku, 2017) melakukan analisis pada 15 ICU dewasa dari Amerika Serikat dan Kanada didapatkan hasil dukungan spiritual tidak diberikan dengan baik, Sedangkan Survei terhadap 123 perawat ICU dari empat rumah sakit Turki tentang persepsi perawat serta tingkat pelaksanaan praktik perawatan spiritual di temukan belum memadai. (Turan, Türkan and Yavuz Karamanoğlu, 2013)

## **KELUARGA DI LINGKUNGAN PERAWATAN INTENSIF**

### **5.1. PENDAHULUAN**

Di area keperawatan kritis keterlibatan keluarga merupakan bagian integral dari perawatan pasien di ICU. Keluarga merupakan suatu system yang terintegrasi satu sama lain , perubahan di salah satu komponen akan mempengaruhi komponen lainnya. (Gianinni.A, 2007)menyatakan kondisi krisis yang di timbulkan oleh penyakit kritis dapat berdampak terhadap pasien maupun keluarganya

Defenisi Keluarga menurut kamus besar bahasa Indonesia terdiri dari ayah,ibu dan anak - anak yang tinggal serumah serta kaum kerabat dan sanak saudara (depdiknas,2008). Defenisi lain keluarga menurut Friedman,Marlyn M (1998) “ Dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga”. Sedangkan menurut Morton,Fontaine,Hudak et

al (2008) , yang dimaksud keluarga adalah setiap orang yang merupakan bagian dari gaya hidup normal pasien dan terlibat melakukan rutinitas harian bersama dengan pasien perawatan kritis.

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan keluarga adalah sekumpulan individu yang tidak hanya terikat oleh perkawinan tetapi juga oleh ikatan emosional.

Fungsi keluarga menurut Friedman, Bowden, Jones (2002) mencakup 5 aspek yaitu: fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan status social, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi serta fungsi perawatan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi perawatan keluarga di butuhkan keterlibatan keluarga dalam upaya perawatan yang dilakukan di rumah sakit.

## **5.2. KELUARGA BAGIAN LAYANAN PERAWATAN INTENSIF**

Hingga saat ini telah banyak kajian penelitian yang mengungkapkan kontribusi positif keterlibatan keluarga dalam menunjang kesembuhan pasien. Penelitian Fumagalli et al., (2006) melalui *Pilot study* dan *Randomized Trial* di Italy menyatakan kunjungan keluarga pada pasien perawatan intensif dapat menurunkan komplikasi

kardiosirkulasi melalui pengurangan kecemasan. Selain itu pasien juga memiliki profil hormon yang lebih menguntungkan, yaitu level hormon kortisol secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan pasien dengan kunjungan keluarga yang dibatasi.

Hal serupa juga di kemukakan dalam penelitian (Mcadam, 2008) yang mengidentifikasi peran keluarga dan kontribusinya di area perawatan intensif di Amerika. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa kehadiran keluarga di sisi pasien dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien, sebagai fasilitator informasi pasien ke tenaga kesehatan, sebagai sumber informasi mengenai riwayat pasien sebelumnya, sebagai penyemangat, pemberi harapan bagi pasien dan juga dapat berkontribusi terhadap tindakan - tindakan perawatan yang relatif aman bagi pasien. Didukung oleh penelitian-penelitian lainnya yang menyatakan bahwa kehadiran keluarga meningkatkan kepuasan pasien, mempersingkat hari rawat, membuat pasien merasa aman (Bishop, Walker, & Spivak, 2013; Davidson et al., 2007 ; Gonzalez, Carroll, Elliott, Fitzgerald, & Heather, 2004)

Keterlibatan keluarga selain menunjang dalam proses penyembuhan pasien, juga dapat membantu proses perawatan yang diberikan perawat terhadap pasien.

Wiliam (2005) melalui penelitian tentang kontribusi keluarga terhadap pasien di area keperawatan kritis di Inggris, di dapatkan bahwa selain keluarga berperan dalam proses pemulihan, perawat juga dapat menjadikan keluarga sebagai sumber informasi untuk lebih mengenal pasien. Hal ini di perkuat oleh suatu studi komprehensif yang di lakukan di Eropa mengungkapkan bahwa kurang dari 5% pasien ICU yang sadar dan mampu berkomunikasi serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (Lind & Hevrøy, 2012) di sini di butuhkan keterlibatan keluarga .

Keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan pasien secara positif telah diakui, namun pembatasan keberadaan keluarga di samping pasien di unit intensif masih menjadi perdebatan. Hal ini terlihat dari beberapa penelitian yang dilakukan mengenai pembatasan kunjungan pada pasien di ICU. Penelitian (Kirchhoff & Dahl, 2006) menyatakan bahwa lebih dari 70% ICU di USA membatasi waktu berkunjung. Di Italia dari 257 ICU yang di data, hanya 1 ICU yang tidak membatasi jam kunjungan, 5 ICU (2%) melarang adanya kunjungan dan 95% membatasi jumlah dan jam pengunjung (A.Gianinni, 2008) . Beberapa alasan di kemukakan untuk membatasi kehadiran keluarga di samping pasien, seperti peningkatan

angka infeksi pada pasien, meningkatkan beban kerja tim serta mengganggu efisiensi perawatan yaitu: peningkatan stress pada pasien, peningkatan stres pada keluarga pasien, serta pelanggaran privasi pasien. (A.Gianinni, 2008) Namun hal tersebut di bantah oleh penelitian lainnya (Smith,Medves,harisson et al, 2009; Bishop et al., 2013) . Berdasarkan beberapa hal di atas dapat disimpulkan bahwa keberadaan keluarga dan pasien di ICU merupakan satu hal yang tidak bisa di pisahkan, memfasilitasi keluarga akan mempengaruhi perawatan pasien.

### **5.3. FAMILY CENTER CARE**

Keberadaan keluarga yang tidak bisa di pisahkan dari perawatan pasien menyebabkan berkembangnya kebutuhan perawatan ICU yang berpihak kepada pasien dan keluarga pasien ( *Patients-and Family-Center Care/ PFCC*). PFCC mengajak keluarga agar lebih terlibat dalam perawatan orang yang mereka cintai, memandang pasien secara utuh dan bekerjasama dengan tim perawatan ruang intensif (Rippin, 2016)

Keberadaan keluarga yang tidak bisa di pisahkan dari perawatan pasien menyebabkan berkembangnya kebutuhan perawatan ICU yang berpihak kepada pasien dan keluarga pasien ( *Patients-and Family-Center Care/*

PFCC). PFCC mengajak keluarga agar lebih terlibat dalam perawatan orang yang mereka cintai, memandang pasien secara utuh dan bekerjasama dengan tim perawatan ruang intensif ( (Rippin, 2016)

Defenisi PFCC sendiri menurut The institute for patient-and-Family-Centered Care adalah “*an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health care providers, patients, and families.*” dan hasil yang di harapkan berupa “*better health outcomes and wiser allocation of resources, and greater patient and family satisfaction.*” (IPFCC,2010) .

Beberapa penelitian telah mengkaji keutungan penerapan perawatan berbasis PFCC, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh (Ahrens, Yancey, & Kollef, 2003) terhadap efek komunikasi tim kesehatan (dokter dan perawat) kepada pasien dan keluarga terhadap lama tinggal (*Length of stay*) dan pembiayaan pada pasien mendekati kematian ( *End of Life*) di area intensif, di dapatkan hasil dibandingkan kelompok kontrol, kelompok intervensi memiliki *Length of Stay (LOS)* lebih singkat dengan pembiayaan lebih rendah. Penelitian lainnya oleh (Lorenz & Greenhouse, 2010) mengungkapkan terjadinya peningkatan kualitas layanan tanpa di sertai peningkatan biaya setelah 4 tahun penerapan PFCC di pelayanan *trauma*

*care*. Begitu juga penelitian (Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009) yang melakukan evaluasi terhadap keberadaan *Family Center-Care* (FCC) terhadap hubungan kolaborasi perawat dan keluarga pasien dalam menunjang perawatan pasien, didapatkan hasil bahwa kerjasama yang dilakukan dapat meningkatkan rasa hormat, kerjasama serta dukungan terhadap keluarga dan pasien.

Manfaat PFCC telah terbukti menunjang perawatan pasien, namun kenyataannya penerapannya di lingkungan intensif dewasa berbagai negara masih menemukan berbagai kendala. (Noordermeer, Rijpstra, Newhall, Pelle, & Meer, 2013; Yin, Lee, & Lau, 2003; Lind & Hevrøy, 2012)

#### **5.4. STRES DAN KECEMASAN PADA KELUARGA DI PERAWATAN INTENSIF**

Pada dasarnya penyakit kritis sering terjadi secara tiba-tiba, sehingga pasien ataupun keluarga tidak memiliki persiapan (Hughes, Robbins & Bryan, 2004). Ketidaksiapan keluarga dalam menghadapi kondisi tersebut dapat mempengaruhi kondisi fisik dan mentalnya.

Mengenai kondisi fisik pada keluarga, studi yang dilakukan oleh Horn & Tesh (2000) tentang efek

hospitalisasi pada keluarga di perawatan kritis di Inggris di dapatkan hasil 80% dari keseluruhan responden (50 orang) dalam kondisi kurang tidur, 62 % gangguan nafsu makan, 42% mengalami gangguan pencernaan dan ketidaknyamanan pada perut, 56% dalam kondisi sangat lelah. Sedangkan (Day, Haj-bakri, Lubchansky, & Mehta, 2013) mengkaji faktor yang berkontribusi terhadap kurang tidur keluarga adalah kecemasan (43,6%), ketegangan (28,7%) dan ketakutan (24,5%). Kondisi fisik yang dalam keadaan tidak stabil, serta kekhawatiran terhadap kondisi pasien membuat keluarga pasien yang di rawat di ICU rentan terhadap risiko gangguan psikologis seperti stress, kecemasan hingga depresi baik selama bahkan setelah keluar dari area perawatan intensif .

Gangguan psikologis pada keluarga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan juga perjalanan penyakit pasien. Hal tersebut dijelaskan pada 2 Penelitian yang menyatakan bahwa tingkat stress yang tinggi te(Day et al., 2013)rdapat pada data demografi wanita, pendidikan rendah dan proses masuk ICU yang tiba - tiba atau tidak di rencanakan, serta pemberian informasi yang tidak lengkap (Day et al., 2013; McAdam,aria & Puntillo.2009)



## **ASUHAN KEPERAWATAN**

### **6.1.PENGAJIAN KEPERAWATAN**

Perawat mengumpulkan semua data yang relevan yang berhubungan dengan status kesehatan pasien.

Kriteria pengkajian:

1. Data dikumpulkan bersumber dari pasien, keluarga, pemberi layanan kesehatan lainnya untuk mengembangkan gambaran holistik tentang kebutuhan pasien.
  2. Prioritas kegiatan pengumpulan data mengacu pada karakteristik pasien yang terkait dengan kondisi dan kebutuhan yang segera harus diantisipasi
  3. Data yang relevan dan memadai dikumpulkan dengan menggunakan teknik dan instrumen yang sesuai
  4. Menggunakan model analitik dan *problem-solving*
  5. Mendokumentasikan seluruh data yang relevant
  6. Data yang relevan dkomunikasikan dengan layanan kesehatan lain yang terkait.
- a. Karakteristik biologis
- 1) Umur
  - 2) Jenis kelamin

- 3) Status perkembangan
  - 4) Fungsi tubuh (*balance or imbalance*)
- b. Karakteristik psikologis
- 1) Komponen konsep diri
  - 2) Spiritual, nilai dan kepercayaan
  - 3) Lokus of kontrol
  - 4) Mekanisme koping
  - 5) Peran dan konflik
  - 6) Persepsi terhadap penyakit
  - 7) intelektual
- c. Aspek sosial
- 1) Hubungan interpersonal
  - 2) Keberadaan support sistem
- d. Lingkungan
- 1) Kebudayaan, etnis dan pengaruh sosial
  - 2) Area dan kondisi lingkungan ruang perawatan
  - 3) Akses terhadap komunitas tempat tinggal (transportasi, makanan, sanitasi)
  - 4) Akses terhadap area rekreasi
  - 5) Anggota perkumpulan sosial atau aktifitas spiritual
- e. Kesehatan
- 1) Kondisi kesehatan, status mental dan spiritual sekarang dan sebelumnya
  - 2) Gaya hidup
  - 3) Tipe mekanisme koping
  - 4) Sikap terhadap kehidupan

## **6.2.DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Perawat melakukan analisa data dan menentukan masalah keperawatan

Kriteria Diagnosa :

1. Diagnosa atau masalah keperawatan berasal dari data pengkajian yang telah dikumpulkan
2. Diagnosa keperawatan selalu divalidasi selama interaksi dengan pasien, keluarga dan pemberi layanan kesehatan lainnya.
3. Diagnosa dan masalah keperawatan diprioritaskan dan didokumentasikan untuk mempermudah memprioritaskan hasil dan mengembangkan atau memodifikasi rencana.

Contoh Masalah keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan psikososial dan spiritual di ICU

1. Duka Cipta adaptif
2. Kecemasan
3. Gangguan citra tubuh
4. Hambatan komunikasi verbal
5. Keputusanasaan
6. Gangguan Harga diri
7. Distress spiritual
8. Gangguan tidur
9. Kurang informasi

### 6.3.INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan perawat pada asuhan Keperawatan kritis berkaitan dengan aspek psikososial pasien Berdasarkan *Nursing Interventions Classification (NIC)* antara lain:

1. Pengurangan kecemasan
2. Dukungan pengambilan keputusan
3. Dukungan emosional
4. Peningkatan keterlibatan keluarga
5. Fasilitasi kehadiran keluarga
6. Perlindungan terhadap hak pasien

Intervensi perawat untuk memenuhi kebutuhan informasi pasien dan keluarga di area intensif menurut Urden, Stacy & Lough (2010) adalah

1. Pilih pertanyaan dengan kalimat terbuka
2. Berikan gambaran yang lebih realistis secara jujur kepada pasien dan keluarga untuk membantu mereka memahami situasi yang sedang berlangsung
3. Berikan informasi faktual tentang progres pasien harian ataupun perjam
4. Berikan informasi yang dapat dimengerti dengan kata-kata yang mudah dipahami
5. Berikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan harapan.
6. Persiapkan pasien dan keluarga saat kunjungan pertama

7. Jelaskan kepada keluarga kemungkinan tampilan pasien, tujuan peralatan yang digunakan dan peran keluarga pada saat jam kunjungan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adamik, B. (2013). Mechanical ventilation in ICUs in Poland : A multi-center point-prevalence study. *Med Sci Monit*, 424-429. <https://doi.org/10.12659/MSM.883930>
- Ahrens, T., Yancey, V., & Kollef, M. (2003). IMPROVING FAMILY COMMUNICATIONS AT THE END OF LIFE : IMPLICATIONS FOR LENGTH OF STAY, (800), 317-324.
- Anadarajah, G. (2010). Spirituality and Medical Practice : Using the HOPE Questions as a Practical Tool. *American Family Physician*, 63(1), 81-88.
- Bastian, Suryani Suryani, E. E. (2016). Pengalaman pasien yang terpasang ventilator. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, Vol 4(1).
- Bishop, S. M., Walker, M. D., & Spivak, I. M. (2013). Family Presence in the Adult Burn Intensive Care Unit During Dressing Changes, (800), 14-24. <https://doi.org/10.4037/ccn2013116>
- Cutler, L. R., Hayter, M., & Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001>
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... 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 2004 -2005, 35(2), 605-622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- Day, A., Haj-bakri, S., Lubchansky, S., & Mehta, S. (2013). Sleep , anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*, 17(3), R91. <https://doi.org/10.1186/cc12736>

Depkes. STANDAR PELAYANAN KEPERAWATAN DI ICU (2006).

Donia R Baldacchino MSc, PhD, Cert Ed, R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7 July 2006), 885–896. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x>

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Nostro, A. Lo, Valoti, P., Baldereschi, G., Bari, M. Di, ... Marchionni, N. (2006). Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot , Randomized Trial. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>

Gianinni.A. (2007). Open intensive care units: the case in favour, 73(5), 299–306.

Gonzalez, C. E., Carroll, D. L., Elliott, J. S., Fitzgerald, P. A., & Heather, J. (2004). V isiting P References Of P Atients In The I Ntensive C Are U Nit And In A C Omplex C Are M Edical U Nit, (800), 194–198.

Hamid.A.Y. (1999). *Buku ajar aspek spiritual dalam keperawatan*. Widya Medika.

Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 36(June 2011), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.012>

J Jacka, M. (2016). “Incidence and Prevalence of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder Among Critical Care Patients, Families, and Practitioners.” *Journal of Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 1(1), 1–4. <https://doi.org/10.19080/JAICM.2016.01.555555>

Johansson, Bergbom, & Waye. (2012). The sound environment in an ICU patient room—A content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(5), 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.03.004>

- Khazali, K., & Shamse, M. (2006). Evaluation of Stress Factors in ICU and CCU Patients with Emphasis upon Their Religious Beliefs. *Iranian Heart Journal*, 7(3), 25–37.
- Kirchhoff, K. T., & Dahl, N. (2006). American Association Of Critical-Care Nurses' National Survey of Facilities and Units Providing Critical Care, (800), 13–28.
- Ku, Y. (2017). iMedPub Journals Literature Review on Spiritual Care in Nursing Concept Analysis of Spiritual Care Spiritual Care on the Clinical Settings, 1–4. <https://doi.org/10.21767/2574-2825.1000005>
- Lind, R., & Hevrøy, O. (2012). Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients, 20(1), 61–71.
- Lorenz, H., & Greenhouse, P. K. (2010). THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION A Patient-Centered Model to Improve Metrics Without Cost Increase Viewing All Care Through the Eyes of Patients and Families, 40(12), 540–546. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181fc1>
- Mcadam, J. L. (2008). Unrecognized contributions of families in the intensive care unit, 1097–1101. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1066-z>
- Mcgiffin, J. N., Galatzer-levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2016). Is the Intensive Care Unit Traumatic? What We Know and Don ' t Know About the Intensive Care Unit and Posttraumatic Stress Responses, 61(2), 120–131.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). ON F AMILY -C ENTERED C ARE, (800), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Noordermeer, K., Rijpstra, T. A., Newhall, D., Pelle, A. J. M., & Meer, N. J. M. Van Der. (2013). Visiting Policies in the Adult Intensive Care Units in the Netherlands: Survey among ICU Directors, 2013, 4–7.

- Paldon.T, Devi.E, & Castelino.F. (2014). A Studi to assess the stressors of the intensive care unit patients' and to compare these with the nurses' perception in selected hospitals. *International Journal of Nursing Education*, 6(1).
- Pang, P. S. K. and Suen, L. K. P. (2008). Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2681-2689. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02280.x>
- Patak, L., Wilson-Stronks, A., & Costello, J. (2010). Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action. *J Nurs Adm.* <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181b414ca>
- Patak L, & A Gawlinski. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart Lung*, 33(5), 308-20.
- Rattray, J., & Johnston, M. (2004). The Intensive Care Experience: Development of the ICE Questionnaires. . . *Journal of Advance Nursing*, 1(47), 675-678.
- Rippin, A. (2016). Evidence-Based Design: Structuring Patient- and Family-Centered ICU Care, 18(1), 73-76. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.01.sect1-1601>.
- Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment \*, 10-15.
- Seven-Tore.Fredriksen, & C.Ringsberg, K. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.09.002>
- Sole, M. Lou, Klein, D., & Marthe Moseley. (2016). *Introduction to Critical Care Nursing 7th Edition*. Saunders.
- Terry, & Lee, C. (2013). *Keperawatan Kritis: Demystified*. Yogyakarta: Rapha Publishing.

- Topçu, S., Alpar, Ş. E., Gülseven, B., Kebapçı, A., & Kebapçı, A. (2017). Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal*, 4(3), 115-127. Retrieved from <http://pxjournal.org/journal%0Ahttp://pxjournal.org/journal/vol4/iss3/17>
- Torpy, J. . (2009). Intensive Care Units. *The Journal of the American Medical Association*, 301(12).
- Turan, Türkan and Yavuz Karamanoğlu, A. (2013). Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*, 18(2), 70-78. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00538.x>
- Urden, L.D., Stacy.KM, L. M. (2010). *Critical care Nursing: Diagnosis and Management. Sixth edition*. Mosby, Elsevier Inc.
- Yava A, Tosun N, Ünver V, Ç. H. (2011). Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress Health*, 2(27).
- Yin, L., Lee, K., & Lau, Y. E. E. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong, (852), 490-500.