

Implementasi Reorientasi Pasien Delirium Melalui Rekaman Suara Keluarga di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo: Case Study

Dicha Choirunnisa¹, Sidik Awaludin², Aji Kurniawan³

^{1,2}Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman

³Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

e-mail: dichaa.ch@gmail.com

ABSTRACT

Background. Delirium in critically ill patients who have decreased consciousness is a case that's found in the ICU. Disorientation and anxiety are common characteristics shown in delirium patients. Collaboration between nurses and patients can be done by giving reorientation through voice recording of family members in delirium patients in the ICU.

Methods. Implementation is carried out using experimental studies with a pre-post control group. Six patients were selected by simple random sampling technique which was divided into three groups. The criteria for patients in implementation included, patients aged > 18 years, entering the ICU within ≤ 24 hours, and positive delirium based on the score of the Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) assessment.

Results. There was a change in the family voice intervention group with an RASS rating scale. But in the three groups, patients were still diagnosed with delirium positive after being given an implementation based on the CAM-ICU rating scale.

Conclusion. Giving reoriented message recordings using family voice can be used to reduce symptoms of delirium in patients undergoing treatment in the ICU.

Keywords: Delirium, Reorientation, Family voice recording

PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) adalah ruang rawat inap di rumah sakit yang dilengkapi staf dan peralatan khusus untuk merawat pasien dengan perubahan fisiologis atau dalam keadaan kritis (Rab, 2007). Salah satu bagian ruang lingkup pelayanan ICU adalah memberikan bantuan psikologis pada pasien dan keluarga yang kehidupannya sangat bergantung pada obat, alat, dan mesin (Direktur Jenderal

Bina Upaya Kesehatan, 2011). Kehadiran dan interaksi keluarga dapat menjadi pilihan untuk membantu memperbaiki kondisi psikologis pasien ICU terutama mereka yang terpasang peralatan khusus seperti ventilator mekanik (Munro *et al*, 2017; Trzepacz, *et al*, 2010).

Penurunan kesadaran merupakan gambaran kondisi pada sebagian besar pasien kritis di ruang ICU. Delirium pada pasien kritis yang mengalami penurunan kesadaran menjadi kasus

yang banyak ditemukan pada 20% pasien yang tidak terpasang ventilator mekanik dan 80% pasien yang terpasang ventilator mekanik (Pol, *et al*, 2017). Tanda yang berfluktuasi menyebabkan delirium sulit diketahui, dimana beberapa gejala delirium menunjukkan gambaran hiperaktif (agresif, gemetar), hipoaktif (tenang, pasif), dan campuran (Adiwinata, Oktaliansah, Maskoen, 2016). Delirium pada pasien ICU dihubungkan dengan pemanjangan lama hari perawatan, biaya pengobatan yang semakin tinggi, memperlambat pemulihan fungsional tubuh, dan peningkatan angka morbiditas serta mortalitas (Adiwinata, Oktaliansah, Maskoen, 2016).

Disorientasi merupakan gambaran yang banyak ditemukan pada pasien delirium di ruang ICU. Salah satu tindakan perawat untuk mengurangi disorientasi pasien delirium di ruang ICU adalah reorientasi. Perawat dapat berkolaborasi dengan keluarga untuk memberikan reorientasi pada pasien delirium di ruang ICU. Reorientasi yang dilakukan keluarga dapat lebih efektif karena membuat pasien merasa lebih aman dan nyaman, serta membantu mengakurasi kembali stimulus dari lingkungannya (Munro, *et al*, 2017).

Kebijakan rumah sakit yang membatasi waktu keluarga untuk menemani pasien di ruang ICU, dapat mengurangi intensitas dalam melakukan reorientasi. Pemberian rekaman reorientasi dengan suara keluarga dapat menjadi pilihan dalam melakukan reorientasi pada pasien delirium di ruang ICU. Reorientasi dengan rekaman suara keluarga lebih cepat menurunkan lama hari delirium dibandingkan yang tidak diberikan reorientasi (Munro, *et al*, 2017).

Tujuan implementasi reorientasi melalui rekaman suara anggota keluarga pada pasien delirium adalah untuk mengetahui pengaruhnya terhadap tingkat kesadaran pada pasien delirium di ruang ICU Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo. Adapun manfaat implementasi pada pasien delirium yakni mengurangi kecemasan, membantu pemulihan kondisi pasien, dan memperpendek lama hari perawatan.

METODOLOGI PENELITIAN

Implementasi dilakukan menggunakan studi eksperimental dengan pendekatan *pre-post control group*. Pengumpulan data dilaksanakan pada Juli 2019 di Ruang ICU, RSUD Prof. Dr. Margono

Soekarjo Purwokerto. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di ruang ICU, dengan jumlah sampel sebanyak 6 pasien yang dipilih menggunakan teknik *simple random sampling*. Sampel dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, kelompok intervensi suara keluarga, kelompok intervensi suara tidak dikenal, dan kelompok kontrol yang masing-masing kelompok sebanyak 2 pasien.

Kriteria pasien dalam implementasi meliputi, pasien berumur > 18 tahun, masuk ICU dalam waktu ≤ 24 jam, dan positif delirium berdasarkan skor penilaian *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU). Skala penilaian CAM-ICU digunakan untuk penilaian tingkat kesadaran pasien di ICU, yang didalamnya terdapat komponen penilaian dengan skala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS).

Rekaman suara diberikan menggunakan *headset* yang ditempelkan di lubang telinga pasien, dengan pesan reorientasi yang sudah dimodifikasi kedalam bahasa yang disesuaikan dengan budaya pasien. Skala penilaian menggunakan CAM-ICU yang dilakukan sebelum dan dihari terakhir implementasi.

Prinsip implementasi pemberian pesan menggunakan audio visual berdasarkan penelitian Munro, *et al* (2017). Sehingga pada kelompok intervensi suara keluarga, rekaman suara keluarga akan diberikan setiap jam selama 5 jam, serta reorientasi langsung oleh keluarga pasien selama 3 jam. Kelompok suara tidak dikenal akan diberikan rekaman suara peneliti setiap jam, dan diberikan selama 8 jam per hari. Sedangkan pada kelompok kontrol akan diberikan terapi standar dengan pemberian komunikasi terapeutik dari keluarga dan perawat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil implementasi yang dilakukan mendapatkan karakteristik responden pada masing-masing kelompok sejumlah 2 pasien. Karakteristik responden pada kelompok intervensi suara keluarga didapatkan hasil pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang (100%), bersuku jawa (100%), dengan masing-masing usia pasien adalah 63 tahun (50%) dan 64 tahun (50%).

Tabel 1. Karakteristik Pasien Kelompok Intervensi Suara Keluarga

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	100
	Perempuan	0	0
Usia	63 tahun	1	50
	64 tahun	1	50
Suku	Jawa	2	100

Karakteristik responden pada kelompok intervensi suara tidak dikenal didapatkan hasil pasien berjenis kelamin perempuan sebanyak 2 orang (100%), bersuku jawa (100%), dengan masing-masing usia pasien adalah 41 tahun (50%) dan 47 tahun (50%).

Tabel 2. Karakteristik Pasien Kelompok Intervensi Suara Tidak Dikenal

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	0	0
	Perempuan	2	100
Usia	41 tahun	1	50
	47 tahun	1	50
Suku	Jawa	2	100

Karakteristik responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil pasien berjenis kelamin perempuan sebanyak 2 orang (100%), bersuku jawa (100%), dengan masing-masing usia pasien adalah 47 tahun (50%) dan 55 tahun (50%).

Tabel 3. Karakteristik Pasien Kelompok Kontrol

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	0	0
	Perempuan	2	100
Usia	47 tahun	1	50
	55 tahun	1	50
Suku	Jawa	2	100

Pemberian rekaman suara dilakukan setiap jam selama 8 jam per hari, dan dilakukan selama 2 hari. Pesan suara diberikan saat pasien terbangun supaya tidak mengganggu pola tidurnya. Rekaman suara diberikan menggunakan *headset* dengan frekuensi suara 20 – 20.000 KHz yang ditempelkan di lubang telinga pasien, dengan pesan reorientasi yang sudah dimodifikasi kedalam bahasa yang disesuaikan dengan budaya pasien. Skala penilaian menggunakan CAM-ICU yang dilakukan sebelum dan dihari terakhir implementasi untuk mengetahui efektifitas pemberian rekaman pesan suara reorientasi.

Responden penelitian terbagi dalam 3

kelompok yaitu, kelompok kontrol, kelompok intervensi suara keluarga, kelompok intervensi suara tidak dikenal. Kelompok kontrol akan diberikan terapi standar dengan pemberian komunikasi terapeutik dari keluarga pada saat jam kunjung dan perawat. Kelompok suara tidak dikenal, akan diberikan rekaman suara peneliti selama 1 menit 16 detik setiap jam, dan diberikan selama 8 jam per hari. Sedangkan kelompok suara keluarga, akan diberikan rekaman suara keluarga dengan rata-rata lama rekaman kurang dari 2 menit setiap jam, selama 5 jam, serta dilakukan reorientasi langsung oleh keluarga pasien selama 3 jam.

Tabel 4. Hasil Setelah Implementasi

No.	Kelompok	Nilai CAM-ICU	Skor RASS
1.	Intervensi Suara Keluarga:		
	- Tn. S	Positif	2
	- Tn. M	Positif	2
2.	Imntervensi Suara Tidak Dikenal:		
	- Ny. H	Positif	-2
	- Ny. N	Positif	-1
3.	Kontrol:		
	- Ny. P	Positif	2
	- Ny. J	Positif	3

Hasil implementasi menunjukkan bahwa nilai CAM-ICU tidak mengalami perubahan yang signifikan pada ketiga kelompok. Hal tersebut dikarenakan waktu pengamatan yang relatif singkat.

Namun pada bagian skor RASS, kelompok intervensi dengan suara keluarga dan dan suara tidak dikenal mengalami perubahan.

Perubahan nilai CAM-ICU tidak mengalami perubahan yang signifikan pada 3 kelompok. Hal ini dikarenakan onset pasien delirium yang berfluktuasi dan dipengaruhi oleh prognosis penyakit. Selain itu, pasien yang masuk kategori kelompok intervensi suara keluarga masih mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS 9 pada hari terakhir implementasi sehingga kesulitan untuk dilakukan komunikasi secara verbal. Namun pada skor RASS, pasien kelompok intervensi suara keluarga dan kelompok suara tidak dikenal mengalami perubahan. Perubahan tersebut dapat terlihat dari aktivitas motoriknya yang menunjukkan penurunan gejala delirium.

Delirium adalah sindrom neuropsikiatrik dengan onset akut dan berfluktuasi, yang secara klinis ditandai adanya perubahan kesadaran, perhatian, disorientasi, memori, pikiran, dan perilaku (Cerejeira & Ladinska, 2011).. Resiko munculnya delirium diinterpretasikan sebagai pengaruh dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Prosedur bedah dan dalam perawatan ICU menjadi salah satu faktor presipitasi munculnya delirium, disamping adanya faktor predisposisi lain seperti usia, riwayat genetik,

penyakit medis yang muncul dalam waktu bersamaan (Inouye, 2006).

Salah satu gangguan kognitif gangguan orientasi atau disorientasi. Gejala ini muncul pada pasien delirium, yang ditandai adanya penurunan kesadaran dan gangguan memori terhadap waktu, tempat, dan orang (Cerejeira & Ladinska, 2011). Beberapa gejala delirium juga menunjukkan gambaran hiperaktif (agitasi, takikardi, gemetar), hipoaktif (tenang, pasif), dan campuran. Onset delirium yang berfluktuasi menyebabkan delirium sulit untuk diketahui (Adiwinata, Oktaliansah, Maskoen, 2016).

Delirium menjadi suatu kelainan serius pada pasien ICU yang berhubungan dengan pemanjangan lama hari perawatan, biaya pengobatan yang lebih tinggi, memperlambat pemulihan fungsional tubuh, dan peningkatan angka morbiditas serta mortalitas (Adiwinata, Oktaliansah, Maskoen, 2016). Disorientasi menjadi gambaran umum yang banyak ditemukan pada pasien di ruang ICU. Adanya gangguan kognitif yang dibiarkan dapat berangsur menurunkan fungsi kognitif pasien yang dinilai setelah satu tahun lepas dari perawatan ICU (Widodo, 2014).

Salah satu bentuk pelayanan ruang ICU adalah membeirkan bantuan psikologis pada pasien dan keluarga yang kehidupannya sangat bergantung pada obat, alat, dan mesin (Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2011). Intervensi psikologis pada pasien delirium menjadi alternatif tindakan non-farmakologis untuk mengurangi prognosis delirium pada pasien ICU (Wade, *et al*, 2012). Pemberian reorientasi merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat membantu memperbaiki kondisi psikologis pasien delirium di ruang ICU (Munro, *et al*, 2017).

Disorientasi menjadi salah satu gambaran yang sering muncul pada pasien delirium. Stres juga dapat dialami pasien ICU yang menerima perawatan intensif menggunakan peralatan khusus seperti, ventilator mekanis (Munro, *et al*, 2017). Dukungan dari lingkungan sekitar dapat menjadi pilihan terapi non-farmakologis pada pasien delirium di ruang ICU (Trzepacz, *et al*, 2010). Dukungan kognitif dan emosional dari orang-orang penyakit serta sulitnya mengkaji delirium pasien ICU, menyebabkan peneliti mengalami kesulitan dalam memulai implementasi pada waktu yang

terdekat pasien dapat dilakukan dengan membantu reorientasi pada pasien selama perawatan (Trzepacz, *et al*, 2010).

Reorientasi yang diberikan pada pasien delirium akan membantu mengembalikan memori pasien terhadap lingkungan sekitarnya. Berbeda dengan pasien kelompok kontrol, pasien kelompok intervensi mengalami perubahan skor RASS yang lebih cepat. Pemberian pesan reorientasi melalui rekaman yang terjadwal akan mempercepat proses pengenalan kembali pasien terhadap lingkungannya, dikarenakan informasi yang diberikan terstruktur dan terjadwal (Munro, *et al*, 2017). Reorientasi yang dilakukan orang-orang terdekat pasien seperti keluarga juga akan membuat pasien lebih merasa aman dan nyaman (Trzepacz, *et al*, 2010).

KETERBATASAN PENELITIAN

Kondisi pasien yang banyak mengalami perbaikan tingkat kesadaran dengan cepat saat proses pemulihan sedasi pasca operasi ataupun prognosis telah ditentukan. Selain itu, gambaran pasien yang mengalami fluktuasi pada aktivitas motoriknya juga menyulitkan untuk menegakkan diagnosa delirium

pada pasien di ICU. Kemudian, tidak ada standar baku untuk media yang digunakan juga menyulitkan untuk menentukan volume suara yang tepat didengarkan pada pasien terutama pasca operasi kraniotomi.

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil implementasi menunjukkan terdapat penurunan skor RASS pada kelompok intervensi suara keluarga. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian rekaman pesan reorientasi menggunakan suara keluarga dapat digunakan untuk menurunkan gejala delirium pada pasien di ruang ICU.

DAFTAR PUSTAKA

Adiwinata, R., Oktaliansah, E., & Maskoen, T. T., 2016, Angka Kejadian Delirium dan faktor Risiko di *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung, *Jurnal Anestesi Perioperatif*, vol. 4, no. 1, hh. 36-41.

Cerejeira, J., & Ladinska, E. B. M., 2011, A Clinical Update on Delirium: From Early Recognition to Effective Management, *Nursing Research*

Rumah sakit direkomendasikan untuk lebih memperhatikan kondisi psikologis pasien terutama yang sedang menjalani perawatan di ICU. Kolaborasi antara perawat dan keluarga pasien dalam memberikan reorientasi juga disarankan untuk mengurangi kecemasan, sehingga mempercepat proses pemulihan kondisi fisiologis pasien kritis di Ruang ICU. Penilaian tingkat kesadaran pasien yang teridentifikasi delirium dapat menggunakan skala penilaian GCS, atau menyediakan format penilaian CAM-ICU agar pelaksanaan implementasi lebih mudah.

and Practice,
doi:10.1155/2011/875196.

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2011, Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

Inouye, S.K, 2006, Delirium in Older Persons, *The New England Journal of Medicine*, vol. 354, no. 11, hh. 1157-1165.

Munro, C. L., *et al.*, 2017, Delirium Prevention in Critically Ill Adults Through An Automated Reorientation Intervention – A

- Pilot Randomized Controlled Trial, *The Journal of Heart and Lung*, vol. 46, no. 4, hh. 234-238.
- Pol, I. V. D., *et al.*, 2017, Effect of Nocturnal Sound Reduction on The Incidence of Delirium in Intensive Care Unit Patients: An Interrupted Time Series Analysis, *Journal of Intensiive and Critical Care Nursing*, vol. 41, hh. 18-25.
- Rab, T, 2007, *Agenda Gawat Darurat (Ciritical Care) Jilid I, Edisi 2*, PT Alumni, Bandung.
- Trzepacz, P., *et al*, 2010, *Practice Guideline for The Treatment of Patients With Delirium*, American Phychiatric Association, Philadelphia.
- Widodo, U, 2014, Nyeri, Agitasi dan Delirium pada Pasien Kritis di *Intensive Care Unit (ICU)*, *Jurnal Komplikasi Anestesi*, vol. 1, no. 3, hh. 51-55.