

# UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

KOMUNIKASI VERBAL YANG DIGUNAKAN OLEH  
JURURAWAT KEPADA PESAKIT TIDAK SEDAR DIRI ATAU  
DISEDASIKAN DI ICU, HUSM

Disertasi ini dipersiapkan untuk memenuhi  
sebahagian daripada syarat untuk penganugerahan  
Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan: Kejururawatan

**CHUA BEE ENG**

Pusat Pengajian Sains Kesihatan  
Universiti Sains Malaysia Kampus Kesihatan  
16150 Kubang Kerian, Kelantan  
Malaysia

**2005**

## AKU JANJI

Diperakui bahawa disertasi yang bertajuk: **Komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat kepada Pesakit tidak sedar diri atau disedasikan di Unit Rawatan Rapi Hospital Universiti Sains Malaysia** merupakan kerja dan penyelidikan yang asli dari **Chua Bee Eng No. matrik 65971** dari tempoh Mac 2004 hingga Mac 2005 adalah dibawah penyeliaan saya. Disertasi ini merupakan sebahagian daripada syarat untuk penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan Kejururawatan. Segala hasil penyelidikan dan data yang diperolehi adalah hak milik Universiti Sains Malaysia.



Tandatangan Penyelia

Puan Che Rabiaah binti Mohamed

Pensyarah Pusat Pengajian Sains Kesihatan

Universiti Sains Malaysia

13 April 2005

## PENGHARGAAN

Saya mengucapkan ribuan terima kasih kepada penyelia projek penyelidikan Puan Rabiah Binti Mohamad dari Pusat Pengajian Sains Kesihatan, Universiti Sains Malaysia di atas dorongan dan sokongan yang berterusan sepanjang pelaksanaan projek ini dan akhirnya saya dapat menghasilkan satu disertasi yang penting untuk diaplikasikan dalam bidang kejururawatan

Terima kasih juga diucapkan kepada Profesor Dr. Zainul Fadzirudin Zainudin, Dekan Pusat Pengajian Sains Kesihatan, Profesor Dr. Syed Mohsin Sahil Jamalullail, Timbalan Dekan Akademik dan Pembangunan Pelajar, Dr. Hj. Ramli Saad, Pengarah Hospital Universiti Sains Malaysia kerana membenarkan saya menjalankan projek penyelidikan dalam bidang pengkhususan saya nanti. Tidak lupa juga ucapan terima kasih saya kepada rakan-rakan yang telah banyak memberi pendapat, sokongan, bantuan dan selaku teman saya sepanjang projek penyelidikan ini dijalankan dari peringkat awal lagi sehinggalah ke akhir projek.

Akhir sekali dalam usaha saya menjalankan projek penyelidikan serta penulisan disertasi ini, saya sangat berbangga dengan sokongan dan rangsangan yang telah diberikan secara berterusan daripada ahli-ahli keluarga saya terutama suami (Teon Eng Ti) dan anak (Teon Xue Ying), kedua-dua ibubapa serta kawan-kawan seperjuangan saya yang dikasihi. Saya bersyukur kepada Tuhan kerana memberi kekuatan fizikal dan mental kepada saya untuk menjayakan projek penyelidikan sehingga menghasilkan satu disertasi yang sebegini rupa.

## JADUAL KANDUNGAN

### ISI KANDUNGAN

### MUKASURAT

Aku janji	i
Penghargaan	ii
Jadual kandungan	iii-vi
Senarai jadual	vii
Senarai rajah	viii
Senarai singkatan kata	ix
Abstrak	x-xi

### BAB 1: PENGENALAN

1.1	Pengenalan bab	1
1.2	Jenis-jenis komunikasi	2
1.3	Proses komunikasi	2-3
1.4	Kategori dan jumlah pesakit yang masuk ke ICU	3-6
1.5	Penyataan masalah	6-8
1.6	Objektif	8
1.7	Soalan penyelidikan	9
1.8	Kepentingan kajian	9-10
1.9	Definisi konsep	10-11
1.10	Limitasi	12-13

## **BAB 2: SEMAKAN BACAAN**

2.1	Pengenalan bab	14
2.2	Kepentingan komunikasi kepada pesakit	14-15
2.3	Tujuan jururawat berkomunikasi dengan pesakit di ICU	15-17
2.4	Masalah komunikasi verbal jururawat dengan pesakit	17-18
2.5	Impak kepada pesakit jika tidak mendapat maklumat yang lengkap	18-21

## **BAB 3: METODOLOGI**

3.1	Pengenalan bab	22
3.2	Reka bentuk kajian	22
3.3	Lokasi kajian	23
3.4	Sampel kajian	23-24
3.5	Instrumen kajian	24
3.6	Proses pengumpulan data	25-26
3.7	Data analisis	27
3.8	Kajian rintis	27-28
3.9	Pertimbangan etika	28
3.10	Carta aliran kajian	29

## **BAB 4: ANALISA DATA DAN KEPUTUSAN**

4.1	Pengenalan bab	30
4.2	Data demografi	31-32

4.3	Jumlah masa seorang jururawat melakukan tatacara dan berkomunikasi dengan pesakit dalam jangkamasa 2 jam	32-33
4.4	Perbandingan masa berkomunikasi dan melakukan tatacara	34
4.5	Jumlah masa berkomunikasi berdasarkan kumpulan tatacara	36
4.6	Tempoh masa melakukan tatacara	36-37
4.7	Tempoh masa jururawat berkomunikasi dengan pesakit	37-38
4.8	Kandungan komunikasi verbal	38-43
4.9	Rumusan	44

## **BAB 5: PERBINCANGAN**

		45
5.1	Pengenalan bab	
		46-47
5.2	Data demografi jururawat	
		47
5.3	Jumlah masa seorang jururawat berkomunikasi dengan pesakit semasa memberi jagarawatan dalam jangkamasa 2 jam	
		48-49
5.4	Jumlah masa berkomunikasi jururawat berdasarkan kumpulan tatacara	
		49
5.5	Tempoh masa yang diambil oleh jururawat untuk melakukan tatacara	
		50-52
5.6	Tempoh masa yang diambil oleh jururawat untuk berkomunikasi verbal dengan pesakit	
		53-56
5.7	Kandungan komunikasi yang dituturkan oleh jururawat	

## **BAB 6: CADANGAN DAN RUMUSAN**

6.1	Pengenalan bab	57
6.2	Langkah meningkatkan komunikasi verbal	57-60
6.3	Implikasi kejururawatan	60-62
6.4	Cadangan untuk penyelidik seterusnya	62-64
6.5	Kesimpulan	64-65

<b>RUJUKAN</b>	66-71
----------------	-------

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1	Senarai semakan
Lampiran 2	Borang keizinan jururawat
Lampiran 3	Data-data yang dikumpul

## SENARAI JADUAL

JADUAL		MUKASURAT
4.2	Data demografi	30
4.3	Jumlah masa seorang jururawat melakukan tatacara dan berkomunikasi dengan pesakit dalam jangkamasa 2 jam	31-32
4.4	Perbandingan masa untuk melakukan tatacara dan berkomunikasi	33
4.5	Jumlah masa berkomunikasi jururawat berdasarkan kumpulan tatacara	34
4.6	Tempoh masa melakukan tatacara	36
4.7	Tempoh masa jururawat berkomunikasi dengan pesakit	36



## SENARAI RAJAH

RAJAH	MUKASURAT
1.3 Proses komunikasi	3
1.4 Jumlah kemasukkan Pesakit ke ICU bagi Tahun 2002-2003	4

## SINGKATAN

ICU Intensive Care Unit (Unit Rawatan Intensif)

ABG Arterial Blood Gas

**KOMUNIKASI VERBAL YANG DIGUNAKAN OLEH JURURAWAT KEPADA PESAKIT TIDAK SEDAR DIRI ATAU DISEDASIKAN DI UNIT RAWATAN INTENSIF (ICU), HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA (HUSM).**

**ABSTRAK**

**PENDAHULUAN:** Komunikasi merupakan satu proses yang dinamik dan kompleks. Komunikasi memainkan peranan penting di dalam bidang kesihatan untuk menjalinkan perhubungan terapeutik dengan pesakit dan memberi sokongan emosi serta maklumat kepada pesakit. Pesakit memerlukan maklumat tentang keadaan penyakit, fizikal, prognosis dan tatacara yang akan dilakukan kepada mereka. Di ICU komunikasi verbal perlu diberi keutamaan kerana pesakit yang menggunakan bantuan ventilasi masih boleh mendengar walaupun mereka tidak sedar diri akibat dilumpuhkan atau disedasikan.

**OBJEKTIF:** Tujuan utama kajian ini adalah untuk mengukur tempoh masa dan mengenalpasti kandungan komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat semasa memberi jagarawatan kepada pesakit tidak sedar diri atau disedasikan di ICU.

**METODOLOGI:** Kajian deskriptif ini telah dijalankan terhadap 20 orang jururawat di ICU HUSM yang dipilih secara rawak bersistematik. Rakaman selama dua jam telah dilakukan untuk mengetahui kandungan komunikasi jururawat dengan pesakit. Kandungan komunikasi ditranskripsikan secara verbatim. Data demografi jururawat diperolehi selepas selesai rakaman dilakukan melalui temubual dengan jururawat atau

rekod peribadi jururawat. Data-data yang diperolehi direkodkan ke dalam senarai semakan.

**KEPUTUSAN:** Hasil daripada kajian ini, didapati 7 orang (35%) jururawat tidak berkomunikasi langsung semasa memberi jagarawatan kepada pesakit. Jururawat yang berkomunikasi dalam tempoh masa 1-180 saat terdiri daripada 13 orang (65%) bersamaan dengan min 29.15. Kandungan komunikasi jururawat dengan pesakit adalah untuk memaklumkan pesakit, memberi orientasi, memberi arahan, memberi sokongan emosi, pertanyaan dan perbualan sosial.

**KESIMPULAN:** Kajian ini menunjukkan bahawa jururawat kurang berkomunikasi dengan pesakit. Pesakit yang mendapat maklumat yang cukup boleh mengurangkan kesan psikologi seperti stres, ketakutan dan keresahan selepas keluar dari ICU. Jururawat memainkan peranan penting untuk memberi maklumat berkaitan kesihatan semasa, tatacara dan orientasi kepada pesakit. Penerangan yang efektif juga boleh membantu pesakit ke arah penyembuhan penyakit.

# **BAB 1**

## **PENGENALAN**

### **1.1 Pengenalan**

Komunikasi adalah dinamik dan kompleks. Komunikasi melibatkan perhubungan dua hala yang mana semua jenis maklumat akan dikongsi antara dua atau tiga individu. Semenjak kecil lagi kita telah belajar untuk berkomunikasi dengan orang lain. Ia bermula dengan penggunaan perkataan ringkas sehingga pembentukan ayat yang kompleks. Komunikasi merupakan satu proses yang komprehensif. Oleh itu ia memerlukan latihan supaya mesej dapat disampaikan dengan efektif. Secara am komunikasi boleh didefinisikan sebagai satu proses untuk memenuhi kehidupan harian individu dan menjalin perhubungan antara individu (Railey, 2000). Hagland (1995) menyatakan komunikasi adalah satu proses untuk jururawat menjalin perhubungan antara pesakit. Jururawat berkomunikasi untuk memberi penerangan dan sokongan emosi kepada pesakit dan keluarga pesakit.

Dalam bidang kejururawatan, komunikasi didefinisikan sebagai memberi maklumat, memberi pendidikan dan keyakinan semasa memberi jagarawatan kepada pesakit (Kozier et al., 2000). Komunikasi memainkan peranan penting dalam bidang profesional kejururawatan untuk memberi sokongan emosi dan membantu pesakit ke arah proses penyembuhan penyakit. Komunikasi juga penting untuk jururawat menyampai dan memberi laporan kepada jururawat lain dan doktor tentang keadaan am pesakit.

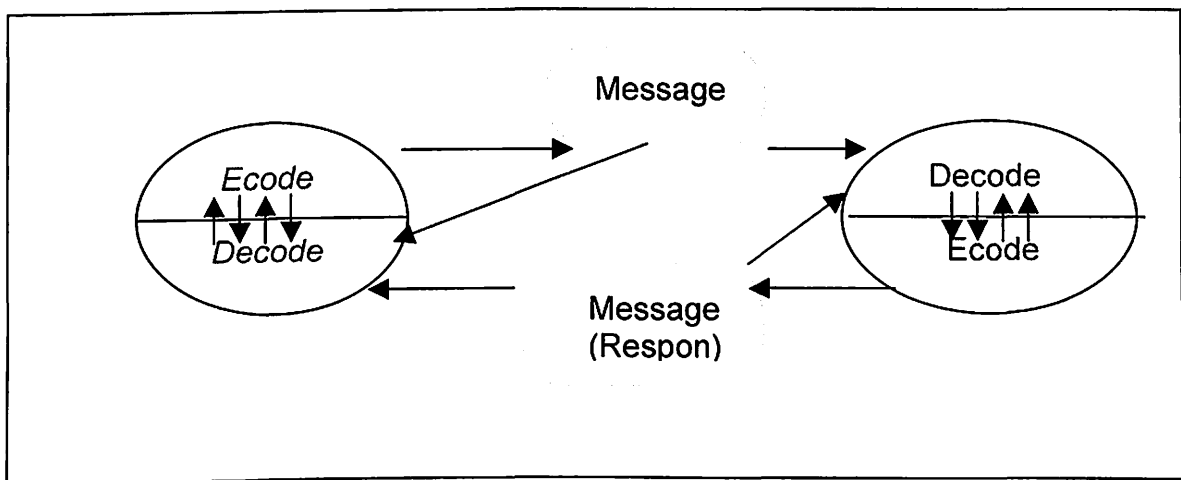
## 1.2 Jenis-Jenis Komunikasi

Komunikasi dikategorikan kepada dua jenis iaitu komunikasi verbal dan bukan verbal (Breu et al., 1996). Percakapan merupakan komunikasi verbal dan selain daripada percakapan seperti gerak badan, bacaan bibir, sentuhan dan mimik muka boleh dikategorikan kepada komunikasi bukan verbal (Fortinash dan Holoday-Worret, 2000). Penggunaan komunikasi verbal dan bukan verbal sama penting semasa jururawat memberi jagarawatan kepada pesakit di Unit Rawatan Intensif (ICU). Penggunaan komunikasi secara verbal perlu diberi keutamaan kerana pesakit yang menggunakan alat bantuan ventilasi mekanikal masih boleh mendengar walaupun tidak sedarkan diri atau disedasikan (Baker & Melby 1996). Serebrum pesakit perlu dirangsang supaya mereka tidak lupa akan peristiwa yang berlaku ke atas diri mereka selepas mereka keluar dari ICU (Elliott & Wright, 1999). Mengikut kajian yang dilakukan oleh Bergbom-Engberg dan Haljamae (2004), Higgins (1998), Menzel (1998) dan Leathart (1994), pesakit masih boleh menceritakan pengalaman mereka selepas keluar dari ICU.

## 1.3 Proses Komunikasi

Komunikasi yang melibatkan pertemuan (face to face) memerlukan penyampai, mesej, penerima dan respon (Railey, 2000). Komunikasi jenis ini merupakan komunikasi dua hala (rujuk rajah 1.3). Penyampai akan menyampaikan maklumat kepada penerima, penerima akan menerima maklumat tersebut dan memberi respon kepada penyampai. Ini menunjukkan *Encoding* mesej dari penyampai yang akan disampaikan kepada penerima. *Encoding* bermaksud pemilihan komunikasi yang sesuai untuk digunakan seperti bahasa dan nada suara. Kemudian penerima akan *decode* mesej tersebut dalam bahasa yang

difahami oleh penerima. Komunikasi yang efektif membolehkan penerima (pesakit) menaksir mesej yang disampaikan oleh jururawat ke dalam bentuk ayat yang boleh difahami oleh penerima dan memberi respon kepada penyampai. Di ICU, proses komunikasi hanya berlaku satu hala sahaja. Jururawat hanya menyampaikan maklumat kepada penerima (pesakit) dan maklumat tersebut boleh ditaksir oleh pesakit tetapi pesakit tidak boleh memberi tindakbalas kepada jururawat kerana pesakit dilumpuhkan dan terdapat tiub endotrakeal di mulut pesakit (Patak et al., 2004). Keadaan ini menghadkan komunikasi jururawat dengan pesakit yang mendapat rawatan di ICU.

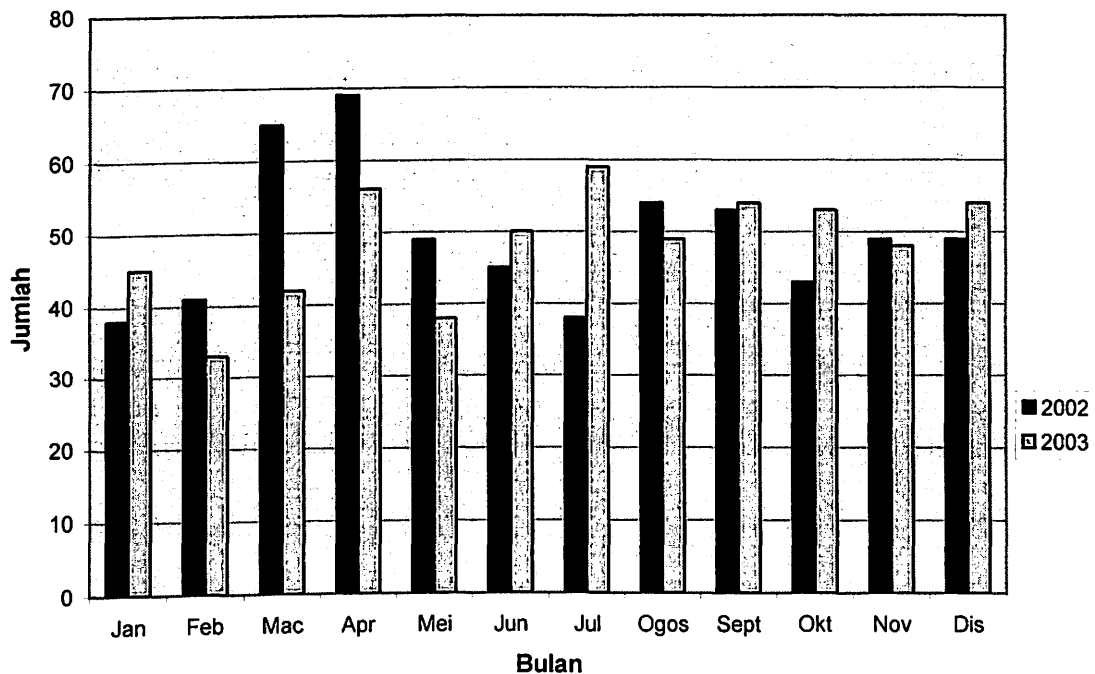


**Rajah 1.3: Proses Komunikasi (Adaptasi dari Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice, Kozier, B. 2000)**

#### **1.4 Kategori dan Jumlah Pesakit yang Masuk ke ICU, HUSM**

Unit Rawatan Intensif (ICU) adalah satu unit untuk memantau dan merawat pesakit yang memerlukan bantuan ventilasi mekanikal (Johansson, 2002). Di ICU Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), penerimaan kemasukan pesakit adalah tidak tetap setiap tahun iaitu seramai 593 orang pesakit pada tahun 2002 dan seramai 536 orang

pesakit pada tahun 2003 (rujuk rajah 1.4). Jenis-jenis kes yang biasa dimasukkan ke unit ini terdiri daripada kes medikal, surgikal, ortopedik, ortorinolaringologi, oftamologi dan pembedahan plastik serta kes-kes kelecuman. Unit ini juga menerima kemasukan kes bayi yang umurnya melebihi 31 hari yang memerlukan bantuan ventilasi mekanikal jika tiada katil di Unit Rawatan Intensif Neonat (NICU).



**Rajah 1.4: Jumlah Kemasukan Pesakit ke ICU bagi Tahun 2002-2003 (Adaptasi daripada Buku Rekod di ICU, HUSM)**

Walaupun ICU menerima pertambahan kemasukan pesakit setiap tahun, namun jururawat yang bertugas di unit ini masih kekurangan. Ini adalah kerana hanya 39 orang jururawat sahaja yang bertugas jika dibandingkan dengan kemasukan pesakit setiap tahun. Di dapati setiap syif hanya 7 atau 8 orang jururawat sahaja yang bertugas dan mereka



terpaksa menjaga 10 orang pesakit yang tenat. Ini menunjukkan kadar standard seorang jururawat perlu menjaga seorang pesakit atau dua orang pesakit yang kritikal (1:1 atau 1:2). Keadaan ini menyebabkan jururawat kesuntukan masa untuk berkomunikasi dengan pesakit yang tidak sedar diri akibat dilumpuhkan dengan ubat penghalang neuromuskular seperti pancurium bromide (Bergbom-Engberg dan Haljamae, 2004). Sesetengah jururawat didapati lebih mementingkan kerja daripada berkomunikasi dengan pesakit. Jururawat beranggapan bahawa tiada gunanya mereka bercakap dengan pesakit yang dilumpuhkan atau disedasikan kerana mereka tidak boleh memberi respon (Hagland,1995). Sebilangan jururawat pula, tidak suka berkomunikasi dengan pesakit dan memberi penerangan ringkas serta ayat tergantung yang sukar difahami oleh pesakit (Baker & Melby, 1996).

Pesakit yang dirawat di ICU hanya boleh mendengar dan menerima maklumat daripada ahli profesional kesihatan seperti doktor, jururawat dan fisioterapis tetapi mereka tidak boleh memberi tindakbalas. Keadaan ini boleh menyebabkan pesakit terasa tertekan selepas keluar dari unit ini (Breu et al. 1996). Komunikasi yang efektif memerlukan jururawat memberi maklumat secara lengkap, tepat dan boleh difahami oleh pesakit. Jururawat perlu mengelakkan daripada menggunakan bahasa perubatan yang tidak pernah didengari oleh pesakit sebelum ini (Happ, 2004). Jururawat perlu memanggil nama pesakit dan bukannya nama panggilan seperti makcik, pakcik, kakak, adik dan sebagainya untuk mengelakkan pesakit tersebut lupa akan diri mereka selepas discaj dari unit ini. Komunikasi merupakan cara terbaik dalam memberi orientasi kepada pesakit berhubung dengan keadaan mereka, persekitaran dan tatacara yang akan dilaksanakan ke atas mereka (Geisler, 2004). Nada suara yang lembut dan panggilan nama pesakit amat penting semasa berkomunikasi (Happ, 2004).

Alatan bantuan pernafasan seperti ventilator dan ubat bius yang diberikan kepada pesakit menyebabkan pesakit tidak boleh berkomunikasi dengan jururawat (Higgins, 1998). Ini disebabkan pesakit yang mendapat bantuan ventilasi mekanikal perlu dilumpuhkan sementara waktu dengan ubat penghalang neuromuskular seperti pancurium bromide supaya sistem pernafasan pesakit boleh direhatkan untuk mengurangkan bebanan semasa bernafas (Hafsteindottir, 1996). Selain itu, keadaan persekitaran yang bising dari bunyi alatan seperti monitor kardia merupakan faktor penghalang kepada komunikasi (Patak et al., 2004, Hafsteindottir, 1996 dan Happ et al., 2004). Jururawat yang prihatin mesti tahu keperluan pesakit dan bijak memberi penerangan kepada pesakit supaya mereka faham keadaan am mereka walaupun mereka dilumpuhkan atau disedasikan. Kita sebagai jururawat adalah perlunya lebih kerap berkomunikasi dengan pesakit untuk merangsangkan minda mereka dan membantu proses penyembuhan penyakit mereka serta untuk memenuhi keperluan fizikal dan psikologikal pesakit semasa mendapat rawatan di ICU (Spencer, Coiera dan Logan, 2004).

### **1.5 Penyataan Masalah**

ICU menerima pelbagai variasi pesakit untuk mendapat bantuan ventilasi mekanikal atau pemerhatian rapi tentang keadaan am mereka. Pesakit yang dimasukkan terdiri daripada kes kanak-kanak, remaja, dewasa dan orang tua. Semasa memberi jagarawatan kepada pesakit, ahli kesihatan menghadapi pelbagai masalah untuk berinteraksi dengan pesakit. Jururawat bertugas mengalami kesukaran untuk mendapat maklumat daripada pesakit sendiri dan terpaksa memperolehi maklumat daripada ahli keluarga pesakit (maklumat sekunder). Selain dari mengalami kesukaran memperolehi maklumat,

jururawat juga sukar untuk menyampaikan mesej kepada pesakit yang dilumpuhkan. Ini adalah pesakit yang dilumpuhkan tidak boleh memberi respon kepada jururawat.

Pengalaman penyelidik sendiri semasa bertugas selama lima tahun di ICU, mendapati kebanyakan jururawat yang bertugas kurang berkomunikasi dengan pesakit sedangkan komunikasi penting untuk pesakit mengetahui keadaan fizikal dan perkembangan kesihatannya. Jururawat yang bertugas hanya mementingkan perawatan ke atas pesakit sahaja. Komunikasi juga penting untuk pesakit mendapat penerangan dan maklumat yang lengkap tentang tatacara yang hendak dilakukan kepadanya. Penerangan yang lengkap boleh meningkatkan keselesaan pesakit serta pesakit boleh bekerjasama semasa tatacara dilakukan kepada mereka. Penerangan yang jelas daripada jururawat juga dapat meningkatkan kualiti perawatan kepada pesakit.

Komunikasi amat penting untuk menyampaikan mesej dan memberi maklumat kepada pesakit berkaitan dengan keadaan semasa mereka. Menurut Penyelia Jururawat Puan Rohani yang mengendalikan program *Continuous Nurse Education* (CNE) di HUSM, program CNE penting bagi jururawat tetapi sehingga sekarang masih tidak ada topik khusus untuk kursus komunikasi antara jururawat dengan pesakit. Pengalaman penyelidik sendiri sebagai pelajar diploma kejururawatan di Hospital Universiti Kuala Lumpur yang kini dikenali sebagai Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM), kursus khas untuk subjek komunikasi tidak ada dalam silibus pelajaran. Padahal subjek komunikasi penting untuk jururawat berinteraksi dengan pesakit, jururawat dengan jururawat dan jururawat dengan ahli kesihatan yang lain seperti doktor fisioterapis, jurupulih anggota dan lain-lain.

Komunikasi antara jururawat dan pesakit juga penting tanpa mengira tahap kesedaran pesakit samada sedar atau tidak sedar diri.. Pesakit tidak sedar diri atau disedasikan memerlukan maklumat dan penerangan lebih terperinci jika dibandingkan dengan pesakit sedar diri (Hagland, 1995 dan Happ et al., 2004). Pesakit sedar diri boleh melihat tatacara yang dilakukan kepada mereka dan boleh memberi respon kepada jururawat. Pesakit tidak sedar diri memerlukan penerangan berkaitan dengan penyakitnya dan rawatan yang akan diberi kepada mereka sama seperti pesakit sedar diri (Russell, 1998). Pesakit mendapat maklumat yang lengkap boleh mengurangkan ketakutan dan kebimbangan semasa mendapat rawatan di ICU.

Semasa menyampaikan laporan pesakit kepada jururawat syif seterusnya, jururawat juga memerlukan kemahiran untuk berkomunikasi supaya laporan yang disampaikan berkesan dan difahami oleh jururawat yang mengambil alih tugas tersebut. Penyelidik sedar akan betapa pentingnya komunikasi verbal untuk jururawat berinteraksi dengan pesakit, maka penyelidik berminat untuk mengukur tempoh masa dan mengenalpasti kandungan komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat kepada pesakit semasa melakukan tatacara atau semasa memberi jagarawatan kepada pesakit.

## **1.6 Objektif**

Berdasarkan masalah yang telah dikenalpasti, objektif kajian adalah seperti berikut:

- 1.6.1 Mengukur tempoh masa yang diambil oleh jururawat untuk berkomunikasi verbal semasa memberi jagarawatan kepada pesakit tidak sedar diri atau disedasikan.

- 1.6.2 Mengenalpasti kandungan komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat kepada pesakit tidak sedar diri atau disedasikan semasa memberi jagarawatan.

## **1.7 Soalan Penyelidikan**

Penyelidik perlu menjawab persoalan yang disenaraikan dibawah supaya objektif dalam kajian ini boleh tercapai.

- 1.7.1 Berapakah jumlah masa yang diambil oleh jururawat untuk berkomunikasi dengan pesakit semasa pesakit mendapat rawatan di ICU ?
- 1.7.2 Apakah kandungan komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat kepada pesakit tidak sedar diri atau disedasikan ?

## **1.8 Kepentingan Kajian**

Komunikasi amat penting untuk pesakit mendapat maklumat berkaitan dengan keadaan fizikal dan perkembangan kesihatan pesakit. Oleh itu, penyelidik mendapati kajian tersebut penting untuk profesional kesihatan terutamanya jururawat semasa menjaga pesakit di ICU. Diantara kepentingannya ialah :

- 1.8.1 Memberi kesedaran kepada para jururawat dan lain-lain staf kesihatan tentang kepentingan komunikasi verbal kepada pesakit yang tidak sedar diri atau disedasikan.
- 1.8.2 Membantu pesakit supaya mendapat kesempurnaan layanan dan perawatan semasa mendapat rawatan di ICU.

- 1.8.3 Meningkatkan kemahiran jururawat berkomunikasi secara efektif dengan pesakit yang dilumpuhkan atau disedasikan semasa jururawat melakukan tatacara.
- 1.8.4 Sebagai data asas bagi latihan kejururawatan merangka pelan latihan untuk bakal jururawat yang akan datang supaya mereka boleh berkomunikasi secara efektif dengan pesakit semasa mereka bertugas.
- 1.8.5 Sebagai garis panduan untuk penyelidik lain merancang dan melakukan kajian yang berkaitan dengan tajuk tersebut.

## **1.9 Definisi Konsep**

Berikut adalah konsep atau rangkaian kata yang membawa pengertian khusus dalam kajian ini.

### *1.9.1 Komunikasi verbal*

Percakapan yang diucapkan oleh jururawat kepada pesakit atau sebarang perbualan dan kata-kata yang keluar daripada mulut jururawat. Percakapan dalam bentuk verbal sahaja yang diambil kira dalam kajian ini.

### *1.9.2 Pesakit yang dilumpuhkan atau tidak sedar diri*

Pesakit yang dilumpuhkan dengan ubat penghalang neuromuskular (neuromuscular blocking) seperti pancurium bromide, norcuron atau tracrium dan akhirnya menyebabkan pesakit ini tidak sedar diri dan memerlukan bantuan ventilasi. Pesakit yang disedasikan pula bermaksud pesakit yang diberi ubat sedasi seperti dormicum atau morphine. Pesakit ini mempunyai separuh tahap kesedarannya.

### *1.9.3 Kursus pos basik*

Kursus pos basik membawa maksud kursus lanjutan yang diambil oleh jururawat berdaftar setelah mereka bekerja. Di HUSM, kursus lanjutan ini dikenali sebagai kursus *Critical Care Nursing* (CCN) dan tempoh pelajaran adalah setahun. Manakala, kursus lanjutan atau pos basik yang ditawarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), mengambil masa 6 bulan sehingga setahun. Kursus yang mengambil masa 6 bulan seperti kursus perawatan intensif, neonat, koronari dan kursus perbidanan memerlukan masa setahun.

### *1.9.4 Aktiviti hidup harian (activities of daily living-ADL)*

Aktiviti hidup harian adalah aktiviti yang perlu dilakukan oleh jururawat setiap hari seperti mandilap, memberi makanan melalui tiub nasogastrik, mengalih posisi pesakit, membalut tangan pesakit dan melakukan sedutan kahak.

### *1.9.5 Intervensi perawatan*

Intervensi perawatan adalah tatacara yang dilakukan oleh jururawat mengikut preskripsi doktor seperti pencucian luka pesakit, pemberian ubat dan mengambil darah arteri (Arterial blood gas-ABG).

### *1.9.6 Intervensi perubatan*

Intervensi perubatan membawa maksud tatacara yang dilakukan oleh doktor tetapi jururawat hanya menjadi pembantu kepada doktor seperti tatacara memasukkan pengaliran vena pusat dan mencabut tiub pengaliran dada.

## **1.10 Limitasi**

Walaupun kajian ini telah membuka minda jururawat untuk berkomunikasi lebih efektif dengan pesakit, namun begitu masih terdapat beberapa limitasi dalam kajian ini. Diantara limitasi tersebut adalah dari segi masa yang diambil untuk melibatkan diri secara langsung dengan jururawat hanya dua jam dan sepatutnya dipanjangkan kepada empat jam supaya data yang dikumpul lebih tepat dan bersesuaian dengan tajuk dan objektif kajian ini.

Diantara limitasi lain adalah dari segi ketidaksesuan masa kajian ini dijalankan. Kajian ini telah dimulakan dari bulan Oktober hingga Disember 2004. Dalam tempoh pengumpulan data tersebut ianya melibatkan bulan Ramadhan (bulan puasa). Ini mungkin boleh mempengaruhi tempoh masa jururawat berkomunikasi dengan pesakit.

Antara limitasi yang seterusnya adalah kajian ini hanya terhad kepada komunikasi verbal. Komunikasi bukan verbal tidak diambil kira dalam kajian ini. Walaupun terdapat sebilangan jururawat hanya menggunakan komunikasi bukan verbal seperti sentuhan untuk berinteraksi dengan pesakit.

Sampel yang dipilih juga tidak mengambil kira perbezaan pengetahuan jururawat samada mempunyai pos basik atau tanpa pos basik yang mungkin mempengaruhi komunikasi jururawat dengan pesakit. Mungkin jururawat yang mempunyai pos basik boleh berkomunikasi dengan efektif jika dibandingkan dengan jururawat yang tiada pos basik. Penyelidik memerlukan kajian untuk menyokong pendapat ini.



Bunyi bising daripada alatan di dalam ICU seperti mesin kardiak dan ventilator mempengaruhi semasa rakaman dibuat. Bunyi bising semasa pengubahsuaian bangunan juga mengganggu semasa proses rakaman.

Limitasi yang terakhir adalah dari segi tatacara yang dilakukan oleh jururawat. Kajian ini juga tidak mengambil kira perbezaan tatacara yang mungkin boleh mempengaruhi tempoh masa dan kandungan komunikasi jururawat.

## **BAB 2**

### **SEMAKAN BACAAN**

#### **2.1 Pengenalan**

Bab ini membincangkan kajian yang telah dilakukan oleh penyelidik sebelum ini. Terdapat banyak kajian telah dilakukan oleh para penyelidik untuk meninjau keberkesanan komunikasi antara jururawat dengan pesakit semasa pesakit mendapat rawatan di ICU. Kebanyakan kajian berfokus kepada pengalaman pesakit di ICU, implikasi jika kurang komunikasi dan masalah komunikasi semasa pesakit mendapat bantuan ventilasi.

#### **2.2 Kepentingan Komunikasi kepada Pesakit**

Komunikasi memainkan peranan penting dalam bidang kejururawatan. Jururawat berkomunikasi dengan pesakit untuk memenuhi keperluan asas mereka seperti makan, minum dan memberi perawatan kepada pesakit sehingga ke tahap yang lebih kompleks iaitu membentuk dan menjalinkan perhubungan terapeutik dengan pesakit (Chamber, 2003). Komunikasi juga penting untuk jururawat memberi maklumat kepada pesakit, memberi pendidikan kesihatan dan memberi sokongan emosi kepada pesakit (Menzel, 1998). Oleh itu, komunikasi amat penting dalam bidang kejururawatan untuk jururawat menjalinkan perhubungan terapeutik antara jururawat dan pesakit di ICU (Kozier et al., 2000).

Komunikasi terapeutik merupakan kebolehan jururawat untuk menjalinkan perhubungan yang baik dengan pesakit dan memberi penerangan serta perawatan yang berkesan kepada pesakit (Railey, 2000). Kajian oleh Mallett (1990) mendapati kebolehan jururawat untuk berkomunikasi dengan pesakit dapat mengurangkan keresahan pesakit dan komunikasi merupakan satu keperluan dalam bidang kejururawatan. Dalam bidang kesihatan, kegagalan berkomunikasi dengan pesakit akan menyumbang kepada ketidaksesuaian membuat keputusan dalam perawatan untuk pesakit (Spencer, Coiera dan Logan, 2004).

Jururawat juga boleh menjalinkan perhubungan terapeutik dengan pesakit melalui sentuhan. Menurut Verity (1996), sentuhan adalah salah satu cara untuk jururawat memberi sokongan emosi dan menjalinkan perhubungan terapeutik dengan pesakit. Maka komunikasi antara jururawat dan pesakit tidak sedar diri dan sedar diri adalah sama penting (Johansson, 2002). Jururawat yang menjaga pesakit di ICU perlu mengambil alternatif untuk menjalinkan perhubungan terapeutik dengan pesakit supaya kebimbangan dan keresahan pesakit boleh dikurangkan melalui komunikasi (Lily, 2000).

### **2.3 Tujuan Jururawat Berkomunikasi dengan Pesakit di ICU**

Komunikasi merupakan jentera perhubung untuk seseorang menyampaikan maklumat dan meluahkan perasaan kepada orang lain (Pearce, 1994). Di ICU, komunikasi verbal lebih penting jika dibandingkan dengan komunikasi bukan verbal kerana pesakit tersebut masih boleh mendengar percakapan atau perbualan ahli profesional kesihatan (Elliott dan Wright, 1999). Oleh itu, jururawat memainkan peranan penting untuk berkomunikasi secara verbal

dan efektif dengan pesakit yang mendapat rawatan di ICU bagi merangsang serebrum pesakit supaya mereka tidak lupa peristiwa yang mereka alami semasa berada di ICU. Penerangan yang efektif berkaitan dengan keadaan am dan semasa pesakit boleh membantu pesakit mengetahui perkembangan kesihatan mereka. Komunikasi yang efektif boleh didefinisikan sebagai kebolehan seseorang jururawat untuk menyampaikan mesej kepada pesakit, kemudian mesej ini boleh diterima serta ditaksirkan dan akhirnya pesakit faham mesej yang hendak disampaikan kepadanya (Breu et al., 1996). Berkomunikasi secara efektif dengan pesakit boleh membantu pesakit memahami keadaan mereka, keadaan sekeliling mereka dan tatacara yang akan dilakukan ke atas diri mereka (Hagland, 1995).

Mengikut kajian yang dilakukan oleh Johansson (2002) di Unit Rawatan Intensif di Sweden melalui teknik temubualnya dengan 22 orang pesakit, 13 orang pesakit tersebut mengadu bahawa jururawat tidak memahami keperluan mereka seperti keperluan fizikal dan keselesaan. Jururawat juga tidak memberi maklumat tentang keadaan kesihatan mereka semasa mereka dirawat di unit kritikal ini. Selain itu, salah seorang daripada 13 pesakit ini juga menyatakan bahawa beliau mengalami stres selepas keluar daripada ICU kerana jururawat tidak memberitahu beliau tentang keadaan penyakitnya dan tidak memberi orientasi tentang masa dan tarikh. Padahal semasa menerima rawatan pesakit tersebut masih boleh mendengar perbualan diantara jururawat dan doktor tentang rawatan yang akan diberi kepada beliau.

Kajian yang dilakukan oleh Hupcey dan Zimmerman (2000) terhadap 14 orang pesakit di ICU berkaitan dengan pengalaman pesakit di ICU dengan cara menemubual pesakit. Hasilnya beliau mendapati semasa pesakit berada di ICU, terdapat tiga aspek

keperluan utama yang diperlukan oleh pesakit iaitu memerlukan maklumat, memerlukan orientasi dan keperluan untuk mengurangkan persepsi keliru mereka. Pesakit memerlukan maklumat tentang keadaan am mereka. Salah seorang pesakit wanita dalam kajiannya mengadu bahawa jururawat atau doktor hanya berkomunikasi dengan anak dan suaminya tentang keadaannya tanpa memberitahu beliau sendiri.

#### **2.4 Masalah Komunikasi Verbal antara Jururawat dan Pesakit**

Setiap tahun beribu-ribu pesakit yang mengalami kegagalan pernafasan, kegagalan jantung atau selepas pembedahan memerlukan intubasi dan bantuan ventilasi mekanikal. Ditambah pula dengan ketidakupayaan bercakap akibat daripada tiub endotrakeal akan menyebabkan pesakit mengalami tekanan (Menzel, 1997). Hal ini juga selari dengan kajian Joblonski (1994) ke atas 12 orang pesakit dan Happ, Roesch dan Garrett (2004) tentang pengalaman pesakit semasa berada di ICU, mendapati pesakit yang kritikal tidak boleh bercakap disebabkan kemasukan tiub endotrakeal melalui mulut atau hidung atau terdapat trakeostomi yang kemudiannya disambung ke ventilator. Keadaan ini menyebabkan pesakit mengalami stres seperti ketakutan, tidak memberi kerjasama semasa perawatan dilakukan dan terdapat pesakit yang mempunyai perasaan bahawa jururawat hendak mencederakannya. Menurut Baker dan Melby (1996) dalam kajiannya berkaitan berkomunikasi verbal antara 5 orang jururawat dengan pesakit yang tidak sedar diri di ICU Northern Ireland, mendapati jururawat hanya menggunakan purata 5% daripada masanya untuk bercakap dengan pesakit yang tidak sedar diri atau disedasikan. Kajian tersebut juga mendapati maklumat yang diberikan kepada pesakit adalah tidak jelas dan penjelasan yang

diberi juga cepat serta menggunakan bahasa perubatan yang sukar untuk difahami oleh pesakit.

Menurut kajian yang dilakukan oleh Johansson (2002) di ICU di London tentang komunikasi jururawat dengan pesakit, beliau mendapati jururawat hanya menggunakan komunikasi verbal berbentuk penerangan ringkas (short-term information), ringkasan perkataan (ETT yang membawa maksud tiub endotrakeal) dan memberi arahan. Jururawat hanya memberitahu pesakit tentang tatacara yang hendak dilakukan ke atas pesakit tetapi gagal untuk memberikan penerangan secara terperinci bagaimana tatacara tersebut akan dilakukan kepada pesakit. Oleh itu, kebanyakan pesakit selepas dirawat di ICU tidak tahu apa yang telah berlaku kepada mereka semasa mereka mendapat rawatan di unit ini. Dalam kajian Bergbom-Engberg dan Haljamae (2004) tentang pengalaman 158 pesakit yang mendapat rawatan di ICU mendapati 50% pesakit masih boleh mengingati peristiwa yang berlaku ke atas dirinya semasa mendapat rawatan di ICU.

## **2.5 Impak kepada Pesakit Jika Tidak Mendapat Maklumat yang Lengkap**

Komunikasi yang tidak efektif akan memberi implikasi yang serius kepada pesakit yang menerima rawatan di ICU terutamanya daripada segi fizikal dan psikologi selepas mereka dipindahkan ke wad lain untuk mendapat jagaan rawatan pos kritikal (post critical care) (Weimann dan Giles, 1998). Mereka akan mengalami masalah delirium kerana serebrum mereka tidak dirangsang semasa menerima rawatan di unit tersebut. Mengikut kajian Leathart (1994) di Hospital Victoria terhadap 6 orang jururawat, mendapati

maklumat yang diterima oleh pesakit boleh membantu pesakit mengurangkan tekanan dan isolasi sosial. Pesakit yang dilumpuhkan di unit kritikal mengalami tekanan kerana mereka tidak tahu apa yang telah berlaku kepada diri mereka semasa mereka mendapat rawatan di ICU. Komunikasi verbal boleh membantu pesakit mengurangkan tekanan dengan mengorientasikan pesakit kepada keadaan sekeliling mereka (Happ, 2000). Jururawat perlu memperkenalkan diri mereka sebelum melakukan tatacara dan jururawat juga perlu memanggil nama pesakit serta memberi penerangan dengan jelas tentang tatacara yang hendak dilakukan kepada pesakit (Leathart, 1994).

Jururawat yang memberi penerangan dan maklumat yang tidak jelas akan mengakibatkan pesakit terasing dan takut (Spencer, Coiera dan Logan, 2003). Keadaan ini juga disokong dengan kajian Happ, Roesch dan Garrett (2004), mendapati pesakit akan mengalami perasaan resah, marah, tidak selamat, gangguan tidur, halusinasi dan stres semasa mereka berada di ICU. Selain itu, terdapat pesakit mempunyai perasaan bahawa beliau akan hilang keupayaan bercakap secara kekal (Johansson, 2002).

Kajian Parbury dan Mckinley (2000) di Amerika, mendapati pesakit tidak selesa dengan tiub endotrakeal terutamanya semasa tiub tersebut tidak diplaster dengan betul dan pesakit tidak berupaya untuk memberitahu jururawat. Apabila pesakit cuba hendak memegang tiub tersebut, jururawat akan salah taksir ketidakselesaan pesakit menyebabkan jururawat mengikat tangan pesakit kerana beranggapan bahawa pesakit ingin mencabut tiub endotrakeal.

Kesan daripada pesakit yang tidak mendapat maklumat secara efektif, pesakit akan mengalami paranoid terhadap ICU dan panik terhadap rawatan yang diberikan kepada mereka (Vincent, 2000). Menurut Hupcey dan Zimmerman (2000), mendapati pesakit takut masuk ke ICU untuk kali kedua. Pesakit beranggapan ICU merupakan tempat yang paling bahaya dan dasyat dalam hidupnya terutamanya semasa jururawat melakukan sedutan kahak dan mengambil darah tanpa memberitahu mereka. Menurut Hafsteindottir (1996) jururawat perlu memberitahu pesakit, memegang tangan pesakit dan memberi penerangan semasa sedutan kahak dilakukan. Mengikut kajian yang dilakukan oleh Russell (1998) pula, beliau mendapati pesakit yang pernah menerima rawatan di ICU masih boleh mengingati semua kejadian yang berlaku ke atas dirinya walaupun selepas 6 bulan discaj. Russell (1998) juga menyatakan bahawa pesakit yang tidak mendapat maklumat secukupnya akan mengalami keresahan (anxiety) dan keadaan ini boleh melambatkan proses penyembuhan penyakit.

Jururawat yang bertugas di ICU perlu lebih kerap berkomunikasi dengan pesakit yang menerima rawatan di ICU. Sebagai seorang jururawat kita perlu peka kepada keperluan psikososial dan fizikal pesakit. Jururawat perlu memberitahu dan memberi penerangan kepada pesakit sebelum, semasa dan selepas melakukan tatacara kepada pesakit. Selain itu, pesakit yang mendapat maklumat yang lengkap berkaitan dengan perkembangan penyakitnya dari hari ke hari akan membolehkan pesakit menerima hakikat dan berjuang untuk terus hidup (Lawrence, 1995). Selain memberitahu pesakit berkaitan dengan penyakitnya, jururawat juga perlu memberi orientasi mengenai keadaan sekeliling mereka untuk membantu pesakit mengurangkan stres dan ketakutan. Jururawat juga perlu prihatin terhadap kesejahteraan pesakit. Mengikut Patak et al. (2004), pesakit mengadu



bahawa jururawat hanya tahu melakukan tatacara mengikut kemahuannya sahaja tetapi bukan mengikut kemahuan dan keselesaan pesakit. Oleh itu berkomunikasi secara efektif memerlukan kemahiran dan pengalaman jururawat semasa menjaga pesakit yang tidak sedar diri dan disedasikan.

## **BAB 3**

### **METODOLOGI**

#### **3.1 Pengenalan**

Bab ini membincangkan tentang bagaimana kajian ini dilakukan. Antara aspek yang diuraikan termasuk reka bentuk, lokasi, sampel, instrumen, prosedur kajian dan pertimbangan etika serta bagaimana data dianalisis.

#### **3.2 Reka Bentuk Kajian**

Kajian ini berbentuk deskriptif bertujuan untuk mengenal pasti tempoh masa dan kandungan komunikasi verbal yang digunakan oleh jururawat dalam memberi penerangan kepada pesakit yang menerima rawatan di ICU. Penyelidik melibatkan diri secara langsung dengan jururawat selama dua jam semasa jururawat melakukan tatalaksana kepada pesakit dan perbualan jururawat dengan pesakit dirakamkan. Penyelidik melibatkan diri secara langsung semasa jururawat melakukan tatalaksana adalah untuk mengelakkan perasaan curiga jururawat (Gay dan Airasian, 2003). Penyelidik hanya melibatkan diri selama dua jam dalam kajian ini adalah untuk mengelakkan perasaan rima jururawat terhadap penyelidik dan penyelidik hanya mementingkan tatalaksana perawatan. Kemudian jururawat ditemubual selepas tamat dua jam untuk mendapat data demografi. Transkripsi dilakukan selepas penyelidik sampai di rumah. Data-data ini dicatat ke dalam senarai semakan (lampiran 1).

### **3.3 Lokasi Kajian**

Kajian ini dilakukan di Unit Rawatan Intensif Hospital Universiti Sains Malaysia (ICU HUSM) atau dikenali sebagai 1 Mutiara. Wad ICU telah berpindah ke bangunan baru (fasa dua) dan dirasmikan pada 1hb Jun 1997. Sebelum ini wad ICU terletak di 4 Timur di bangunan lama (fasa pertama). Wad tersebut diketuai oleh seorang Ketua Jururawat, 39 orang jururawat dan 8 orang atenden kesihatan. Wad ini terdiri daripada 10 katil, 8 katil untuk pesakit yang memerlukan bantuan ventilasi dan 2 lagi katil untuk pesakit yang telah diekstubasi. Pesakit yang diekstubasi memerlukan pemantauan yang rapi sebelum pesakit tersebut boleh dipindah keluar ke wad lain.

### **3.4 Sampel Kajian**

Pemilihan sampel dilakukan secara rawak, jenis kebarangkalian sistematik (bermula senarai ke-3, seterusnya 6 dan sehingga cukup 20 sampel) supaya bias tidak timbul. Seramai 20 orang jururawat telah dipilih sebagai sampel kerana ia melibatkan penyelidikan secara kualitatif dengan melakukan 2 jam pemerhatian terhadap jururawat ICU. Mengikut Nieswiadomy (2002), kajian kualitatif sampelnya lebih kecil iaitu 10 atau 12 kerana maklumat dan data yang diperolehi lebih penting jika dibandingkan dengan jumlah sampel. Oleh itu, sampel 20 orang sudah memadai untuk kajian ini dan jururawat yang diambil sebagai sampel merupakan jururawat yang berlainan.

#### **3.4.1 Kriteria Inklusi**

- ♣ Jururawat berdaftar dan bekerja di ICU samada mempunyai kursus pos basik atau tanpa pos basik.

- ♣ Jururawat yang bertugas pada syif pagi atau petang pada hari kajian dilakukan.
- ♣ Pesakit kanak-kanak atau dewasa yang menggunakan bantuan ventilasi dan dilumpuhkan dengan ubat penghalang neuromuskular atau pesakit yang disedasikan.

#### **3.4.2 Kriteria Ekslusi**

- ♣ Pesakit yang mengalami mati otak (brain death).
- ♣ Pesakit yang tidak menggunakan bantuan ventilasi.
- ♣ Pesakit sedar diri.

### **3.5 Instrumen Kajian**

Data-data demografi diperolehi daripada hasil temubual dengan jururawat sendiri atau daripada rekod peribadi sampel dengan keizinan daripada Ketua Jururawat kerana terdapat sebilangan jururawat enggan memberitahu umurnya. Kemudian data-data yang diperolehi dicatat ke dalam senarai semakan yang mengandungi butir-butir seperti tarikh, masa bekerja, nombor siri jururawat, umur, pengalaman bekerja, jenis tatacara dan tempoh masa melakukan tatacara. Penyelidik juga menggunakan pita rakaman jenis Panasonic untuk merakam komunikasi jururawat dengan pesakit bagi mengelakkan kecaciran dalam mengumpul data.