

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini peneliti akan menyajikan tentang (1) konsep dasar komunikasi terapeutik perawat, (2) konsep dasar kecemasan keluarga pasien, (3) konsep dasar ventilator mekanik, (4) konsep dasar gagal nafas, (5) kerangka teori, (6) kerangka konseptual dan (7) hipotesis.

2.1 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik Perawat

2.1.1 Definisi Komunikasi

Komunikasi berasal dari bahasa lain yaitu *communis* yang artinya membangun kebersamaan antara dua orang atau lebih. Selain itu, komunikasi juga berasal dari kata *communico* yang berarti membagi (Abdul Nasir, 2009). Komunikasi oleh orang – orang terdahulu disebut sebagai proses mengirim dan menerima informasi, saat ini lebih dekat dengan arti komunikasi sebenarnya yaitu bertukar informasi (Setio, 2013).

Komunikasi terapeutik perawat merupakan komunikasi yang menggambarkan hubungan perawat dengan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif. Dengan komunikasi terapeutik, perawat dan klien dapat memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien (Abdul Nasir, 2009).

2.1.2 Tujuan dan Fungsi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mendukung klien, memajukan kesembuhan dan mendukung atau meningkatkan fungsi tubuh. Dengan komunikasi terapeutik, diharapkan terdapat peningkatan kesehatan yang dialami oleh klien (Sheldon, 2009). Selain itu, tujuan komunikasi terapeutik antara lain adalah untuk memberi tau, membujuk / mempengaruhi, menghibur, mengenal / memahami diri sendiri atau orang lain dan memperbaiki atau mempertahankan hubungan antar manusia (Setio, 2013).

2.1.3 Unsur – unsur Komunikasi Terapeutik

Unsur – unsur dalam komunikasi terapeutik antara lain, yaitu pengirim pesan, penerima pesan, pesan, saluran (media), umpan balik, tanggapan, penkodean (penjabaran dalam simbol), penerjemahan dan gangguan (Setio, 2013). Selain itu (Abdul Nasir, 2009) menyatakan unsur dalam komunikasi terapeutik adalah pengirim (*sender*), pesan (*message*), media (*channel*), penerima (*komunikan*), pengaruh (*efek*), dan lingkungan.

Menurut (Pribadi, 2013), unsur – unsur komunikasi terapeutik meliputi keramahan, penggunaan nama, dapat dipercaya, otonomi dan tanggung jawab dan asertif (tegas).

2.1.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik menurut (Stuart G. &, 2006) :

a. Mendengarkan (*Listening*)

Mendengarkan merupakan dasar dari komunikasi yang akan mengetahui perasaan seorang pasien. Teknik mendengarkan dengan cara memberi kesempatan pasien untuk bicara banyak dan tenaga kesehatan sebagai pendengar aktif tanpa memotong pembicaraan terlebih dahulu. Tunjukkan perhatian bahwa tenaga kesehatan mempunyai waktu untuk mendengarkan dengan teknik berikut :

- 1) Pandang wajah pasien ketika sedang bicara
- 2) Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan pasien
- 3) Sikap tubuh yang menunjukkan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki dan tangan didepan pasien
- 4) Hindari gerakan yang tidak begitu diperlukan
- 5) Angkat kepala apabila pasien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik dari kita
- 6) Condongkan tubuh kita ke arah lawan bicara (pasien)

b. Pertanyaan terbuka (*Broad Opening*)

Memberikan inisiatif kepada pasien untuk menyeleksi topik bahasan yang akan dibicarakan. Kegiatan ini bernilai terapeutik apabila pasien menunjukkan penerimaan dan nilai dari inisiatif pasien. Apabila tenaga kesehatan mendominasi interaksi dan menolak respon pasien maka akan bernilai non terapeutik.

- 1) Mengulang (*Restating*)

Merupakan teknik yang dilakukan atau dilaksanakan dengan cara mengulang pokok pikiran yang diungkapkan dan diutarakan pasien, yang berguna untuk menguatkan ungkapan dari pasien dan memberi indikasi tenaga kesehatan untuk mengikuti pembicaraan. Teknik ini bernilai terapeutik jika ditandai dengan tenaga kesehatan mendengarkan dan melakukan validasi, mendukung pasien dan memberikan respon terhadap apa yang baru saja dikatakan oleh pasien.

2) Penerimaan (*Acceptance*)

Mendukung dan menerima informasi dari pasien dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan berarti sebuah persetujuan. Menunjukkan penerimaan berarti kesediaan mendengar tanpa menunjukkan adanya suatu keraguan. Pelayanan kesehatan perlu menghindari memutar mata keatas, menyilangkan kaki atau tangan, melenggekkkan kepala, mengerutkan atau memandang dengan muka masam pada saat berinteraksi dengan pasien.

3) Klarifikasi (*Clarification*)

Klarifikasi merupakan teknik yang digunakan apabila tenaga kesehatan masih ragu, kurang jelas, tidak mendengar atau pasien malu mengemukakan informasi dan tenaga kesehatan mencoba memahami situasi yang digambarkan oleh pasien.

4) Refleksi (*Reflection*)

Refleksi adalah mengarahkan kembali ide, pikiran, perasaan, pertanyaan dan isi pembicaraan kepada pasien. Hal ini digunakan untuk memvalidasi pengertian dari tenaga kesehatan tentang apa yang diucapkan dan diutarakan pasien untuk menekankan empati, dan penghargaan terhadap pasien (Suryani, 2005).

5) Memfokuskan (*focusing*)

Memfokuskan adalah bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk membahas masalah inti dan mengarahkan komunikasi pasien pada pencapaian tujuan. Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi topik pembicaraan sehingga masalah lebih spesifik dan dimengerti dan lebih mengarahkan komunikasi pasien pada pencapaian tujuan dari topik pembahasan.

6) Diam (*Silence*)

Teknik diam digunakan untuk memberikan kesempatan pada pasien menjawab pertanyaan dari tenaga kesehatan. Diam akan memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan dan pasien untuk mengutarakan pikiran masing-masing.

7) Memberikan informasi (*Informing*)

Memberikan informasi tambahan merupakan suatu tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien. Teknik ini sangat

membantu dalam mengajarkan kesehatan atau pendidikan pada pasien tentang aspek-aspek yang relevan dengan perawatan diri dan kemandirian diri untuk penyembuhan pasien. Informasi tambahan yang diberikan kepada pasien harus dapat memberikan pengertian dan pemahaman yang lebih baik tentang masalah yang dihadapi pasien serta membantu pasien dalam memberikan alternatif pemecahan masalah.

8) Menyimpulkan (*summarizing*)

Menyimpulkan merupakan teknik komunikasi yang membantu pasien menganalisa point penting dari interaksi tenaga kesehatan. Teknik ini membantu tenaga kesehatan untuk memiliki pikiran dan ide yang sama dalam membuat atau menetapkan pendapat terakhir dari sesuatu yang disimpulkan.

9) Mengubah cara pandang (*Reframing*)

Teknik ini bertujuan untuk memberikan cara pandang lain sehingga pasien tidak melihat sesuatu atau masalah dari aspek negatifnya saja. Gerald, D dalam (Suryani, 2005) sehingga memungkinkan pasien untuk membuat perencanaan yang lebih baik dalam mengatasi masalah yang dihadapinya.

10) Eksplorasi

Menurut Antai Otong dalam (Suryani, 2005), teknik ini bertujuan untuk mencari atau menggali lebih dalam masalah yang dialami pasien agar masalah tersebut bisa diatasi dengan tepat.

Teknik ini bermanfaat pada tahap kerja untuk mendapatkan gambaran yang detail tentang masalah yang dialami oleh pasien.

11) Membagi persepsi (*sharing perception*)

Membagi persepsi adalah meminta pendapat pasien atau bertukar pikiran tentang hal yang tenaga kesehatan rasakan atau pikirkan. Teknik ini digunakan ketika tenaga kesehatan merasakan adanya perbedaan antara respon verbal atau non verbal dari pasien.

12) Identifikasi tema

Tenaga kesehatan harus tanggap terhadap cerita yang disampaikan pasien dan harus mampu menangkap tema dari seluruh pembicaraan tersebut. Identifikasi tema berguna untuk meningkatkan pengertian dan menggali masalah penting yang terjadi pada pasien.

13) Menganjurkan untuk melanjutkan pembicaraan

Teknik ini menganjurkan pasien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang menunjukkan bahwa pasien sedang mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang dibicarakan untuk selanjutnya.

14) Humor

Menurut Sullivan dalam (Suryani, 2005), humor merangsang produksi catecholamine dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap

rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut untuk menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan baik kepada pasien.

15) Memberikan pujian

Menurut Gerald dalam (Suryani, 2005), memberikan pujian merupakan suatu keuntungan psikologis yang didapatkan pasien ketika bersosialisasi dengan tenaga kesehatan. Hal ini berguna untuk meningkatkan harga diri dan menjaga rasa percaya diri pada pasien. Memberikan pujian bisa diungkapkan dengan kata-kata, tindakan ataupun melalui komunikasi non verbal.

16) Menawarkan diri

Bukan tidak mungkin ketika pasien belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau pasien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti orang lain. Tenaga kesehatan menyediakan diri untuk pasien tanpa respon bersyarat atau respon yang diharapkan.

17) Memberikan penghargaan

Memberikan salam pada pasien dan keluarga dengan menyebut namanya, menanyakan keadaan pasien saat ini, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi untuk menghargai pasien dan keluarga sebagai manusia seutuhnya yang

mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sebagai seorang individu.

18) Asertif

Asertif adalah kemampuan untuk mengkomunikasikan pikiran, perasaan dan keinginan secara jujur kepada orang lain dengan cara meyakinkan dan nyaman untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain.

2.1.5 Bentuk – bentuk Komunikasi Terapeutik

a. Bentuk komunikasi terapeutik menurut (Abdul Nasir, 2009) ada tiga, yaitu :

b. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal merupakan sekumpulan kata yang telah disusun secara terstruktur, sehingga menjadi suatu kalimat yang mengandung arti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam komunikasi verbal adalah kata - kata yang jelas, ringkas, perbendaharaan kata memadai, mengandung arti denotatif dan konotatif yang dapat dipahami, kecepatan bicara, dan humor.

c. Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal merupakan komunikasi tanpa menggunakan kata-kata, melainkan dengan gerakan tubuh yang dapat menyampaikan maksud komunikasi. Komunikasi nonverbal antara lain adalah dengan menggunakan isyarat vokal, isyarat

tindakan (gerakan tubuh), isyarat objek (penggunaan benda), ruang/jarak dan sentuhan/kontak fisik.

Komunikasi nonverbal merupakan penyampaian pesan nonverbal yang merupakan suatu proses pemindahan atau penyampaian pesan tanpa menggunakan kata-kata. Tujuan komunikasi nonverbal antara lain adalah untuk meyakinkan apa yang diucapkan (*repetition*), menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*), menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*), menambahkan atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna.

Komunikasi nonverbal dapat dijumpai pada hal-hal berikut : Metakomunikasi (pesan didalam pesan), penampilan personal, intonasi (*paralanguage*), gerakan mata (*eye gaze*), gerakan tubuh(*kinesics*) dan sentuhan (*touching*).

d. Komunikasi tertulis

Prinsip komunikasi tertulis harus lengkap, ringkas, konkrit, jelas, sopan dan benar.

2.1.6 Tahap Komunikasi Terapeutik

Tahap-tahap komunikasi terapeutik menurut (Abdul Nasir, 2009) dalam (Efrianti, 2014), adalah sebagai berikut :

a. Tahap pra interaksi

Tahap pra interaksi disebut sebagai tahap pengenalan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tahap pra interaksi adalah pengetahuan terkait klien, kecemasan dan kekalutan diri, analisa kekuatan diri, tentukan waktu pertemuan. Selain itu, pada tahap pra interaksi terdapat hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien, seperti perilaku klien dalam mengatasi penyakit, adat istiadat dan tingkat pengetahuan klien.

b. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi tugas perawat meliputi hal-hal berikut, yaitu membuat kontrak dengan klien terdiri atas topik, tempat dan waktu. Melakukan eksplorasi pikiran dan perasaan klien, serta mengidentifikasi masalah keperawatan klien. Dan yang terakhir adalah menetapkan tujuan yang akan dicapai, serta menetapkan rencana tindakan yang akan diberikan sesuai dengan permasalahan klien.

c. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi.

d. Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dengan melakukan evaluasi subjektif (mengevaluasi suasana hati) dan evaluasi objektif (mengevaluasi respon yang dirasakan klien), serta tindak lanjut. Terminasi terakhir berisi,

tindakan keperawatan lanjutan serta melakukan kontrak yang akan datang, meliputi kontrak waktu, tempat, serta tujuan interaksi.

2.1.7 Dampak Komunikasi Terapeutik

Dampak komunikasi terapeutik menurut (Efrianti, 2014), adalah sebagai berikut :

a. Dimensi tindakan

Yang termasuk dalam dimensi tindakan antara lain adalah konfrontasi (perawat menyadari perilaku klien yang merusak dirinya), kesegaran, pengungkapan diri perawat, katarsis emosional (pengungkapan perasaan klien) dan bermain peran.

b. Dimensi respon

Yang termasuk dalam dimensi respon meliputi kesejatian/keikhlasan, respek/hormat, konkret berarti perkataan yang jelas, akurat, tidak membingungkan, dan mudah dimengerti, serta empati.

2.1.8 Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Faktor penghambat komunikasi/penyimpangan komunikasi bisa terjadi pada diri klien dan diri perawat menurut (Efrianti, 2014) adalah sebagai berikut :

a. Penyimpangan komunikasi pada diri klien

Penyimpangan komunikasi yang dilakukan klien merupakan bentuk dari upaya untuk menutupi diri dan sikap menghindar untuk tetap tidak menyadari atau mengakui bahwa dalam dirinya ada

perasaan yang mengganggu dan mengusik yang berakibat meningkatnya kecemasan pada diri klien. Penyimpangan komunikasi yang lain berhubungan dengan pengalaman masa lalu klien, yang disebut transferens yang berarti merupakan respons tak sadar berupa perasaan atau perilaku terhadap perawat yang sebetulnya berawal dan berhubungan dengan orang-orang tertentu yang bermakna baginya pada waktu dia masih kecil.

b. Penyimpangan komunikasi terapeutik pada perawat

1. *Countertransferens*

Countertransferens merupakan bentuk respons emosional berupa hambatan terapeutik yang berasal dari diri perawat yang dibangkitkan atau dipancing oleh sikap klien. Perilaku yang dapat muncul pada klien antara lain: love dan caring berlebihan, benci dan marah berlebihan, cemas dan rasa bersalah yang timbul berulang - ulang, tidak mampu berempati terhadap klien, perasaan tertekan selama atau setelah proses, tidak bijaksana dalam membuat kontrak dengan klien, terlambat atau terlalu lama, mendukung ketergantungan klien, berdebat dengan klien atau memaksa klien sebelum klien siap, menolong klien untuk hal-hal yang tidak berhubungan dengan sasaran asuhan keperawatan, menghadapi klien dengan hubungan pribadi atau sosial, serta melamunkan klien.

2. Pelanggaran batas

Pelanggaran batas yang dilakukan perawat adalah apabila perawat dalam memberikan asuhan keperawatan menyimpang dari pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan klien diajak berkomunikasi mengenai hal diluar proses keperawatan, dimana hal itu tidak ada hubungan dengan keluhan yang dirasakan klien saat ini.

3. Pemberian hadiah

Pemberian hadiah dari klien untuk perawat diharapkan klien dapat memanipulasi perawat dengan cara mengatur hubungan dan mengatur batasan-batasan dalam berhubungan.

2.1.9 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Dalam melakukan sebuah komunikasi salah satunya komunikasi yang terapeutik dapat dipengaruhi beberapa hal antara lain (Potter, 2005) :

a. Perkembangan

Perkembangan manusia mempengaruhi bentuk komunikasi dalam dua aspek, yaitu tingkat perkembangan tubuh mempengaruhi kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan untuk mempersepsikan pesan yang disampaikan. Agar dapat berkomunikasi efektif seorang perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir orang tersebut. Adalah sangat berbeda cara berkomunikasi anak usia remaja dengan anak usia balita.

b. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

c. Gender

Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan. (Tannen, 1990) menyatakan bahwa kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan dan meningkatkan keintiman, sementara kaum laki-laki lebih menunjukkan independensi dan status dalam kelompoknya.

d. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruh oleh nilai pribadinya.

e. Latar belakang sosial budaya

Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan komunikasi.

f. Emosi

Emosi merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengkaji emosi klien agar klien dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya.

g. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan. Seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Hal tersebut berlaku juga dalam penerapan komunikasi terapeutik di rumah sakit. Hubungan terapeutik akan terjalin dengan baik jika didukung oleh pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat dan proses yang akan dilakukan. Perawat juga perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien secara profesional.

h. Peran dan Hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Berbeda dengan komunikasi yang terjadi dalam pergaulan bebas, komunikasi antar perawat klien terjadi secara formal karena tuntutan profesionalisme.

i. Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi efektif. Suasana yang bising, tidak ada privasi yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Untuk itu perawat perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien. Menurut Ann Mariner (1986) lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

j. Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Untuk itu perawat perlu memperhitungkan jarak yang tetap pada saat melakukan hubungan dengan klien.

k. Masa bekerja

Masa bekerja merupakan waktu dimana seseorang mulai bekerja di tempat kerja. Makin lama seseorang bekerja semakin banyak pengalaman yang dimilikinya sehingga akan semakin baik komunikasinya (Kariyoso, 1994).

Hubungan perawat dan klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar dan perbaikan emosi klien. Bagi klien, dalam hal ini perawat memakai dirinya secara terapeutik dan memakai teknik komunikasi agar perilaku klien dapat berubah kearah yang positif seoptimal mungkin. Perawat harus menganalisa dirinya tentang kesadaran dirinya, klarifikasi nilai, perasaan, kemampuan sebagai role model agar dapat berperan secara efektif. Seluruh perilaku dan pesan yang disampaikan baik secara verbal maupun nonverbal bertujuan secara terapeutik untuk klien.

Kemampuan menerapkan teknik komunikasi memerlukan latihan dan kepekaan serta ketajaman, karena komunikasi terjadi dalam dimensi nilai, waktu dan ruang yang turut mempengaruhi kepuasan klien.

Keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak tercapainya kepuasan klien dalam menerima asuhan keperawatan yang berkaitan dengan komunikasi yang juga merupakan kepuasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

2.1.10 Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik Perawat

Pengukuran komunikasi terapeutik mengacu pada penelitian (Rizky, 2013). Alat ukur komunikasi terapeutik ini terdiri dari 20 pernyataan yang telah memiliki nilai uji dengan bahasa yang mudah dipahami, jelas dan sesuai dengan keadaan sampel. Kuisisioner ini telah dibuktikan dengan hasil uji validitas yang diperoleh 0,346-0,838.

Pengumpulan data dilakukan dengan kuisioner menggunakan skala Likert dengan penilaian 4 : sangat setuju, 3 : setuju, 2 : tidak setuju dan 1 : sangat tidak setuju. Nilai komunikasi terapeutik dikategorikan :

- a. 20 - 40 : Kurang
- b. 41 - 60 : Cukup
- c. 61 - 80 : Baik

2.2 Konsep Dasar Kecemasan Keluarga Pasien

2.2.1 Definisi Kecemasan Keluarga Pasien

Kecemasan atau ansietas merupakan penilaian dan respon emosional terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berbahaya. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Kecemasan merupakan suatu perasaan yang berlebih terhadap kondisi ketakutan, kegelisahan, bencana yang akan datang, kekhawatiran atau ketakutan terhadap ancaman nyata atau yang dirasakan (Astarani, 2017). Kecemasan merupakan suatu perasaan yang berlebihan terhadap kondisi ketakutan, kegelisahan, bencana yang akan datang, kekhawatiran atau ketakutan terhadap ancaman nyata atau yang dirasakan (Semiun, 2008).

Keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari kepala keluarga dan anggotanya dalam ikatan nikah maupun nasab yang hidup dalam satu tempat tinggal, memiliki aturan yang ditaati secara bersama dan mampu mempengaruhi antar anggotanya serta memiliki tujuan dan

program yang jelas. Keluarga ini terdiri atas ayah, ibu, anak, saudara dan kerabat lainnya. Keluarga batih biasanya terdiri dari seorang ayah, ibu dan anak. Keluarga ini bisa dikatakan keluarga kecil (Aziz, 2015).

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan keluarga pasien merupakan kecemasan yang timbul pada keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di rumah sakit. Kecemasan tersebut timbul karena perubahan peran, gangguan rutinitas dan lingkungan rumah sakit yang asing (Jane, 2004).

2.2.2 Tanda dan Gejala Kecemasan Keluarga Pasien

Tanda dan gejala kecemasan keluarga yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi yaitu : perilaku keluarga yang sering bertanya tentang kondisi anggota keluarganya, bertanya dengan pertanyaan diulang – ulang, berkunjung diluar jam kunjung dan keluarga takut kehilangan.

Menurut (Donsu, 2017) tanda dan gejalanya adalah :

a. Secara fisik

Respon fisik saat terjadi kecemasan dapat ditandai dengan nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, tremor, berkeringat, sulit tidur dan sakit kepala.

b. Secara kognitif

Tanda kecemasan secara kognitif dapat dilihat saat mempresepsikan sesuatu cenderung menyempit, penderita tidak bisa

menerima rangsangan dari luar. Penderita lebih fokus pada apa yang diperhatikannya. Perilaku dapat dilihat dari gerakan tubuhnya. Misalnya gerakannya tersentak – sentak, cara bicara berlebihan dan cepat. Penderita kelihatan normal tetapi memiliki perasaan tidak aman. Respon emosi juga mengalami gangguan, merasa menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, suka cita berlebihan, ketidakberdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak kuat, ketakutan, distress, prihatin.

2.2.3 Macam – macam Kecemasan

Kecemasan beraneka ragam jenisnya. Menurut Freud dalam (Sumadi, 2001) ada tiga macam kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan objektif (realitis)

Kecemasan objektif atau realitis adalah kecemasan akan bahaya – bahaya dari luar.

b. Kecemasan neurotis

Kecemasan neurotis adalah kecemasan bila insting – insting tidak dapat dikendalikan dan menyebabkan orang berbuat sesuatu yang dapat dihukum.

c. Kecemasan moral

Kecemasan moral adalah kecemasan yang timbul dari kata hati terhadap perasaan berdosa apabila melakukan dan sebaliknya

berfikir melakukan sesuatu yang bertentangan dengan norma – norma moral.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Menurut (Astarani, 2017) tingkat kecemasan dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Kecemasan Ringan

Pada tingkat kecemasan ringan seseorang mengalami ketegangan yang dirasakan setiap hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Seseorang akan lebih tanggap dan bersikap positif terhadap peningkatan minat dan motivasi. Tanda – tanda kecemasan ringan berupa gelisah, mudah marah dan perilaku mencari perhatian.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Pada kecemasan sedang, seseorang akan kelihatan serius dalam memperhatikan sesuatu. Tanda – tanda kecemasan sedang berupa suara bergetar, perubahan dalam nada suara, takikardi, gemetaran, peningkatan ketegangan otot.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi, cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang rinci dan spesifik

serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi menurunkan kecemasan dan focus pada kegiatan lain berkurang. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu daerah lain. Tanda – tanda kecemasan berat berupa perasaan terancam, ketegangan otot berlebihan, perubahan pernafasan, perubahan gastrointestinal (mual, muntah, rasa terbakar pada ulu hati, sendawa, anoreksia dan diare), perubahan kardiovaskuler dan ketidakmampuan untuk berkonsentrasi.

2.2.5 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Keluarga

Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam (Elias, 2013) yaitu, sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Teori Smith (1968:51) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan – tekanan lingkungan dari pada laki – laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar dan mudah mengeluarkan air mata (Elias, 2013).

b. Umur

Menurut Kaplan dan Sadock (1997), gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita, biasanya terjadi pada usia 21 – 45 tahun.

c. Tingkat pendidikan

Menurut Yusuf 2001 dalam (Elias, 2013), semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan mereka dapat berfikir secara rasional dan menahan emosi dengan baik.

d. Pengalaman menunggu

Menurut Kaplan dan Sadock (1970) dalam (Elias, 2013), keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat di rumah sakit. Hal itu karena sudah terbentuk coping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut.

e. Kondisi medis atau penyakit

Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidennya gangguan bervariasi untuk masing – masing kondisi medis. Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien. Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien (Elias, 2013).

f. Akses informasi

Pemberian informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien tetapi juga dalam mengatasi kecemasan itu sendiri. Akses informasi dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat

mengatasi kecemasan kearah adaptif sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga.

g. Komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Komunikasi yang terjalin baik akan menimbulkan kepercayaan sehingga terjadi hubungan yang lebih hangat dan mendalam. Kehangatan suatu hubungan akan mendorong pengungkapan beban perasaan dan pikiran yang dirasakan selama hospitalisasi (Purwanto, 1994) yang dapat menjadi jembatan dalam menurunkan tingkat kecemasan yang terjadi Tamsuri, 2006 dalam (Elias, 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman dan asing akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien. Kebijakan dalam ruangan serta suasana personil ruangan itu sendiri dapat menjadi pencetus terjadinya krisis bagi klien dan keluarga pasien, sehingga diperlukan adaptasi dengan cara yang berbeda dengan hasil proses adaptasi yang mereka alami sebelumnya.

i. Fasilitas kesehatan

Alat – alat canggih dan rumit akan mempengaruhi kecemasan, dikarenakan alat – alat tersebut asing bagi keluarga karena mereka beranggapan bahwa keluarga yang sakit serius bahkan mungkin sekarat. Hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

keluarga mengenai kondisi penyakit yang diderita oleh pasien. Sehingga peran perawat sebagai pendidik memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada keluarga (Elias, 2013).

2.2.6 Cara Mengukur Kecemasan Keluarga Pasien

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale* (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRS-A ($r = 0,57 - 0,84$).

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 pernyataan yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan, meliputi :

- 1) Perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung
- 2) Ketegangan : merasa tegang, lesu, tak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah

- 3) Ketakutan : takut pada gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak
- 4) Gangguan tidur : sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi - mimpi, mimpi buruk dan mimpi menakutkan
- 5) Gangguan kecerdasan : sukar konsentrasi dan daya ingat buruk
- 6) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah - ubah sepanjang hari
- 7) Gejala somatik : sakit dan nyeri di otot - otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil
- 8) Gejala somatik : tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk - tusuk
- 9) Gejala kardiovaskuler : berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu / lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti sekejap)
- 10) Gejala pernapasan : rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek / sesak
- 11) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah

makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, sukar buang air besar (konstipasi)

- 12) Gejala urogenital : sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, amenorrhea, menorrhagia, menjadi dingin, ejakulasi praecoeks, ereksi hilang, impotensi
- 13) Gejala otonom : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, bulu - bulu berdiri
- 14) Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe). Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai sebagai berikut :

- a. Tidak ada gejala sama sekali : 0
- b. Satu gejala yang ada : 1
- c. Sedang / separuh gejala yang ada : 2
- d. Berat / lebih dari separuh gejala yang ada : 3
- e. Sangat berat semua gejala yang ada : 4

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah skor 1-14 dengan hasil :

- a. Kurang dari 14 : tidak ada kecemasan
- b. Kecemasan ringan : 14 – 20
- c. Kecemasan sedang : 21 - 27
- d. Kecemasan berat : 28 - 41
- e. Kecemasan berat sekali : 42 - 56

2.3 Konsep Dasar Ventilator Mekanik

Ventilator mekanik adalah alat bantu pernapasan yang menggantikan fungsi paru dalam hal ventilasi, dimana bantuan ventilasi yang diberikan mesin ventilator dapat berupa pemberian volume, tekanan (*pressure*) atau gabungan keduanya volume dan tekanan (Sundana K. , 2008). (Muhiman, 2001) menyatakan ventilator mekanik adalah suatu alat yang mampu membantu (sebagian) atau mengambil alih (semua) pertukaran gas paru untuk mempertahankan kelangsungan hidup.

Indikasi pemakaian ventilator mekanik adalah pada pasien yang mengalami henti jantung (*cardiac arrest*), henti napas (*respiratory arrest*), hipoksemia yang tidak teratasi dengan pemberian oksigen non invasif, asidosis respiratori yang tidak teratasi dengan obat - obatan dan pemberian oksigen non invasif, gagal napas dan tindakan pembedahan yang menggunakan anestesi umum (Sundana K. , 2008).

Tujuan penggunaan ventilator mekanik pada pasien antara lain meningkatkan pertukaran gas, meringankan distress pernapasan, memelihara distribusi volume paru-paru, memberikan perlindungan jalan nafas, dan secara umum memberikan dukungan pada kardiopulmonal (Ramesh, 2003). Dukungan pernapasan yang diberikan dengan bantuan ventilator mekanik bertujuan untuk mempertahankan PaO₂ normal untuk meminimalkan terjadinya hipoksia, mempertahankan PaCO₂ untuk meminimalkan ventilasi alveolar, mengurangi usaha dan kelelahan otot napas, serta mengurangi atelektasis paru (Khemani, 2010).

Cara kerja ventilator mekanik secara umum dibagi menjadi 2 menurut (Muhiman, 2001) yaitu ventilator tekanan negatif dan ventilator tekanan positif. Ventilator tekanan negatif adalah membuat tekanan negatif disekeliling dada sehingga udara masuk paru-paru. Ventilator tekanan positif adalah membuat tekanan positif dalam jalan nafas sehingga udara masuk paru-paru. Terdapat tiga jenis ventilator tekanan positif yaitu siklus tekanan (*pressure cycle*), siklus waktu (*time cycle*), siklus volume (*volume cycle*).

2.4 Konsep Dasar Gagal nafas

2.4.1 Definisi Gagal Nafas

Gagal nafas adalah suatu kondisi dimana oksigen tidak cukup masuk dari paru-paru ke dalam darah. Organ tubuh, seperti jantung dan otak, membutuhkan darah yang kaya oksigen untuk bekerja dengan baik. Gagal nafas juga bisa terjadi jika paru-paru tidak dapat membuang karbondioksida dari darah. Terlalu banyak karbondioksida dalam darah dapat membahayakan organ tubuh (National Heart, 2011).

Keadaan ini disebabkan oleh pertukaran gas antara paru dan darah yang tidak adekuat sehingga tidak dapat mempertahankan PH, PO₂, dan PCO₂, darah arteri dalam batas normal dan menyebabkan hipoksia tanpa atau disertai hiperkapnia (Arifputera A, 2014).

2.4.2 Etiologi

Etiologi gagal napas sangat beragam tergantung jenisnya. Gagal napas dapat disebabkan oleh kelainan paru, jantung, dinding dada, otot pernapasan atau medulla oblongata. Beberapa mekanisme timbulnya gagal napas pada beberapa penyakit adalah sebagai berikut:

a. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dan Asma

Kerusakan jaringan paru pada PPOK seperti penyempitan saluran napas, fibrosis, destruksi parenkim membuat area permukaan alveolar yang kontak langsung dengan kapiler paru

secara kontinue menurun, membuat terganggunya difusi O₂ dan eliminasi CO₂ (Putri, 2013).

b. Pneumonia

Mikroorganisme pada pneumonia mengeluarkan toksin dan memicu reaksi inflamasi dan mensekresikan mucus. Mucus membuat area permukaan alveolar yang kontak langsung dengan kapiler paru secara kontinue menurun, membuat terganggunya difusi O₂ dan eliminasi CO₂ (Putri, 2013).

c. TB Pulmonal

Pelepasan besar micobacteria ke sirkulasi pulmonal menyebabkan terjadi peradangan, endarteritis obliteratif dan kerusakan membrane alveolokapiler, sehingga menyebabkan pertukaran gas terganggu (Raina, 2013).

d. Tumor paru

Tumor paru dapat menyebabkan obstruksi jalan napas membuat ventilasi dan perfusi tidak adekuat (Care, 2009).

e. Pneumotoraks

Pneumotoraks adalah adanya udara di dalam ruang pleura yang menghalangi ekspansi paru sepenuhnya. Ekspansi paru terjadi jika lapisan pleura dari dinding dada dan lapisan visera dari paru-paru dapat memelihara tekanan negative pada rongga pleura. Ketika kontinuitas sistem ini hilang, paru akan kolaps, menyebabkan pneumothoraks (Hawks, 2014).

f. Efusi Pleura

Efusi pleura adalah penumpukan cairan pada rongga pleura. Cairan pleura normalnya merembes secara terus-menerus ke dalam rongga dada dari kapiler-kapiler yang membatasi pleura parietalis dan diserap ulang oleh kapiler dan sistem limfatik pleura viseralis. Kondisi apapun yang mengganggu sekresi atau drainase dari cairan ini akan menyebabkan efusi pleura (Hawks, 2014).

2.4.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Arifputera A, 2014) Dikatakan gagal napas jika memenuhi salah satu kriteria yaitu PaO_2 arteri <60 mmHg atau $\text{PaCO}_2 >45$ mmHg, kecuali peningkatan yang terjadi kompensasi alkalosis metabolic. Selain itu jika menurut klasifikasinya sebagai berikut :

a. Gagal napas hipoksemia

Nilai PaCO_2 pada gagal napas tipe ini menunjukkan nilai normal atau rendah. Gejala yang timbul merupakan campuran hipoksemia arteri dan hipoksia jaringan, antara lain :

- 1) Dispneu (takipneu, hipeventilasi)
- 2) Perubahan status mental, cemas, bingung, kejang, asidosis laktat
- 3) Sinosis di distal dan sentral (mukosa, bibir)
- 4) Peningkatan simpatis, takikardia, diaforesis, hipertensi

5) Hipotensi, bradikardia, iskemi miokard, infark, anemia, hingga gagal jantung dapat terjadi pada hipoksia berat

b. Gagal napas hiperkapnia

Kadar PCO_2 yang cukup tinggi dalam alveolus menyebabkan pO_2 alveolus dari arteri turun. Hal tersebut dapat disebabkan oleh gangguan di dinding dada, otot pernapasan atau batang otak. Contoh pada PPOK berat, asma berat, fibrosis paru stadium akhir, ARDS berat atau *landry guillain barre syndrome*. Gejala hiperkapnia antara lain penurunan kesadaran, gelisah, dispneu (takipneu, bradipneu) tremor, bicara kacau, sakit kepala dan papil edema.

2.4.4 Penatalaksanaan

Jika tekanan parsial oksigen kurang dari 70 mmHg, oksigen harus diberikan untuk meningkatkan saturasi mayor yaitu 90%. Jika tidak disertai penyakit paru obstruktif, fraksi inspirasi O_2 harus lebih besar dari 0,35. Pada pasien yang sakit parah, walaupun pengobatan medis telah maksimal, NIV (*Noninvasive ventilation*) dapat digunakan untuk memperbaiki oksigenasi, mengurangi laju pernapasan dan mengurangi *dyspnoea*. Selain itu, NIV dapat digunakan sebagai alternatif intubasi trakea jika pasien menjadi hiperkapnia (Forte *et al.*, 2006).

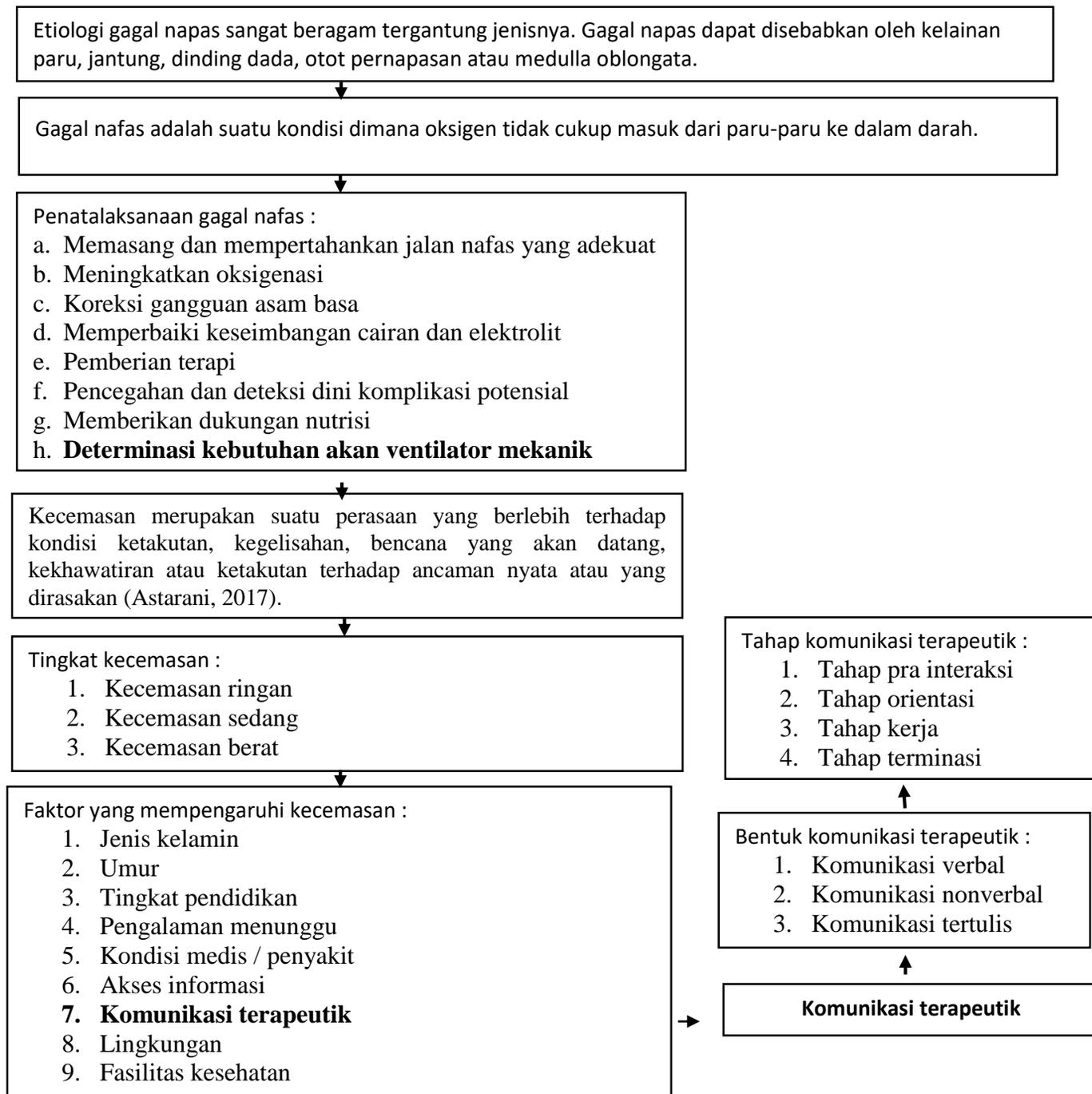
Sedangkan menurut (Gallo, 2013), penatalaksanaan pada gagal nafas adalah :

a. Memasang dan mempertahankan jalan nafas yang adekuat

- b. Meningkatkan oksigenasi
- c. Koreksi gangguan asam basa
- d. Memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit
- e. Mengidentifikasi dan terapi kondisi mendasar yang dapat dikoreksi dan penyebab presipitasi
- f. Pencegahan dan deteksi dini komplikasi potensial
- g. Memberikan dukungan nutrisi
- h. Pengkajian periodik mengenai proses, kemajuan dan respon terhadap terapi
- i. Determinasi kebutuhan akan ventilator mekanik

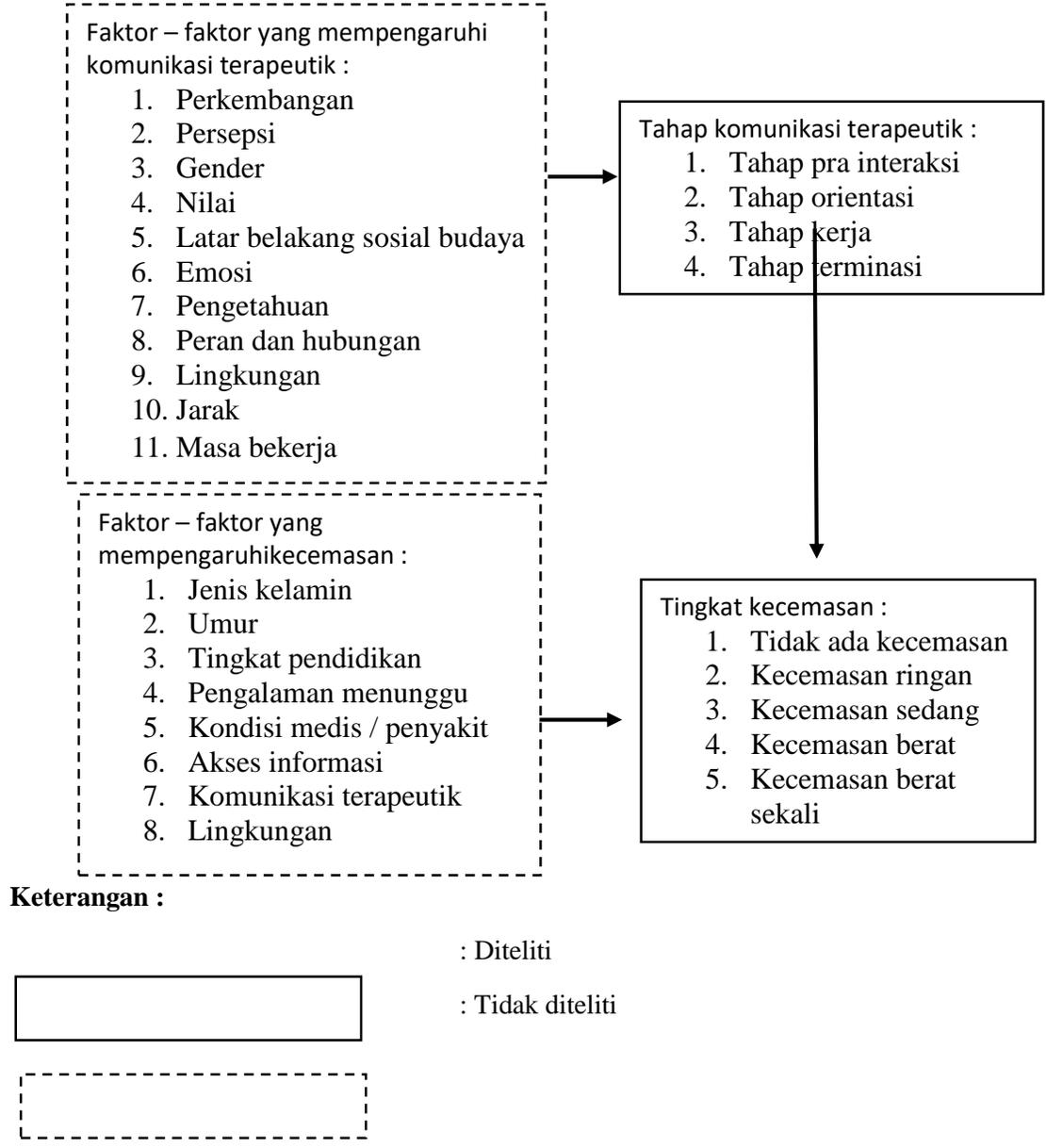
Menurut (Hawks, 2014), pada penggunaan ventilator mekanik, jenis ventilator yang digunakan adalah bertekanan positif dan bukan tekanan negative, dengan tujuan untuk memaksa udara masuk kedalam paru-paru. Tekanan positif diperlukan untuk pertukaran gas dan untuk menjaga alveolus tetap terbuka.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Skema Kerangka Teori Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Terpasang Ventilator Mekanik Pada Pasien Gagal Nafas Di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Anwar Medika

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Skema Kerangka Konseptual Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Terpasang Ventilator Mekanik Pada Pasien Gagal Nafas Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Anwar Medika

2.7 Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang terpasang ventilator mekanik pada pasien gagal napas di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Anwar Medika.