

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan membahas tentang konsep-konsep yang menjadi fokus penelitian antara lain 1) Konsep dasar komunikasi terapeutik perawat, 2) Konsep dasar pemberian injeksi, 3) Kerangka teori, 4) Kerangka konsep.

2.1 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.1.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah salah satu alat yang paling berharga bahwa perawat harus membangun hubungan atau kepercayaan. Kepercayaan ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan terbaik. Ini berarti bahwa perawat mengizinkan pasien merasa cukup aman untuk berbagi informasi seperti perasaan, frustrasi, rasa sakit, kebahagiaan, atau peningkatannya (Negi, 2017). Komunikasi terapeutik adalah dasar dari hubungan interaktif dan memberi peluang untuk membangun hubungan, memahami pengalaman klien, merumuskan secara individual atau intervensi klien dan mengoptimalkan perawatan kesehatan sumber daya (Younis, 2015). Komunikasi terapeutik yaitu mengacu pada proses dimana perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien mencapai pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal dan nonverbal (Sherko, 2013). Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat-klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif. Harapannya dengan adanya kegiatan komunikasi

yang terapeutik, lama hari rawat klien menjadi lebih pendek dan dipersingkat (Nasir, Muhith, Sajidin, & Mubarak, 2009).

Menurut beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan komunikasi terapeutik merupakan suatu tata cara seorang perawat untuk membangun hubungan saling percaya dalam proses kesembuhan pasien dan untuk memahami pesan yang disampaikan oleh seorang perawat kepada pasien.

2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Menurut Anjaswarni, (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik ditentukan oleh:

2.1.2.1 Spesifikasi tujuan komunikasi

Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas. Misalnya, tujuan komunikasi adalah mengubah perilaku dan sikap klien, maka komunikasi diarahkan untuk mengubah perilaku dari yang maladaptif ke adaptif.

2.1.2.2 Lingkungan nyaman

Lingkungan yang nyaman adalah lingkungan yang kondusif untuk terjalinnya hubungan dan komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat. Lingkungan yang tenang atau lingkungan yang sejuk adalah lingkungan yang nyaman untuk berkomunikasi. Lingkungan yang dapat melindungi privasi akan memungkinkan komunikan dan komunikator saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.

2.1.2.3 Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak)

Kemampuan komunikator dan komunikan untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.

2.1.2.4 Percaya diri

Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.

2.1.2.5 Berfokus kepada klien

Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.

2.1.2.6 Stimulus yang optimal

Stimulus yang optimal adalah penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.

2.1.2.7 Mempertahankan jarak personal

Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalinnya komunikasi yang efektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalinnya komunikasi terapeutik adalah satu lengan (40 cm). Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan (agama), budaya, dan strata sosial.

2.1.3 Jenis Komunikasi Terapeutik

Menurut Lalongwe, (2014) komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Ada dua jenis komunikasi yaitu verbal dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik. Untuk pembahasan kali ini dititikberatkan pada komunikasi verbal dan non verbal.

2.1.3.1 Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal merupakan bentuk komunikasi menggunakan kata-kata, dan didalamnya mencakup komunikasi bahasa lisan dan bahasa. Dalam melaksanakan komunikasi verbal ini terdapat beberapa unsur yang menjadi bagian penting dalam proses komunikasi. Beberapa unsur penting tersebut di antaranya sebagai berikut :

1) Bahasa

Bahasa merupakan suatu sistem lambang yang memungkinkan orang-orang berbagi makna. Dalam komunikasi verbal, lambang bahasa di pergunakan adalah bahasa verbal baik lisan maupun tertuliskan pada kertas, ataupun elektronik.

2) Kata

Kata adalah lambang terkecil dalam bahasa. Kata merupakan lambang yang melambangkan atau mewakili sesuatu hal, apakah orang, barang, kejadian, atau keadaan.

2.1.3.2 Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi ekspresi bahasa tubuh yang tampil dalam bentuk nada suara, ekspresi wajah atau seluruh yang berkaitan gerakan anggota tubuh manusia dalam proses komunikasi. Dalam menyampaikan informasi, konselor perlu mempertahankan kontak mata dengan lawan bicara, menggunakan nada suara yang ramah dan bersahabat. Komunikasi nonverbal tanpa mempergunakan kata-kata seperti komunikasi verbal meskipun kedua bentuk komunikasi ini kadang berlangsung bersamaan seperti pada contoh di atas. Komunikasi nonverbal ini disebut juga bahasa tubuh karena menggunakan anggota tubuh untuk mengekspresikan sesuatu bahkan melalui bahasa tubuh seseorang mengirim pesan

Komunikasi non verbal terdiri dari :

- 1) *Kinesics* yang meliputi ekspresi muka, gesture (gerak, isyarat, sikap), gerakan tubuh dan posture, gerak mata atau kontak mata.
- 2) *Paralanguage* meliputi kualitas suara; irama, volume, kejernihan. Vokal tanpa bahasa; suara tanpa adanya struktur linguistik, misalnya sedu sedan, tertawa, mendengkur,

mengerang, merintih, hembusan nafas, nafas panjang dan lain sebagainya.

- 3) *Proxemics* yang meliputi posisi jarak dalam komunikasi dengan seseorang.
- 4) Sentuhan. Sentuhan penting dilakukan pada situasi emosional. Sentuhan dapat menunjukkan arti “saya peduli”.

2.1.4 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Priyanto, (2009) komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih konstruktif dan adaptif. Selain itu komunikasi terapeutik juga diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi hal-hal berikut ini :

- 1) Penerimaan diri dan peningkatan terhadap penghormatan diri

Klien yang sebelumnya tidak menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang klien tentang dirinya dan masa depannya sehingga klien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya.

- 2) Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.

Sebagian klien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya. Tugas perawat dengan kondisi seperti itu adalah membimbing klien dalam membuat tujuan yang realistis serta meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhan dirinya.

3) Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri

Identitas personal yang dimaksud adalah status, peran, dan jenis kelamin klien. Klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan juga memiliki harga diri yang rendah. Perawat diharapkan membantu klien untuk meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri klien melalui komunikasinya.

2.1.5 Teknik-teknik dalam Komunikasi Terapeutik

Menurut Manurung, (2011) karakter setiap klien tidak sama, oleh karena itu diperlukan penerapan teknik berkomunikasi yang berbeda pula. Teknik-teknik dalam komunikasi terapeutik, yaitu :

1) Mendengarkan dengan penuh perhatian.

Dalam hal ini perawat berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan klien. Satu-satunya orang yang dapat menceritakan kepada perawat tentang perasaan, pikiran dan persepsi klien adalah klien itu sendiri.

Sikap yang dibutuhkan untuk menjadi pendengar yang baik adalah pandang klien saat sedang bicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari gerakan yang tidak perlu, anggukkan kepala jika klien membicarakan hal yang penting atau memerlukan umpan balik, condong tubuh ke arah lawan bicara.

2) Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau

ketidaksetujuan. Perawat harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya.

Berikut ini adalah sikap perawat yang menyatakan penerimaan mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menyatakan pengertian, memastikan bahwa isyarat non verbal cocok dengan komunikasi verbal, menghindari perdebatan, ekspresi keraguan atau usaha untuk mengubah pikiran klien.

3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh klien. Oleh karena itu pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya klien. Sebagai contoh : “Tadi anda katakan anda memiliki 3 orang saudara, siapa yang anda rasa paling dekat dengan anda ?”

4) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri

Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan. Contoh: Klien “Saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga”. Perawat “Saudara mengalami kesulitan untuk tidur”.

5) Mengklarifikasi

Klarifikasi terjadi saat perawat berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata, ide atau teknik ini adalah untuk menyamakan pengertian.

Contoh perawat dapat mengatakan “saya tidak yakin saya mengikuti apa yang anda katakan “atau” apa yang anda maksudkan dengan . . .

6) Memfokuskan

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika klien menyampaikan masalah yang penting. Contoh: “Hal ini tampaknya penting, mari kita bicarakan lebih dalam lagi” atau” apa yang sudah kita sepakati untuk bicarakan?”

7) Menyatakan hasil observasi

Perawat harus memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya, sehingga klien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Dalam hal ini perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal klien. Teknik ini sering kali membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa perawat harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan. Contoh: “Anda tampak tegang” atau” anda tampak tidak tenang apabila anda....

8) Menawarkan informasi

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien. Perawat tidak dibenarkan memberikan nasihat kepada klien ketika memberikan informasi, karena tujuan dari tindakan ini adalah memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan.

9) Diam

Diam akan memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode ini memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak maka akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri. Mengorganisir pikiran dan memproses informasi. Diam terutama berguna pada saat klien harus mengambil keputusan.

10) Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya. Disamping itu, meringkas membantu perawat untuk mengulang aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan kepada interaksi berikutnya. Contoh : “Selama lima belas menit ini anda dan saya telah membicarakan.....”

11) Memberikan penghargaan

Penghargaan janganlah menjadi beban untuk klien dalam arti jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya. Selain itu, teknik ini tidak pula dimaksudkan untuk menyatakan bahwa yang ini bagus dan yang sebaliknya buruk. Contoh : “Ibu tampak cocok sekali mengenakan baju berwarna kuning ini”.

12) Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan kepada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, perawat dapat menstimulusnya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan. Contoh : “Adakah sesuatu yang anda bicarakan?” atau “apakah yang sedang anda pikirkan?”

13) Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan. Teknik ini juga mengindikasikan bahwa perawat mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya. Perawat lebih berusaha menafsirkan diri pada mengarahkan diskusi/pembicaraan. Contoh: “....Teruskan...” atau “Dan kemudian...?” Atau “Coba ceritakan kepada saya tentang hal tersebut”.

14) Menempatkan kejadian secara berurutan

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian akan menuntun perawat dan klien untuk melihat kejadian berikutnya yang merupakan akibat dari kejadian sebelumnya dan juga dapat menemukan pola kesukaran interpersonal klien. Contoh : “Apakah yang terjadi sebelum dan sesudah kejadian tersebut?” atau “kapan kejadian tersebut terjadi?”.

15) Memberikan kesempatan kepada klien untuk menguraikan persepsinya

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat. Sementara itu perawat harus waspada terhadap gejala ansietas yang mungkin muncul. Contoh: “Coba ceritakan kepada saya bagaimana perasaan saudara saat akan dioperasi”.

16) Refleksi

Refleksi memberikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Dengan demikian perawat mengindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, membuat keputusan dan memikirkan dirinya sendiri. Contoh :Klien :”Apakah menurut anda sendiri anda harus mengatakannya ?” .

2.1.6 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Pieter, (2017) sebagaimana kita ketahui bahwa komunikasi terapeutik berupaya untuk membangun hubungan yang konstruktif antara perawat dan pasien (klien) yang berkenaan dengan upaya keperawatan dan penyembuhan penyakit. Oleh karenanya, sangat penting bagi perawat untuk memahami prinsip dasar komunikasi terapeutik berikut ini :

- 1) Hubungan perawat dan pasien (klien) adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan, didasarkan pada prinsip *humanity of nurse and clients*. Hubungan ini tidak hanya sekedar hubungan

seorang penolong (perawat) dengan pasien (klien), tetapi hubungan antara manusia yang bermartabat.

- 2) Perawat harus menghargai keunikan pasien (klien), menghargai perbedaan karakter, memahami perasaan dan perilaku pasien (klien).
- 3) Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri baik pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dari harga diri pasien (klien).
- 4) Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya (*trust*) harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah. Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien (klien) merupakan kunci dalam komunikasi terapeutik.

2.1.7 Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut Koezier & Erb's, (2015) komunikasi terapeutik mempunyai beberapa tahapan yaitu sebagai berikut :

2.1.7.1 Tahap Pra Interaksi

Ungkapan pra-interaksi mirip dengan tahap perencanaan sebelum wawancara dalam kebanyakan situasi, perawat memiliki informasi tentang orang yang mereka rawat sebelum pertemuan tatap muka pertama. Informasi tersebut dapat mencakup nama orang, alamat, usia, sejarah medis, sejarah sosial dan / atau alasan untuk mencari bantuan. Merencanakan wawancara awal dapat menimbulkan perasaan cemas pada perawat. Jika perawat

mengenali perasaan-perasaan ini, mengidentifikasi informasi spesifik untuk didiskusikan dan menstabilkan dukungan kolegal dari dalam tim perawatan kesehatan, hasil positif dapat berkembang. Sebagai alternatif, kegagalan untuk berhasil menegosiasikan tahap pra interaksi ini dapat membatasi jumlah informasi yang orang tersebut ingin ungkapkan oleh perawat dapat dikumpulkan. Jika orang tersebut tidak merasa dihormati atau aman, mereka dapat menahan detail penting tentang kesehatan mereka. Khususnya jika mereka merasa mereka dapat dinilai dengan menemukan kembali informasi yang mungkin tidak disetujui oleh perawat (Rossiter, Scolt & Walton, 2014). Tanpa informasi yang benar dan lengkap, perawat dapat digunakan secara efektif dalam penalaran klinis karena semua keputusan dan tindakan selanjutnya akan diinformasikan, menempatkan keselamatan orang tersebut dalam risiko (Levelt-Jones & Hoffman, 2013).

2.1.7.2 Tahap Orientasi

Tahap pengantar, juga disebut sebagai tahap orientasi atau tahap *prehelping*, penting karena menetapkan nada untuk sisa hubungan. Selama pertemuan awal ini, orang yang dirawat dan perawat erat mengamati satu sama lain dan membentuk penilaian tentang satu sama lain. Tiga komponen dari fase pengantar ini adalah membuka hubungan, mengklarifikasi masalah, dan

menyusun dan merumuskan kontrak. Tugas penting lainnya dari fase pengantar termasuk saling mengenal dan mengembangkan kepercayaan. Setelah diperkenalkan, perawat mungkin awalnya terlibat dalam beberapa interaksi sosial untuk membuat orang itu nyaman. Misalnya, mereka mungkin berbicara tentang hari yang menyenangkan dan apa yang ingin mereka lakukan jika di rumah. Penelitian menunjukkan bahwa dengan mendorong orang tersebut untuk menanggapi pembicaraan sosial, perawat mengembangkan hubungan. Hubungan ini dapat membantu memfasilitasi komunikasi yang efektif dan mengembangkan hubungan terapeutik. Selama fase pengantar, orang tersebut mungkin menampilkan beberapa perilaku resistif. Perilaku resistif adalah perilaku yang menghambat keterlibatan, kerja sama, atau perubahan. Ini mungkin karena kesulitan dalam mengakui perlunya bantuan dan dengan demikian peran yang tergantung, rasa takut untuk mengungkapkan dan menghadapi perasaan, kerepotan tentang ketidaknyamanan yang dilibatkannya dalam mengubah pola perilaku penyebab masalah, dan ketakutan atau kecemasan dalam menanggapi pendekatan perawat. Yang mungkin menurut pendapat orang tersebut, tidak pantas. Perilaku resistif dapat ia atasi dengan menyampaikan sikap peduli, minat tulus pada orang tersebut dan kompetensi. Perilaku perawat ini juga membantu perkembangan kepercayaan dalam hubungan.

Kepercayaan dapat digambarkan sebagai ketergantungan pada seseorang tanpa keraguan atau pertanyaan, keyakinan bahwa orang lain mampu membantu di saat-saat kesusahan dan kemungkinan besar akan melakukannya. Memercayai orang lain melibatkan resiko : orang menjadi rentan ketika mereka berbagi pikiran, perasaan, dan sikap dengan perawat. Namun demikian, kepercayaan memungkinkan orang tersebut untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan secara terbuka dan tanpa takut akan konsekuensi yang merugikan. Pada akhir tahap ini, orang yang dirawat oleh perawat harus mulai dari:

- 1) Kembangkan kepercayaan pada perawat
- 2) Melihat perawat sebagai profesional yang kompeten yang mampu membantu
- 3) Melihat perawat sebagai jujur, terbuka dan peduli dengan kesejahteraan mereka
- 4) Percaya perawat akan memahami dan menghormati nilai-nilai dan keyakinan mereka yang sederhana
- 5) Rasa nyaman berbicara dengan perawat tentang perasaan dan masalah sensitive lainnya
- 6) Rasakan bahwa mereka adalah peserta aktif dalam mengembangkan rencana perawatan yang disetujui bersama.

2.1.7.3 Tahap kerja

Selama tahap kerja dari hubungan terapeutik, perawat dan orang yang mereka rawat mulai memandang satu sama lain sebagai individu yang unik. perawat membantu mereka mengeksplorasi pikiran, perasaan, dan tindakan serta membantu mereka merencanakan perawatan untuk memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. Mereka mulai menghargai dan peduli satu sama lain. Kepedulian mencakup kepedulian yang tulus tentang kesejahteraan orang lain. Begitu perhatian mengembangkan potensi peningkatan empati. Tahap kerja memiliki dua tahap utama yaitu :Mengeksplorasi dan memahami pikiran dan perasaan, memfasilitasi dan mengambil tindakan.

1) Mengeksplorasi dan memahami pikiran dan perasaan

Menjelajahi dan memahami pikiran dan perasaan perawat membutuhkan keterampilan berikut untuk frasa hubungan terapeutik ini:

a) Mendengarkan dan merespons secara simpatik.

Perawat harus mendengarkan secara aktif dan merespons dengan cara yang mengindikasikan mereka telah mendengarkan apa yang dikatakan dan memahami bagaimana perasaan orang itu. Perawat merespons konten atau perasaan atau keduanya, jika perlu. Perilaku nonverbal perawat menunjukkan

empati termasuk anggukan kepala sedang, tatapan mantap, gerak tubuh sedang dan sedikit aktivitas atau gerakan tubuh. Mendengarkan secara empati berfokus pada semacam 'being with' yang mendorong ekspresi yang berkelanjutan. Itu mengembangkan pemahaman tentang orang itu dan dunianya untuk mengurangi rasa keterasingan seseorang. Namun, pemahaman yang berkembang juga harus dikomunikasikan secara efektif melalui respons empati. Hasil akhir dari empati adalah menghibur dan merawat orang itu serta hubungan yang membantu dan menyembuhkan.

b) Menghormati

Perawat harus menunjukkan rasa hormat kepada orang tersebut, kesediaan mereka untuk tersedia, dan keinginan untuk bekerja dengan orang tersebut. Sikap perawat harus menyampaikan bahwa mereka memperhatikan sudut pandang orang tersebut dengan serius.

c) Keaslian

Perawat menunjukkan keaslian melalui sikap dan perilaku mereka. Mereka menunjukkan pikiran dan perasaan mereka yang sebenarnya dan terlihat nyaman dengan diri mereka sendiri ketika mereka bersama

orang-orang yang mereka sayangi. Bila digunakan secara efektif, keaslian bermanfaat bagi perawat dan orang tersebut dalam perawatan mereka

d) Kekonkretan

Perawat harus membantu orang tersebut untuk menjadi konkret dan spesifik daripada berbicara secara umum. ketika orang itu berkata 'Aku bodoh dan ceroboh'. Perawat mempersempit topik dengan spesifik dengan menunjukkan, "Anda tersandung karpet".

e) Konfrontasi.

Perawat menunjukkan perbedaan antara pikiran, perasaan dan tindakan yang menghambat pemahaman diri seseorang atau eksplorasi bidang-bidang tertentu. Ini harus dilakukan secara sensitif dan tidak menghakimi.

Selama tahap fase kerja ini, intensitas interaksi meningkat dan perasaan seperti kemarahan, rasa malu atau kesadaran diri dapat diekspresikan. Jika perawat terampil dalam tahap ini, dan jika orang yang berada dalam perawatan mereka bersedia melakukan eksplorasi diri, hasilnya adalah pemahaman awal tentang kebutuhan, perilaku, dan perasaannya.

2) Memfasilitasi tindakan

Pada akhirnya, orang yang dirawat perawat harus membuat keputusan dan mengambil tindakan untuk maju. Tanggung jawab atas tindakan adalah milik mereka. Perawat, bagaimanapun, berkolaborasi dalam keputusan ini, memberikan dukungan dan dapat menawarkan opsi atau informasi. Ada risiko di sini bahwa perawat mungkin merasa bertanggung jawab untuk 'melakukan sesuatu' dan mungkin secara tidak tepat mengambil masalah orang tersebut. Ketika ini terjadi, itu adalah tanda peringatan bahwa perawat telah menjadi terlalu terlibat dan mungkin telah melewati batas dalam hubungan terapeutik.

2.1.7.4 Tahap Terminasi

Tahap terminasi atau pemutusan hubungan mungkin sulit atau penuh dengan ambivalensi. Namun, jika fase sebelumnya telah berevolusi secara efektif, orang dalam perawatan perawat umumnya memiliki pandangan positif dan merasa mampu menangani masalah secara mandiri. Sebaliknya, karena kepedulian Sikap telah berkembang, itu wajar untuk mengharapkan beberapa perasaan kehilangan dan masing-masing perawat perlu mengembangkan cara untuk mengucapkan selamat

tinggal. Banyak metode yang dapat digunakan untuk mengakhiri hubungan terapeutik. Meringkas dapat menghasilkan rasa pencapaian. Ini mungkin termasuk berbagi kenangan tentang bagaimana hal-hal di awal hubungan dan membandingkannya dengan bagaimana mereka sekarang. Ini juga bermanfaat bagi perawat dan orang tersebut untuk mengungkapkan perasaan mereka tentang pemutusan hubungan kerja secara terbuka dan jujur. Diskusi pengakhiran ini harus dimulai sebelum perpisahan yang sebenarnya. Ini memungkinkan orang untuk menyesuaikan diri dengan independensi. Dalam beberapa situasi diperlukan rujukan, atau mungkin lebih tepat untuk menawarkan pertemuan tindak lanjut untuk memberikan dukungan dan memonitor independensi. Panggilan telepon tindak lanjut adalah intervensi lain yang memudahkan transisi seseorang ke independensi.

2.1.8 Faktor-Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Faktor-faktor yang menghambat komunikasi terapeutik, antara lain adanya perbedaan persepsi, kurangnya pengetahuan, terlalu cepat menyimpulkan, adanya pandangan *stereotype*, kurangnya minat, sulit mengekspresikan diri, adanya tipe kepribadian tertentu (Anjaswarni, 2016).

2.1.9 Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik

Tabel 2.1 Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik (Saputra, 2013).

No.	Variabel yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	Interaksi Perawat-Pasien			
A.	Fase Perkenalan/Orientasi			
	1. Memberi salam, memanggil pasien dengan nama panggilan yang disenangi pasien dan mencocokkan dengan gelang identitas			
	2. Memperkenalkan diri kepada pasien			
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien dan keluarganya			
	4. Menjelaskan kerahasiaan			
	5. Memberi kesempatan bagi pasien atau keluarga untuk bertanya			
	6. Menanyakan keluhan utama pasien			
B.	Fase Kerja			
	1. Memulai kegiatan atau tindakan dengan cara yang baik			
	2. Melaksanakan kegiatan sesuai rencana atau melakukan tindakan sesuai prosedur			
C.	Fase Terminasi			
	1. Menanyakan perasaan pasien setelah kegiatan			
	2. Menyimpulkan hasil kegiatan			
	3. Memberikan <i>reinforcement</i> positif atas kemajuan pasien			
	4. Merencanakan tindak lanjut			
	5. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
	6. Mengakhiri kegiatan dengan baik (memberi salam)			
II.	Sikap Perawat			
A.	Penampilan Fisik			
	1. Rapi			
	2. Bersih			
	3. Serasi			
B.	Kehadiran Fisik			
	1. Berhadapan			
	2. Mempertahankan kontak mata			
	3. Tersenyum pada saat yang tepat			
	4. Membungkuk ke arah pasien			

	5. Mempertahankan sikap terbuka			
	6. Tetap rileks			
	7. Dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam berespons dengan pasien			
C.	Empati			
	1. Menunjukkan minat, perhatian, kehangatan, dan ketulusan melalui ekspresi wajah atau sikap tubuh			
	2. Mempertahankan kekonsistenan nada suara dengan ekspresi wajah dan respons verbal			
	3. Memberikan sentuhan sesuai kebutuhan			
	Total Nilai			

Keterangan :
0 = tidak dilakukan
1 = dilakukan, tetapi tidak sempurna
2 = dilakukan dengan sempurna

Penilaian :

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai} \times 2} \times 100\%$$

2.2 Konsep Dasar Pemberian Injeksi

2.2.1 Definisi Pemberian Injeksi

Menurut Mubarak, Indrawati, & Susanto, (2015) pemberian injeksi merupakan prosedur invasif yang harus dilakukan dengan menggunakan teknik steril, setelah jarum menembus kulit, muncul risiko infeksi, rute yang diberikan perawat adalah rute SC, IM, IC, dan IV. Karakteristik jaringan memengaruhi absorpsi obat dan awitan kerja obat. Sebelum menyuntikkan sebuah obat, volume obat yang akan diberikan harus diketahui terlebih dahulu, konsekuensi serius dapat

terjadi jika injeksi diberikan tidak tepat. Kegagalan dalam memilih tempat injeksi yang tepat, dapat menyebabkan kerusakan saraf atau tulang selama insersi jarum. Menginjeksi obat dalam volume yang terlalu besar di tempat yang dipilih dapat menimbulkan nyeri hebat dan dapat mengakibatkan kerusakan jaringan setempat. Setiap tipe injeksi membutuhkan keterampilan yang tertentu untuk menjamin obat mencapai lokasi yang tepat.

2.2.2 Pemberian Injeksi Sub Cutan (SC)

Injeksi Sub Cutan yaitu pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan subkutan di bawah kulit dengan menggunakan spuit, atau penyuntikan obat di bawah kulit yaitu pada jaringan konektif atau lemak di bawah dermis, misalnya penyuntikan insulin pada klien diabetes. Biasanya untuk obat yang diberikan dalam jumlah 1 cc, contohnya insulin dan adrenalin. Tujuannya yaitu memasukkan sejumlah toksin atau obat pada jaringan subkutan untuk diabsorpsi.

2.2.2.1 Indikasi dan Kontraindikasi

1) Indikasi

Bisa dilakukan pada pasien yang tidak sadar dan tidak mau bekerja sama, karena tidak memungkinkan diberikan obat secara oral, bebas dari infeksi, lesi kulit, jaringan parut, tonjolan tulang, otot, atau saraf besar di bawahnya, obat dosis kecil yang larut dalam air.

2) Kontraindikasi

Obat yang merangsang, obat dalam dosis besar, dan tidak larut dalam air atau minyak.

2.2.2.2 Tempat Injeksi

- 1) Lengan atas bagian luar dan paha anterior
- 2) Daerah abdomen, dada
- 3) Area scapula pada punggung atas
- 4) Paha bagian luar/depan, daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas

2.2.2.3 Prosedur Pemberian Injeksi Sub Cutan (SC)

1) Persiapan Alat

- a) Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- b) Kapas alcohol
- c) Sarung tangan sekali pakai (bersih)
- d) Obat yang sesuai
- e) Spuit 2 ml dengan ukuran 25, panjang jarum $\frac{1}{2}$ -5/8 inci
- f) Bak spuit
- g) Baki obat
- h) Plester
- i) Kasa steril (jika perlu)
- j) Bengkok

2) Prosedur Pelaksanaan

- a) Cuci tangan

- b) Siapkan obat sesuai dengan prinsip “lima benar”.
- c) Beritahu klien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan
- d) Atur klien pada posisi yang nyaman
- e) Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan, atau rasa gatal. Area penusukan yang utama adalah area pada lengan bagian atas dan paha anterior. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri yang berlebihan.
- f) Pakai sarung tangan
- g) Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alcohol, dengan gerakan sirkular dari arah dalam ke luar dengan diameter sekitar 5 cm
- h) Tunggu sampai kering lalu pegang kapas alcohol dengan jari-jari tengah pada tangan nondominan
- i) Buka tutup jarum
- j) Tarik kulit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari tangan non dominan
- k) Dengan ujung jarum menghadap ke atas dan menggunakan tangan dominan, masukkan jarum dengan sudut 45^0 atau dengan sudut 90^0 (untuk orang gemuk). Orang yang gemuk memiliki jaringan subkutan yang lebih tebal
- l) Lepaskan tarikan tangan non dominan
- m) Tarik *plunger* dan observasi adanya darah pada spuit

- n) Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan-lahan
 - o) Jika ada darah lakukan hal berikut :
 - (1) Tarik kembali jarum dari kulit
 - (2) Tekan tempat penusukan selama dua menit
 - (3) Observasi adanya hematoma atau memar
 - (4) Jika perlu, berikan plester
 - (5) Siapkan obat yang baru, mulai dengan langkah nomor satu, pilih area penusukan yang baru
 - p) Cabut jarum dengan sudut yang sama ketika jarum dimasukkan, sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alcohol pada area penusukan
 - q) Jika terdapat perdarahan, tekan area tersebut dengan menggunakan kasa steril sampai perdarahannya berhenti
 - r) Kembalikan posisi klien
 - s) Buang peralatan yang tidak diperlukan ke tempatnya masing-masing
 - t) Buka sarung tangan dan cuci tangan
 - u) Dokumentasikan tindakan yang dilaksanakan
- 3) Hal-hal yang perlu diperhatikan
- a) Tempat injeksi
 - b) Jenis spuit dan jarum suntik yang akan digunakan
 - c) Infeksi yang mungkin terjadi selama injeksi
 - d) Kondisi atau penyakit klien

- e) Apakah pasien yang akan diinjeksi adalah pasien yang tepat?
- f) Obat yang akan diberikan harus benar
- g) Dosis yang akan diberikan harus benar
- h) Cara atau rute pemberian yang benar
- i) Waktu yang tepat dan benar

2.2.3 Pemberian Injeksi Intra Muskuler (IM)

Prodi S-1 Keperawatan, (2013) rute intramuskuler memberikan absorpsi obat lebih cepat karena daerah ini memiliki pembuluh darah yang banyak. Namun, penyuntikan IM dikaitkan dengan berbagai resiko. Oleh karena itu, sebelum penyuntikan IM harus dipastikan bahwa injeksi yang dilakukan sangat penting. Gunakan jarum yang panjang dan gauge yang besar untuk melewati jaringan subkutan dan penetrasi jaringan otot yang dalam.

2.2.3.1 Tujuan

- 1) Pemberian obat dengan intramuscular bertujuan agar absorpsi obat lebih cepat disbanding dengan pemberian secara subcutan karena lebih banyaknya suplai darah di otot tubuh.
- 2) Untuk memasukkan dalam jumlah yang lebih besar disbanding obat yang diberikan melalui subcutan.
- 3) Pemberian dengan cara ini dapat pula mencegah atau mengurangi iritasi obat.

2.2.3.2 Prosedur Pemberian injeksi Intra Muskuler (IM)

- 1) Persiapan Alat-alat

- a) S spuit dan jarum steril sesuai dengan ukuran
- b) Kapas alcohol 70%
- c) Obat-obat injeksi
- d) Bengkok

2) Persiapan Pasien

- a) Mengidentifikasi pasien
- b) Mengkaji riwayat alergi
- c) Memberitahukan pasien tentang tindakan yang akan dilakukan
- d) Menyiapkan lingkungan pasien
- e) Mengobservasi reaksi pasien

3) Pelaksanaan

- a) Cuci tangan dan kenakan sarung tangan steril.
- b) Menyiapkan dosis obat
- c) Menentukan lokasi injeksi
- d) Mendesinfeksi lokasi-lokasi tusukan
- e) Menentukan jarum injeksi dengan sudut 90 derajat
- f) Melakukan aspirasi
- g) Memasukkan obat secara perlahan
- h) Mencabut jarum
- i) Melakukan pengurutan
- j) Membereskan alat-alat
- k) Mencuci tangan

- l) Mengobservasi reaksi obat
- m) Sikap
- n) Teliti
- o) Tidak ragu-ragu

2.2.4 Pemberian Injeksi Intra Cutan (IC)

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2013) injeksi intra cutan (IC) adalah pemberian obat yang dilakukan dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan kulit yang dilakukan untuk tes alergi terhadap obat yang akan diberikan. Pada umumnya diberikan pada pasien yang akan diberikan obat antibiotic. Pemberian intrakutan pada dasarnya di bawah kulit atau dapat di bawah dermis/epidermis. Secara umum pada daerah lengan tangan dan daerah ventral.

2.2.3.1 Alat dan Bahan

- a) Catatan pemberian obat
- b) Obat dalam tempatnya
- c) Spuit 1 cc/spuit insulin
- d) Kapas alcohol dalam tempatnya
- e) Cairan pelarut
- f) Bak injeksi
- g) Bengkok
- h) Perlak dan alasnya

2.2.3.2 Prosedur kerja

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan

- 2) Cuci tangan
- 3) Bebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan
- 4) Pasang perlak/pengalas pada bawah daerah yang akan dilakukan injeksi intrakutan
- 5) Ambil obat yang akan dilakukan tes alergi. Kemudian larutkan/encerkan dengan aquadest (cairan pelarut), ambil 0,55 cc dan encerkan lagi sampai 1 cc, lalu siapkan pada bak steril (bak injeksi)
- 6) Desinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol
- 7) Tegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan disuntik/diinjeksi
- 8) Lakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap ke atas membentuk sudut 15-20° terhadap permukaan kulit
- 9) Semprotkan obat hingga terjadi gelembung
- 10) Tarik spuit dan tidak boleh dilakukan masase (berpindah tempat)
- 11) Catat reaksi pemberian
- 12) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- 13) Dokumentasikan prosedur pemberian obat atau tes alergi dan respons pasien

2.2.5 Pemberian Injeksi Intra Vena (IV)

Menurut Lestari, (2016) injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit.

2.2.5.1 Adapun tempat injeksi adalah :

- 1) Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
- 2) Pada tungkai (vena saphenous)
- 3) Pada leher (vena jugularis)
- 4) Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

2.2.5.2 Tujuan:

- 1) Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi daripada dengan injeksi parenteral lain
- 2) Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
- 3) Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar

2.2.5.3 Prosedur

- 1) Persiapan Peralatan
 - a) Spuit dan jarum suntik
 - b) Obat yang diperlukan (vial atau ampul)
 - c) Bak spuit steril
 - d) Kapas alcohol
 - e) Kassa steril untuk membuka ampul (bila perlu)
 - f) Karet pembendung atau tourniquet
 - g) Gergaji ampul (bila perlu)

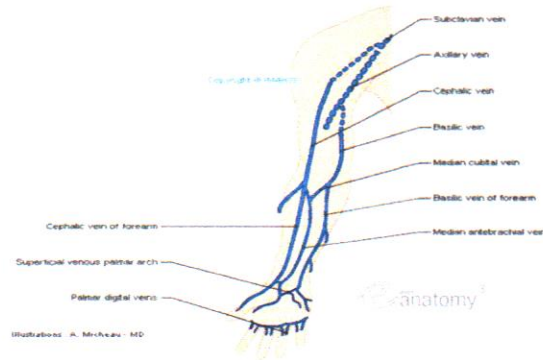
- h) 2 bengkok (satu berisi cairan desinfektan)
- i) Pengalas (bila perlu)
- j) Sarung tangan steril
- k) Daftar/formulir pengobatan

2) Persiapan Pasien

- a) Telaah pesanan dokter untuk memastikan nama obat, dosis dan rute pemberian
- b) Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
- c) Jelaskan prosedur pada pasien
- d) Jaga privasi pasien dengan menutup pintu ruangan atau menarik korden

3) Langkah-langkah

- a) Siapkan obat, masukkan obat dari vial atau ampul dengan cara yang benar
- b) Bantu klien untuk posisi yang nyaman dan rileks/berbaring dengan tangan dalam keadaan lurus
- c) Membebaskan area yang akan disuntik dari pakaian
- d) Pilih area penyuntikan yang tepat (bebas dari edema, massa, nyeri tekan, jaringan parut, kemerahan/inflamasi, gatal)
- e) Tentukan dan cari vena yang akan di tusuk (vena basilika dan sefalika)



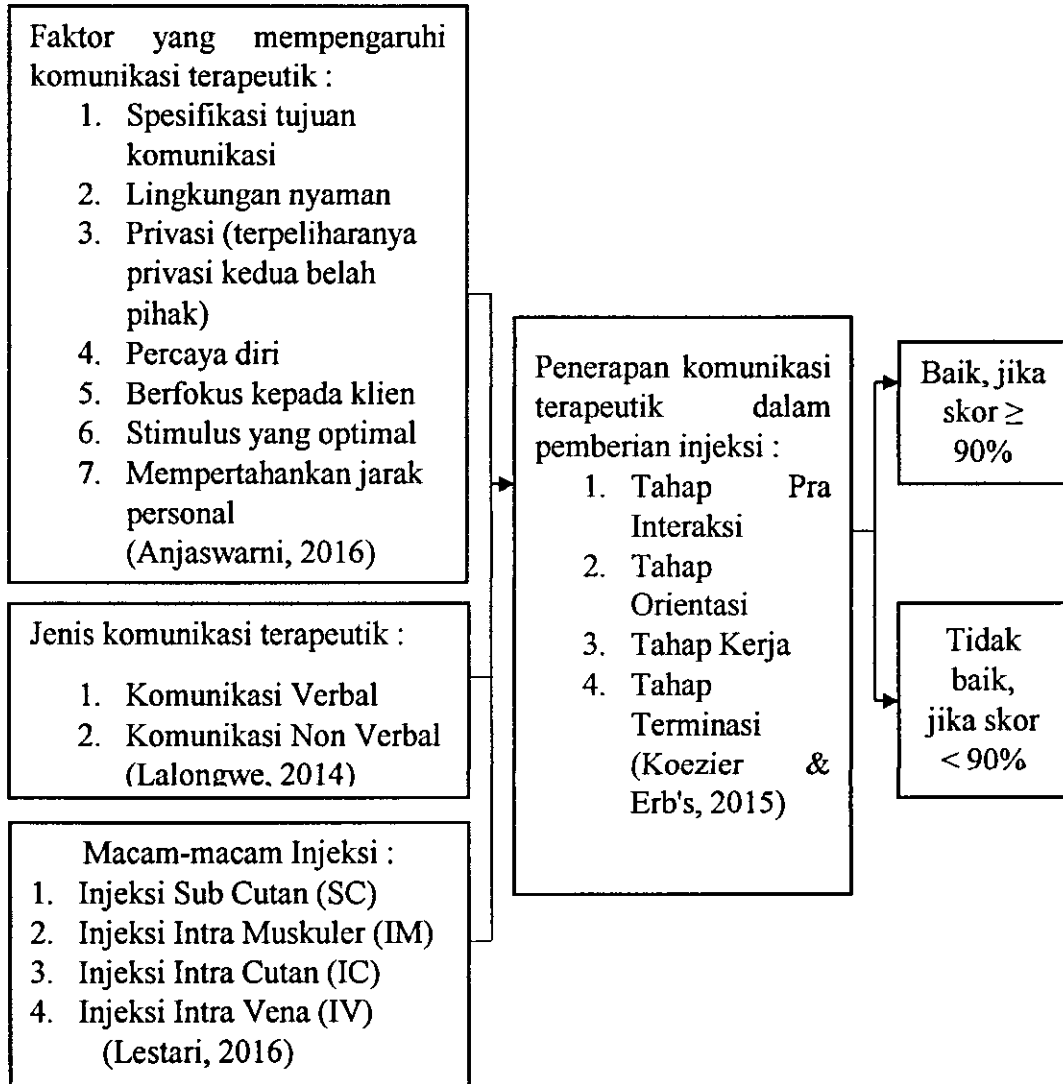
Gambar 2.1 Injeksi Intra Vena

- f) Memakai sarung tangan
- g) Membersihkan tempat penyuntikan dengan mengusap kapas alcohol dari arah atas ke bawah menggunakan tangan yang tidak untuk menginjeksi
- h) Lakukan pembendungan di bagian atas area penyuntikan dan anjurkan klien mengepalkan tangan
- i) Siapkan spuit, lepaskan kap penutup secara tegak lurus sambil menunggu antiseptik kering dan keluarkan udara dari spuit
- j) Pegang spuit dengan salah satu tangan yang dominan antara ibu jari telunjuk dengan telapak tangan menghadap ke bawah
- k) Regangkan kulit dengan tangan non dominan untuk menahan vena, kemudian secara pelan tusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas kedalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena

- l) Pegang pangkal jarum dengan tangan non dominan sebagai fiksasi
- m) Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger, bila terhisap darah lepaskan tourniquet kepalan tangan klien kemudian dorong obat pelan-pelan kedalam vena
- n) Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, bekas tusukan ditekan dengan kapas alcohol
- o) Buang spuit tanpa harus menutup jarum dengan kapnya (guna mencegah cidera pada perawat) pada tempat pembuangan secara benar
- p) Melepaskan sarung tangan dan merapihkan pasien
- q) Membereskan alat-alat
- r) Mencuci tangan
- s) Catat pemberian obat yang telah dilaksanakan (dosis, waktu, cara) pada lembar obat atau catatan perawat
- t) Evaluasi respon klien terhadap obat 15 s.d 30 menit.

2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan hasil resume dalam bentuk skema terhadap teori yang dipelajari yang mendasari masalah riset yang akan dilaksanakan.

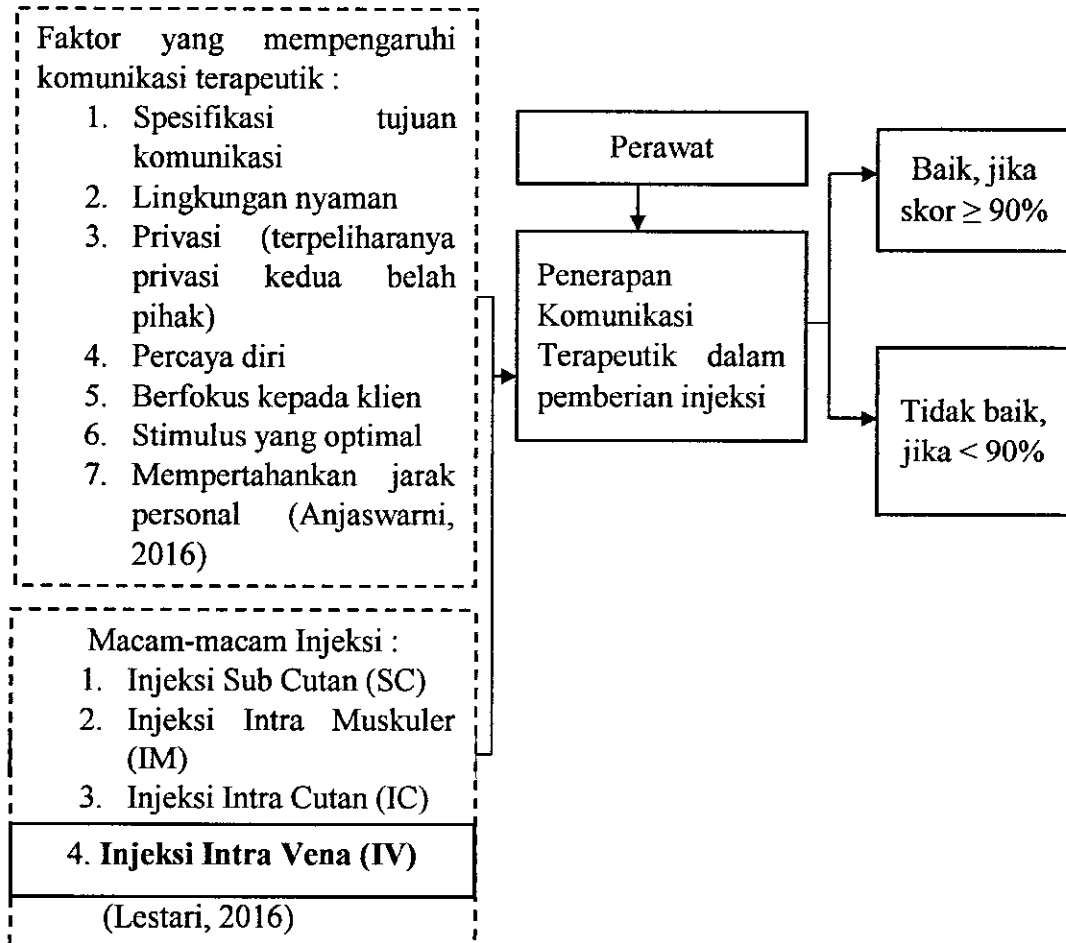


Sumber : (Koezier & Erb's, 2015; Lalongwe, 2014; Lestari, 2016; Anjaswarni, 2016)

Gambar 2.2 Kerangka teori penelitian penerapan komunikasi terapeutik perawat dalam pemberian injeksi bolus Intra Vena (IV) pada pasien rawat inap di RSU. Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Setiadi, 2013).



Keterangan

————— : Diteliti

----- : Tidak Diteliti

Sumber : (Tri Anjaswarni, 2016 ; Setiadi, 2013).

Gambar 2.3 Kerangka konsep penelitian penerapan komunikasi terapeutik dalam pemberian injeksi bolus Intra Vena (IV) pada pasien rawat inap di RSU. Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto