

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Penelitian Terkait

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Judul Penelitian (peneliti, tahun)	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Korelasi umur, komunikasi terapeutik dan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif di ruang marwah Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang tahun 2018 (Suherwin, 2018).	Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian survey analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Berdasarkan hasil penelitian dari 30 responden diketahui dengan tingkat kecemasan ringan yaitu sebanyak 16 responden (53,3%), lebih banyak jika dibandingkan dengan responden yang tidak cemas sebanyak 14 responden (46,7%). Responden dengan tingkat kecemasan sedang dan berat tidak ada (0%).	Persamaan dengan peneliti yang dilakukan oleh peneliti adalah variabel terikat yaitu tingkat kecemasan pasien	Perbedaan dengan peneliti yaitu terdapat pada variabel bebas yaitu kualitas pelayanan perawat, jumlah sampel dan tempat penelitian.
2.	Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga pasien di Ruang Intensive Care Unit RSUD Pare Kab Kediri (Ika, 2016).	Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Dengan menggunakan teknik quota sampling.	Hasil yang didapatkan dari penelitian ini komunikasi terapeutik telah diberikan perawat dengan baik, yaitu sebanyak 29 (96,7 %) responden dan hanya 1 (3,3 %) responden yang merasa komunikasi terapeutik diberikan dengan cukup.	Persamaan dengan peneliti yang dilakukan oleh peneliti adalah variable bebas komunikasi terapeutik dan variable terikatnya kecemasan pasien	Perbedaan dengan peneliti yaitu ada penambahan variabel bebas yaitu kualitas pelayanan perawat, jumlah sampel penelitian, tempat penelitian dan teknik pengambilan sampling.

			Dari tingkat kecemasan keluarga diketahui 10 (33,3%) keluarga mengalami kecemasan ringan dan berat (panik).		
3.	Hubungan perilaku caring perawat terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif di Ruang Rawat Inap Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang (Yuanita, 2018).	Jenis penelitian ini adalah analitik untuk melihat kejadian yang diteliti dengan desain penelitian yang digunakan adalah <i>cross sectional</i> . teknik pengambilan menggunakan accidental sampling.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurang dari separuh (44,8%) perawat memiliki perilaku caring kurang baik. Lebih dari separuh (52,1%) memiliki kecemasan berat	Persamaan dengan peneliti yang dilakukan oleh peneliti adalah variable terikatnya kecemasan pasien dan metode penelitian/ desain yang digunakan yaitu <i>cross sectional</i> .	Perbedaan dengan peneliti yaitu ada pada variabel bebas yaitu komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan perawat, jumlah sampel penelitian, tempat penelitian dan teknik pengambilan sampling.
4.	The Impact Of Peplau's Therapeutic Communication Model On Anxiety And Depression In Patiens Candidate For Coronary Artery Bypass (Kourosh, 2016).	Jenis penelitaian yang digunakan adalah uji klinis dimana pasien secara acak dibagi menjadi kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan skala tingkat kecemasan depresi yaitu <i>hospital anxiety and depression scale (HADS)</i>	Tingkat kecemasan dan depresi rata-rata menurun pada kelompok intervensi setelah komunikasi terapeutik ( $p < 0,01$ ). Hasil menunjukkan peran positif komunikasi terapeutik dalam mengurangi kecemasan dan depresi pasien.	Persamaan dengan peneliti yang dilakukan oleh peneliti adalah variable bebas yaitu komunikasi terapeutik dan variable terikatnya kecemasan pasien.	Perbedaan dengan peneliti yaitu ada penambahan variabel bebas yaitu kualitas pelayanan perawat, jumlah sampel penelitian, tempat penelitian dan teknik pengambilan sampling.

5. The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia (Lukmanulhakim, 2016).	Penelitian ini adalah penelitian <i>cross-sectional</i> non-parametrik yang digunakan adalah <i>Spearman's Rho</i> . Tingkat kecemasan anggota keluarga diukur dengan menggunakan <i>State Trait Anxiety Inventory Y-1</i> .	Hasil penelitian kecemasan anggota keluarga, 42,6% dari mereka menunjukkan tingkat kecemasan sedang, sedangkan 34,0% dari mereka menunjukkan tingkat kecemasan yang rendah	Persamaan dengan peneliti yang dilakukan oleh peneliti adalah variable bebas komunikasi terapeutik dan variable terikatnya kecemasan pasien	Perbedaan dengan peneliti yaitu Terdapat pada variabel bebas yaitu kualitas pelayanan perawat, jumlah sampel dan tempat penelitian.
--	--	--	---	---

## B. Konsep Komunikasi Terapeutik

### 1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien atau perawat dengan keluarga pasien yang didasari oleh hubungan saling percaya yang di dalam komunikasi tersebut terdapat seni penyembuhan. Di dalam berkomunikasi antara perawat dengan keluarga pasien, perawat harus membangun rasa nyaman, aman dan percaya kepada keluarga. Hal ini merupakan landasan utama berlangsungnya komunikasi yang efektif (Priyoto, 2015).

Komunikasi terapeutik adalah hubungan perawat dengan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif (Natsir, 2009).

Komunikasi terapeutik adalah pengalaman interaktif bersama antara tenaga kesehatan dan pasien dalam komunikasi yang bertujuan

untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh pasien (Mahmud, 2009).

## 2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik secara umum adalah untuk membina hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam membantu mengurangi beban perasaan dan pikiran yang diderita klien, demi kesembuhan klien itu sendiri (Nurhasanah, 2010). Tujuan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut :

- a. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien.
- b. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang-orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien diharapkan mau menerima dan diterima oleh orang lain.
- c. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.
- d. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal disini termasuk status, peran, jenis, dan jenis kelamin.
- e. Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan tindakan untuk

- mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan.
- f. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
  - g. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri

### 3. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Arwani (2002) terdapat tiga hal mendasar karakteristik komunikasi terapeutik yaitu :

a. Keikhlasan (*Genuiness*)

Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

b. Empati (*Emphaty*)

Empati merupakan perasaan “pemahaman” dan “penerimaan” terhadap perasaan yang dialami oleh pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif, dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

c. *Kehangatan (Warmth)*

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong pasien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat tanpa adanya ancaman, menunjukkan adanya rasa penerimaan dari pasien. Sehingga pasien akan mengekspresikan perasaannya lebih mendalam.

**4. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Teknik komunikasi terapeutik dengan menurut Stuart (2006)

a. *Mendengarkan (Listening)*

Mendengarkan merupakan dasar dalam komunikasi yang akan mengetahui perasaan pasien. Teknik mendengarkan dengan cara memberi kesempatan pasien untuk bicara banyak dan tenaga kesehatan sebagai pendengar aktif. Tunjukkan perhatian bahwa tenaga kesehatan mempunyai waktu untuk mendengarkan dengan teknik berikut.

- 1) Pandang pasien ketikansedang bicara.
- 2) Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan.
- 3) Sikap tubuh yang menunjukkan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki atau tangan.
- 4) Hindarkan gerakan yang tidak perlu

5) Angkat kepala jika pasien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik

6) Condongkan tubuh ke arah lawan bicara (pasien)

b. Pertanyaan terbuka (*Broad Opening*)

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

c. Mengulang (*Restating*)

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

d. Penerimaan (*Acceptance*)

Mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan berarti persetujuan. Menunjukkan penerimaan berarti kesediaan mendengar tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Pelayanan kesehatan harus peka terhadap ekspresi non verbal.

Pelayanan kesehatan perlu menghindari memutar mata ke atas, menggelengkan kepala, mengerutkan atau memandang dengan muka masam pada saat berinteraksi dengan pasien.

e. Klarifikasi (*Clarification*)

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

f. Refleksi (*reflection*)

Refleksi adalah mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pembicaraan kepada pasien. Hal ini digunakan untuk memvalidasi pengertian tenaga kesehatan tentang apa yang diucapkan pasien dan menekankan empati, minat, dan penghargaan terhadap pasien .

g. Memfokuskan (*focusing*)

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

h. Diam (*silence*)

Teknik diam digunakan untuk memberikan kesempatan pada pasien sebelum menjawab pertanyaan tenaga kesehatan. Diam akan

memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan dan pasien untuk mengorganisasikan pikiran masing-masing.

i. Memberikan Informasi (*informing*)

Memberikan informasi tambahan merupakan 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 penyembuhan pasien. Informasi tambahan yang diberikan pada pasien harus dapat memberikan pengertian dan pemahaman yang lebih baik tentang masalah yang dihadapi pasien serta membantu dalam memberikan alternatif pemecahan masalah.

j. Menyimpulkan (*summerizing*)

Menyimpulkan adalah teknik komunikasi yang membantu pasien mengeksplorasi point penting dari interaksi tenaga kesehatan. Teknik ini membantu tenaga kesehatan untuk memiliki pikiran dan ide yang sama saat mengakhiri pertemuan.

k. Mengubah Cara Pandang (*reframing*)

Teknik ini bertujuan untuk memberikan cara pandang lain sehingga pasien tidak melihat sesuatu atau masalah dari aspek negatifnya saja. Sehingga memungkinkan pasien untuk membuat perencanaan yang lebih baik dalam mengatasi masalah yang dihadapinya.

### 1. Ekplorasi

Menurut Antai Otong (dalam Suryani 2005), teknik ini bertujuan untuk mencari atau menggali lebih dalam masalah yang dialami pasien agar masalah tersebut bisa diatasi. Teknik ini bermanfaat pada tahap kerja untuk mendapatkan gambaran yang detail tentang masalah yang dialami pasien.

#### m. Membagi Persepsi (*sharing perception*)

Membagi persepsi adalah meminta pendapat pasien tentang hal yang tenaga kesehatan rasakan atau pikirkan. Teknik ini digunakan ketika tenaga kesehatan merasakan atau melihat ada perbedaan antara respons verbal atau respons nonverbal dari pasien.

#### n. 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.

#### o. Menganjurkan untuk Melanjutkan Pembicaraan

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

p. Humor

Menurut Sullivan (dalam Suryani, 2005), humor merangsang produksi catecholamine dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi anxietas, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak untuk menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan pasien.

q. Memberikan Pujian (*reinforcement*)

Memberikan pujian merupakan keuntungan psikologis yang didapatkan pasien ketika berinteraksi dengan tenaga kesehatan. Hal ini berguna untuk meningkatkan harga diri dan menguatkan perilaku pasien. Memberikan pujian bisa diungkapkan dengan kata-kata ataupun melalui komunikasi nonverbal.

r. Menawarkan Diri

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

s. Memberikan Penghargaan

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

yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sebagai individu.

t. Asertif

Asertif adalah kemampuan dengan cara menyakinkan dan nyaman untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain.

### 5. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart (2006), tahapan komunikasi terapeutik ada empat tahap, dimana tiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan.

a. Fase Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan pasien. Tenaga kesehatan mengumpulkan data tentang pasien, mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri dan membuat rencana pertemuan dengan pasien.

b. Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika tenaga kesehatan bertemu dengan pasien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini tenaga kesehatan memberisalam, senyum, melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif), memperkenalkan nama, menanyakan nama pasien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan. Tujuan akhir pada fase ini ialah terbina hubungan saling percaya.

c. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Tenaga kesehatan memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan, dan tekanan pada pasien.

d. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontak (waktu, tempat, dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

## 6. Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Menurut Tamsuri (2005), dalam melakukan sebuah komunikasi salah satunya komunikasi terapeutik dapat dipengaruhi beberapa hal sebagai berikut :

a. Perkembangan

Perkembangan manusia mempengaruhi bentuk komunikasi dalam dua aspek, yaitu tingkat perkembangan tubuh mempengaruhi kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan untuk

memperepsikan pesan yang disampaikan. Cara berkomunikasi anak usia remaja berbeda 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.

d. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi tenaga kesehatan untuk menyadari nilai seseorang. Tenaga kesehatan perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan pasien.

e. Latar Belakang Sosial Budaya

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

f. Emosi

Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah dan sedih mempengaruhi tenaga kesehatan dalam berkomunikasi dengan orang lain. Tenaga kesehatan perlu mengkaji

emosi pasien agar pasien dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan ketenaga kesehatan dengan tepat.

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. Pengetahuan pelayanan kesehatan tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat dan proses yang akan dilakukan.

h. Peran dan Hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Berbeda dengan komunikasi yang terjadi dalam pergaulan bebas, komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien terjadi secara formal karena tuntutan profesionalisme.

i. Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi efektif. Suasana yang bising, tidak ada privacy yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Untuk itu tenaga kesehatan perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien.

j. Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Untuk itu tenaga kesehatan perlu

memperhitungkan jarak yang tetap pada saat melakukan hubungan dengan pasien.

k. Masa Kerja

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

## 7. Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik

Pengukuran komunikasi terapeutik mengacu pada penelitian Anita (2013), yaitu dengan hasil ukur dikatakan komunikasi terapeutik baik jika skor >75%, cukup baik jika skor 45%-74% dan kurang baik jika skor <45 %. Kuesioner dalam komunikasi terapeutik seperti keikhlasan, empati dan kehangatan.

Menurut Giyanto (2010) kemampuan afektif komunikasi terapeutik diukur dengan :

- a. Menunjukkan perhatian, meliputi
  - 1) Memandang pasien
  - 2) Kontak mata
  - 3) Sikap terbuka
  - 4) Rileks
  - 5) Mengangguk
  - 6) Mencondongkan tubuh ke arah pasien

b. Menunjukkan penerimaan, meliputi :

- 1) Mendengarkan
- 2) Memberikan umpan balik
- 3) Komunikasi non-verbal dan verbal sesuai
- 4) Tidak mendebat atau mengekspresikan keraguan

### **C. Konsep Kualitas Pelayanan Perawat**

#### **1. Pengertian Kualitas Pelayanan Perawat**

Menurut Nursalam (2015) kualitas pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, memanfaatkan teknologi tepat guna dan hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan atau keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Pelayanan perawat yang berkualitas diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua belah pihak, baik pasien maupun perawat. Perawat dapat mengetahui dengan baik keluhan dan keinginan pasien maupun keluarga pasien. Kondisi ini amat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien. Sebelum pasien menggunakan pelayanan perawat, mereka memiliki harapan tentang kualitas pelayanan yang didasarkan pada kebutuhan-kebutuhan pribadi, pengalaman sebelumnya, dan rekomendasi dari mulut ke mulut.

Menurut Tjiptono (2011), ada empat unsur pokok yang terkandung dalam pelayanan yang prima, yaitu kecepatan, ketepatan,

keramahan dan kenyamanan. Keempat komponen ini merupakan suatu kesatuan yang terintegrasi, dalam arti jika ada salah satu komponen yang kurang, maka pelayanan tidak akan prima. Setelah menggunakan pelayanan perawat tersebut, pasien membandingkan kualitas yang diharapkan dengan apa yang benar-benar pasien terima. Pelayanan perawat yang mengejutkan dan menyenangkan pasien, yang berada di atas tingkat pelayanan yang pasien inginkan, akan dipandang memiliki kualitas yang lebih tinggi.

Berdasarkan uraian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa kualitas pelayanan perawat adalah tingkat keunggulan atau sejauhmana perawat dapat memenuhi atau melampaui harapan pasien dalam proses pemberian layanan, guna untuk memenuhi keinginan pasien dan keluarga pasien.

Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosis dan terapi yang tepat, keramahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2009).

a. Layanan Yang cepat

Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan. Atribut atau dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan antara lain

- 1) Ketepatan waktu pelayanan, dimana hasil yang perlu diperhatikan berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses.
- 2) Keterbukaan waktu penyelesaian. Ketepatan waktu yaitu bahwa pelaksanaan pelayanan public dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

b. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon actual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literature yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan professional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2005).

c. Tepat terapi

Pemberian obat harus menggunakan prinsip benar agar pemberian obat tersebut aman. 6 prinsip benar dalam pemberian obat, benar pasien, benar waktu, benar obat, benar cara atau rute, benar dosis dan beajar dokumentasi.

d. Keramahan

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan Rumah Sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit. Kepuasan muncul dari kesan

pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Dapat dijabarkan dengan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, response, support, seberapa tanggap dokter/perawat diruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudian dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian meal, obat, dan pengukuran suhu.

e. Administrasi

Administrasi adalah seluruh kegiatan yang dilakukan melalui kerjasama dalam suatu organisasi berdasarkan rencana yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan.

f. Biaya pelayanan

Biaya dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin dan sebagainya. Selain itu, efisiensi dan efektivitas biaya, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna tidak ada diagnose dan terapi yang berlebihan juga menjadi pertimbangan dalam menetapkan biaya perawatan .

## 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Perawat

Menurut Nursalam (2015), kualitas pelayanan perawat dipengaruhi oleh berbagai faktor yakni:

a. Faktor pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia.

b. Faktor beban kerja

Beban kerja perawat yang tinggi serta beragam dengan tuntutan institusi kerja dalam pencapaian kualitas bermutu, jumlah tenaga yang tidak memadai berpengaruh besar pada pencapaian mutu.

c. Faktor komunikasi

Komunikasi adalah sesuatu untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang gampang sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima. Komunikasi dalam praktik perawat merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal.

### 3. Aspek-aspek Kualitas Pelayanan Perawat

Menurut Nursalam (2015), kualitas pelayanan perawat memiliki beberapa aspek, yaitu:

- a. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. Pelayanan yang terpercaya artinya adalah konsisten. Sehingga *reliability* mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat atau akurat.

- b. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kesediaan atau kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat.
- c. Jaminan kepastian (*Assurance*), yaitu mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki staf (bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan).
- d. Empati (*Emphaty*), yaitu membina hubungan yang baik, pemahaman atas kebutuhan individual para pelanggan, dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual pada pelanggannya.
- e. Bukti langsung (*Tangible*), yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, pegawai, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan.

#### 4. Cara Mengukur Kualitas Pelayanan Perawat

Menurut Bustami (2011), bahwa kualitas pelayanan perawat dapat diukur dengan aspek:

- a. Ketepatan waktu pelayanan, misalnya waktu pelaksanaan atau proses pelayanan yang diberikan perawat
- b. Akurasi pelayanan, berkaitan dengan reliabilitas pelayanan perawat dan bebas dari kesalahan
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan
- d. Tanggung jawab, berkaitan dengan penanganan keluhan dari pasien
- e. Kelengkapan, menyangkut dengan ketersediaan sarana pendukung pelayanan

- f. Kemudahan mendapat pelayanan, berkaitan dengan perawat dan tersedianya fasilitas pendukung
- g. Variasi model pelayanan, berhubungan dengan inovasi untuk memberikan pola baru dalam pelayanan
- h. Pelayanan pribadi, berkaitan dengan fleksibilitas perawat
- i. Kenyamanan dalam mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang, kemudahan menjangkau, dan ketersediaan informasi
- j. Atribut pendukung pelayanan lainnya, seperti lingkungan, fasilitas yang diberikan, dan penampilan perawat

#### **D. Konsep Kecemasan**

##### **1. Definisi kecemasan**

Kecemasan atau ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian akan adanya bahaya (Stuart & Sundeen, 2006).

Menurut Freud (dalam Alwisol, 2009), kecemasan adalah fungsi ego untuk memperingatkan individu tentang kemungkinan datangnya suatu bahaya sehingga dapat disiapkan reaksi adaptif yang sesuai. Kecemasan sebagai dampak dari konflik yang tak terhindarkan, dipandang sebagai komponen dinamika kepribadian yang utama. Kecemasan akan timbul manakala orang tidak siap menghadapi ancaman.

Kecemasan lebih berorientasi masa depan dan bersifat umum, mengacu pada kondisi ketika individu merasakan kekhawatiran atau kegelisahan, ketegangan dan rasa tidak nyaman yang tidak terkendali mengenai kemungkinan akan terjadinya sesuatu yang buruk. Kecemasan memiliki komponen kognitif maupun afektif. Seseorang yang mengalami kecemasan akan memiliki perasaan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan tidak berdaya mengubahnya. Seseorang menjadi berfokus pada urusan pribadi dan menjadi terlalu sangat waspada atau terlalu awas terhadap kemungkinan bahaya atau ancaman. Orang yang mengalami gangguan kecemasan mengalami kekhawatiran palsu yang menyebabkan stimulus atau situasi yang tidak berbahaya dianggap berbahaya (Halgin, 2010).

Gangguan kecemasan adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang kecemasan yang berlebihan, disertai respon perilaku, emosional, dan fisiologis. Individu yang mengalami gangguan kecemasan dapat memperlihatkan perilaku yang tidak lazim seperti panik tanpa alasan, takut yang tidak beralasan terhadap objek atau kondisi kehidupan, melakukan tindakan berulang-ulang tanpa dapat dikendalikan, mengalami kembali peristiwa yang traumatik atau rasa khawatir yang tidak dapat dijelaskan atau berlebihan. Orang terkadang banyak yang memperlihatkan salah satu dari perilaku yang tidak lazim ini sebagai respon normal terhadap kecemasan. Respon kecemasan cukup berat sehingga bisa mengganggu kinerja individu, kehidupan keluarga, dan lingkungan sosial (Videbeck, 2008).

## 2. Faktor yang mempengaruhi kecemasan

### a. Faktor predisposisi kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2006), terdapat beberapa pandangan yang menjadi faktor predisposisi kecemasan, antara lain:

#### 1) Pandangan psikoanalisis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya, hal ini dikarenakan kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian akan adanya bahaya.

#### 2) Pandangan interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Menurut King (dalam Asmadi, 2008), sebuah sistem interpersonal dibentuk oleh interaksi antara dua orang atau lebih dan di dalamnya terdapat sebuah proses komunikasi dimana terjadi proses pemberian informasi dari satu orang ke orang berikutnya. Kecemasan dalam komunikasi interpersonal merupakan perilaku yang normal, namun apabila kecemasan telah bersifat patologis maka individu dapat menghadapi permasalahan pribadi yang serius.

### 3) Pandangan perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan di dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua berkepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

### 4) Pandangan keluarga

Pandangan keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi.

### 5) Pandangan kajian biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai

predisposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gejala fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

b. Faktor presipitasi kecemasan

Faktor presipitasi adalah faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus kecemasan (Stuart & Sundeen, 2006). Faktor pencetus tersebut adalah:

- 1) Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan pre operasi adalah:

a. Pengalaman Operasi

Individu yang belum pernah mengalami tindakan operasi akan mengalami perasaan cemas dan tidak nyaman. Hal ini disebabkan tindakan operasi dan takut akan merasakan nyeri pasca operasi .

b. Usia

Perbedaan usia dapat dijadikan sebagai faktor yang menyertai individu mengalami kecemasan akibat pajanan stresor dan proses kematangan usia.

c. Jenis Kelamin

Kecemasan paling banyak terjadi pada wanita karena cenderung lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan yang menyebabkan stresor sehingga lebih sensitif dan emosional. Selain itu, fluktuasi kadar estrogen dan progesteron juga menjadi faktor timbulnya masalah kecemasan wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria.

d. Kondisi Medis (diagnosis penyakit)

Gejala kecemasan yang sering ditemukan pada pasien sebelum operasi yakni bervariasi, tergantung kondisi medis pasien.

Kecemasan biasanya terjadi paling sering pada individu yang mengalami penyakit kronis dan didiagnosa akan menghadapi kematian.

e. Tindakan Operasi

Tindakan operasi merupakan intervensi pilihan medis yang disarankan untuk mengatasi masalah kesehatan yang sifatnya mengancam jiwa. Tindakan ini merupakan suatu intervensi atau jalan keluar bagi pasien apabila layanan pengobatan lain telah dilakukan namun tidak berhasil. Individu yang dijadwalkan operasi akan mengalami kecemasan yang berpengaruh pada stres sebelum operasi.

### 3. Respon terhadap stressor

Pengalaman kecemasan tiap orang berbeda-beda, namun terdapat karakteristik fisik dan emosional umum yang nampak. Tanda dan gejala fisik yang ditemukan pada seseorang yang mengalami kecemasan antara lain, pernapasan dangkal dan hiperventilasi, meningkatnya produksi adrenalin dan hormon stress lain, jantung berdebar, berkeringat, tubuh gemetar, ketegangan otot, mulut kering, sakit kepala, serta mual, diare, dan muntah. Gejala emosional yang menyertai antara lain perasaan kewalahan, kehilangan konsentrasi, merasa di luar kendali, tidak berdaya, putus asa, marah, dan rasa malu.

Menurut Stuart & Sundeen (2006), cemas dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan. Respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif terhadap kecemasan dapat dilihat pada tabel 2.2 dan 2.3 :

#### a. Respon fisiologis terhadap cemas

Tabel 2.2 Respon fisiologis terhadap cemas

Respon	Tanda dan gejala
a. Kardiovaskuler	Palpitasi, jantung “berdebar”, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
b. Pernapasan	Napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.

c. Neuromaskular	Refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip- kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, mondar- mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, gerakan yang janggal.
d. Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, diare.
e. Saluran Pencernaan	Tidak dapat menahan kencing, sering berkemih
f. Kulit	Wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan

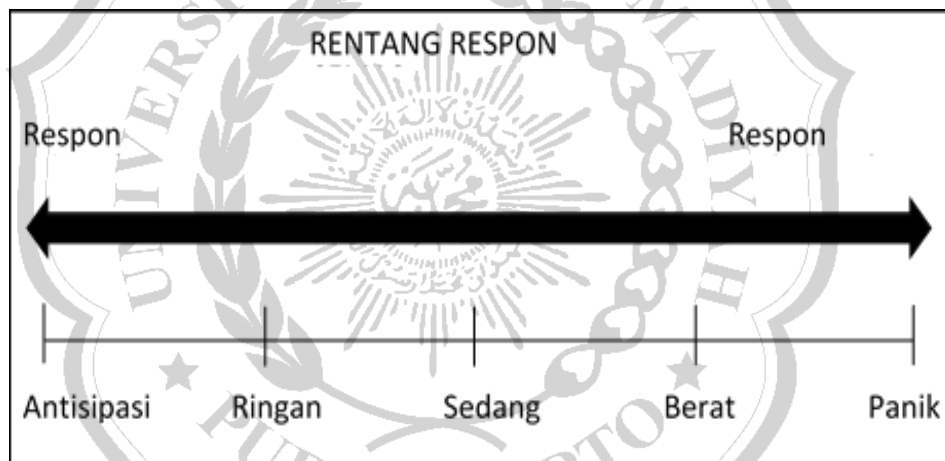
Tabel 2.3 Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan

<b>Sistem Tubuh</b>	<b>Respon</b>
Perilaku	Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami, cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindar, hiperventilasi, sangat waspada.
Kognitif	Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, mimpi buruk.
Afektif	Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, malu.

#### 4. Rentang kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2006), rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Rentang respon kecemasan yang paling maladaptif adalah panic, dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku, maupun kognitif.

Gambar 2.1 Rentang respon



Sumber: Stuart & Sundeen

#### 5. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2006), kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang berat tidak sejalan dengan kehidupan. Kecemasan dibagi menjadi beberapa tingkat, yaitu:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Pada tingkat kecemasan ringan individu menjadi waspada dan lapang persepsi menjadi meningkat. Kecemasan pada tingkat ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Tingkat kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Individu dengan tingkat kecemasan sedang mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Individu yang panik hingga mengalami kehilangan kendali tidak akan mampu melakukan sesuatu

walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan. Kondisi panik yang berlangsung terus menerus dalam waktu yang lama, dapat menyebabkan kelelahan dan kematian.

## 6. Mekanisme pertahanan kecemasan

Freud (dalam Alwisol, 2009) menyatakan bahwa mekanisme pertahanan merupakan strategi yang digunakan individu untuk bertahan melawan ekspresi impuls id serta menentang tekanan super ego. Mekanisme pertahanan ego membantu dapat dilaksanakannya fungsi penolakan, sekaligus melindungi individu dari kecemasan yang berlebihan. Menurut Stuart (2006), pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menjadi lebih intens. Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar, sedangkan kecemasan sedang dan berat menimbulkan 2 jenis mekanisme koping:

### a. Reaksi yang berorientasi pada tugas

Reaksi yang berorientasi pada tugas merupakan upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis.

- 1) Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
- 2) Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis.
- 3) Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.

b. Mekanisme pertahanan ego

Mekanisme pertahanan ego membantu mengalami kecemasan ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, mekanisme ini dapat menjadi respon maladaptif terhadap stress. Beberapa mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan, antara lain:

1) Identifikasi (*Identification*)

Salah satu cara mereduksi tegangan dengan meniru atau mengidentifikasikan diri dengan orang yang dianggap lebih berhasil memuaskan hasrat dibanding diri sendiri. Identifikasi umumnya tidak disadari, dan tidak perlu total. Diri orang lain diidentifikasi, tetapi cukup hal-hal yang dianggap dapat membantu mencapai tujuan diri. Mekanisme pertahanan identifikasi umumnya digunakan dalam mencapai tiga macam tujuan yaitu untuk memperoleh kembali sesuatu atau obyek yang telah hilang,

mengatasi rasa takut, serta memperoleh informasi baru dengan mencocokkan khayalan mental dengan mengambil tingkah laku, sikap, dan gaya orang lain yang telah terbukti berguna.

#### 2) Pemindahan/reaksi kompromi

Kondisi dimana sebuah obyek asli yang dipilih oleh insting tidak dapat dicapai karena terdapat rintangan dari luar (sosial, alami) atau dari dalam (antikateksis), insting akan direpres kembali ke ketidaksadaran atau ego menawarkan obyek baru, yang berarti pemindahan energi dari obyek satu ke obyek yang lain hingga ditemukan obyek yang dapat mereduksi tegangan. Sumber dan tujuan dari insting selalu tetap, obyeknya yang berubah-ubah melalui *displacement*.

#### 3) Represi (*Repression*)

Represi adalah proses ego memakai kekuatan anticathexes untuk menekan segala sesuatu (ide, insting, ingatan, fikiran) yang dapat menimbulkan kecemasan keluar dari kesadaran. Represi bisa sangat kuat, menekan menuju ketaksadaran menjadi kompleks tertekan. Jika ego tidak mampu menekan impuls kompleks tertekan maka akan muncul *displacement*.

#### 4) Fiksasi dan regresi (*Fixation and regression*)

Fiksasi adalah terhentinya perkembangan normal pada tahap perkembangan tertentu karena perkembangan lanjutan sangat sukar sehingga menimbulkan frustrasi dan kecemasan yang terlalu

kuat. Seseorang yang memilih berhenti pada tahap perkembangan tertentu menolak untuk bergerak maju, karena merasa puas dan aman di tahap tersebut.

5) Pembentukan reaksi (*Reaction formation*)

Pembentukan reaksi merupakan tindakan defensif dengan cara mengganti impuls atau perasaan yang menimbulkan kecemasan dengan impuls atau perasaan lawan atau kebalikannya dalam kesadaran.

6) Pembalikan (*Reversal*)

Pembalikan merupakan respon mengubah status ego dari aktif menjadi pasif, mengubah keinginan perasaan dan impuls yang menimbulkan kecemasan menjadi ke arah diri sendiri, atau seperti reaksi formasi dengan obyek yang spesifik (pada reaksi formasi perasaan yang dibalik digeneralisasikan kepada obyek yang luas.

7) Proyeksi (*Projection*)

Proyeksi adalah mekanisme mengubah kecemasan moral menjadi kecemasan realistik, dengan cara melemparkan impuls-impuls internal yang mengancam dipindahkan ke obyek di luar, sehingga seolah-olah ancaman terproyeksi dari objek eksternal kepada diri individu sendiri.

## 7. Alat Ukur Kecemasan

### a. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Skala ini diciptakan oleh Max Hamilton. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Penggunaan *HARS* ditujukan kepada pasien yang telah didiagnosa dengan gangguan kecemasan, bukan untuk mendeteksi kecemasan pada pasien dengan diagnosis lain. Gambaran dari *HARS* adalah kuesioner yang terdiri dari 13 kategori gejala kecemasan dan satu kategori perilaku saat wawancara yang terdiri dari skala yang paling banyak atau umumnya ditemukan sebagai karakteristik dari kecemasan (6 gejala psikologis dan 7 gejala fisiologis). Skor *HARS* diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-56. Pengisian penilaian skor kuesioner dilakukan oleh petugas kesehatan. Reliabilitas kuesioner ini menggunakan koefisien reliabilitas spearman-brown adalah 0,83 dan validitasnya adalah 0,77.

### b. *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

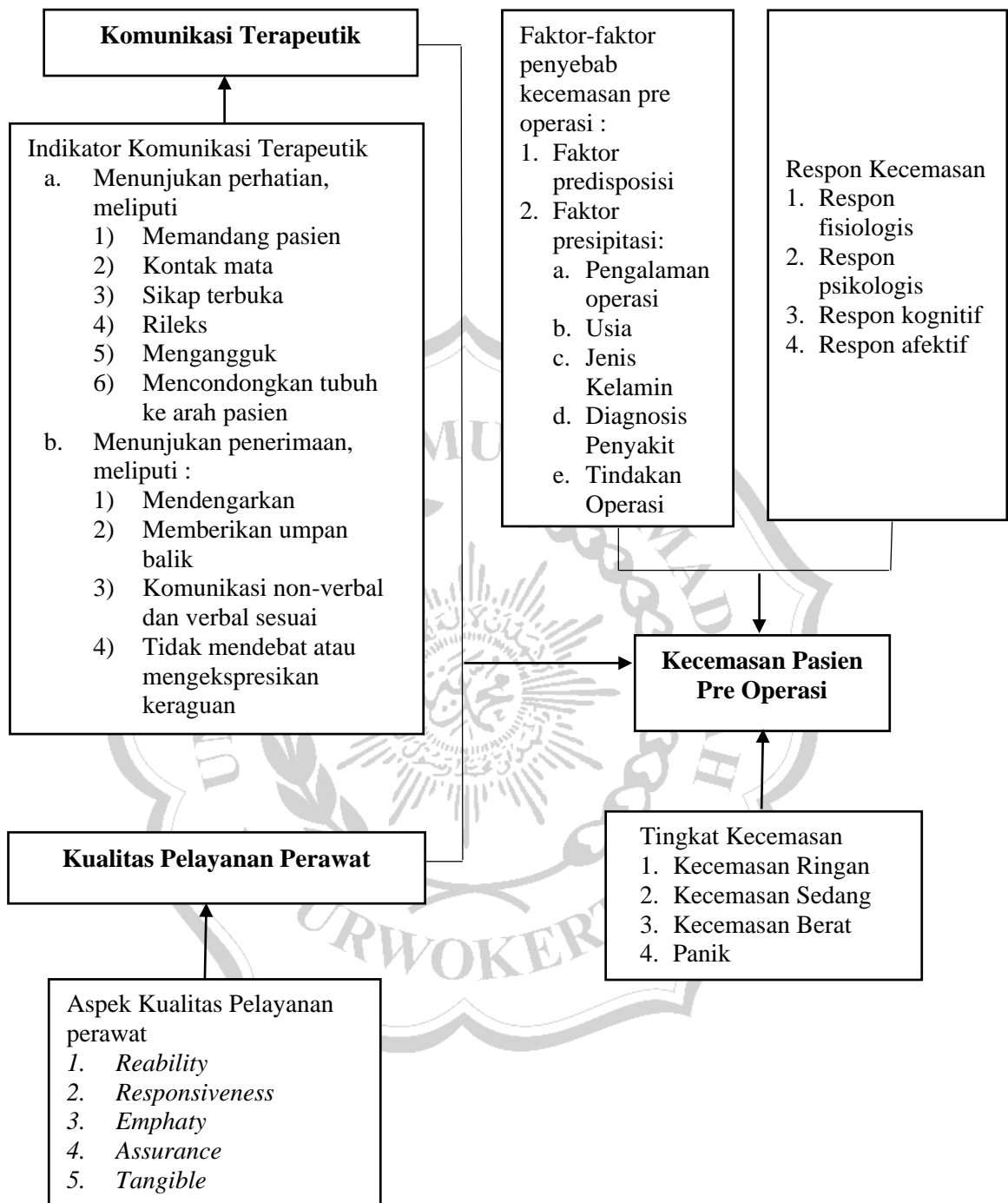
*BAI* mengukur tingkat keparahan kecemasan yang dirasakan oleh kelompok usia orang dewasa dan remaja yang dirancang khusus untuk meminimalkan kerancuan dengan gejala depresi. Skala pengukuran *BAI* terdiri dari 21 buah pernyataan dengan 14 buah pernyataan meliputi gejala somatik dan 7 buah pernyataan merupakan aspek subyektif dari kecemasan atau panik. Pengisian kuesioner *BAI* dapat

dilakukan sendiri oleh responden atau peneliti sendiri, namun interpretasi skor tetap dilakukan oleh peneliti. Reliabilitas alat ukur ini adalah 0,75 dan validitasnya adalah 0,85.

c. *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

*STAI* pada awalnya dikembangkan sebagai instrumen penelitian untuk mempelajari kecemasan pada populasi normal orang dewasa, namun skala pengukuran ini juga dapat digunakan untuk menyaring gangguan kecemasan serta dapat digunakan pada sampel pasien. Gambaran dari *STAI* adalah kuesioner yang terdiri dari 2 kategori yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. Skor *STAI* diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-60 untuk masing-masing kategori. Reliabilitas alat ukur ini adalah 0,89 dan validitasnya adalah 0,73.

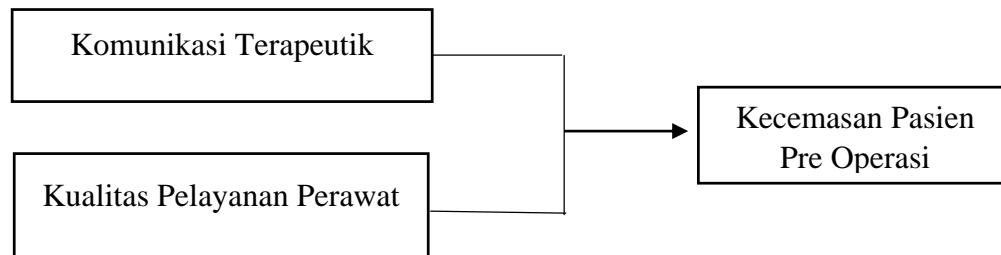
## E. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Giyanto (2010), Nursalam (2011), dan Stuart Sundeen (2006).

## F. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

## G. Hipotesis Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010) hipotesis adalah jawaban sementara yang kebenarannya masih perlu diteliti lebih lanjut. Hipotesis pada penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan pasien pre operasi di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Ha : Ada hubungan antara kualitas pelayanan perawat dengan kecemasan pre operasi di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Ho : Tidak Ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan pasien pre operasi di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Ho : Tidak ada hubungan antara kualitas pelayanan perawat dengan kecemasan pasien pre operasi di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.