

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Komunikasi Terapeutik**

###### **a. Pengertian**

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) yang dikutip oleh Keliat (2006) dikatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah cara untuk membina hubungan yang terapeutik yang diperlukan untuk pertukaran informasi, perasaan dan pikiran untuk membentuk keintiman yang terapeutik. Sedangkan Purwanto (2004) mendefinisikan komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

###### **b. Manfaat Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik sangat bermanfaat dalam pelayanan keperawatan. Adapun manfaat komunikasi terapeutik menurut Purwanto (2004) adalah :

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dengan klien melalui hubungan perawat dengan klien.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkap perasaan, dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan. Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku klien mengatasi masalah yang dihadapi dalam tahap perawatan.

Sedangkan pada tahap preventif, kegunaannya adalah mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri klien.

### **c. Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Tujuan diterapkannya komunikasi terapeutik dalam pelayanan keperawatan sehari-hari menurut Purwanto (2004) adalah :

- 1) Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan.
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri.

### **d. Elemen-Elemen Dalam Proses Komunikasi**

Ada beberapa elemen dalam proses komunikasi menurut Potter dan Perry (2005), antara lain :

- 1) Referen atau stimulus yang memotivasi atau mendorong seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain.
- 2) Pengirim atau *encoder* yaitu penyampai informasi atau orang yang memprakarsai pesan atau informasi.
- 3) Pesan yakni informasi yang diinformasikan atau diekspresikan oleh pengirim.
- 4) Saluran yang membawa pesan, baik melalui saran visual, pendengaran maupun taktil.

- 5) Penerima atau *decoder* yaitu orang yang menerima pesan yang dikirimkan komunikator.
- 6) Respon dari penerima pesan baik respon verbal maupun non verbal. Respon dari penerima ini menunjukkan pemahaman penerima tentang pesan yang diterima.

#### **e. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik**

Dalam komunikasi terapeutik, ada beberapa prinsip yang perlu diketahui. Menurut Rogers (1974) yang dikutip oleh Purwanto (2004), prinsip-prinsip komunikasi tersebut adalah :

- 1) Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3) Perawat harus memahami dan menghayati nilai yang dianut oleh pasien.
- 4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 5) Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 6) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya, baik sikap, tingkah laku sehingga tumbuh makin matang dan mampu memecahkan masalah-masalah yang dihadapinya.

- 7) Perawat harus mampu mengatasi perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- 8) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 9) Memahami arti empati sebagai tindakan yang terapeutik.
- 10) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
- 11) Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan. Maka, perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, spiritual dan gaya hidup.
- 12) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.
- 13) Altruisme mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 14) Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 15) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggungjawab terhadap orang lain.

## **f. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi**

Suatu proses komunikasi atau proses berinteraksi dengan orang lain dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut menurut Potter dan Perry (2005) antara lain :

### 1) Perkembangan

Perkembangan seseorang mempengaruhi cara berkomunikasi. Anak dengan perkembangan yang baik akan berbeda kemampuan berbahasa dan bicaranya dibanding dengan anak yang mengalami gangguan perkembangan. Untuk dapat berkomunikasi secara efektif khususnya pada anak-anak, perawat harus memahami pengaruh perkembangan bahasa dan proses berpikir, karena hal ini mempengaruhi cara anak berkomunikasi sehingga proses interaksi dapat berjalan baik.

### 2) Persepsi

Adalah pandangan pribadi terhadap apa yang terjadi. Persepsi ini dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Perbedaan persepsi antar individu yang berinteraksi mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

### 3) Nilai

Adalah standar yang mempengaruhi perilaku dan interpretasi suatu pesan. Klarifikasi nilai penting untuk membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan seseorang. Nilai tersebut adalah apa yang dianggap penting oleh individu dalam hidupnya dan

pengaruh dari ekspresi pemikiran dan ide. Maka, penting bagi seorang perawat untuk mengembangkan kepekaan terhadap nilai tersebut.

4) Latar belakang sosiokultural

Budaya merupakan bentuk kondisi yang menunjukkan diri seseorang melalui tingkah lakunya. Bahasa, nilai, pembawaan dan gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Perbedaan ini dapat menghambat komunikasi.

5) Emosi

Emosi adalah perasaan subyektif seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa tertentu. Cara seseorang bersosialisasi atau berinteraksi dengan orang lain dipengaruhi oleh emosi. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima suatu pesan dengan baik. Selain itu, emosi dapat menyebabkan individu salah menginterpretasikan pesan yang diterima.

6) Gender.

Perbedaan jenis kelamin dapat mempengaruhi komunikasi. Pria dan wanita mempunyai gaya komunikasi yang berbeda dan satu sama lain saling mempengaruhi secara unik dalam proses komunikasi.

7) Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang akan sangat berpengaruh dalam berinteraksi dengan orang lain. Seseorang dengan tingkat pengetahuan yang rendah akan sulit merespon pertanyaan yang

menggunakan bahasa verbal dari orang yang tingkat pengetahuannya tinggi. Pesan yang disampaikan menjadi tidak jelas bila kata-kata yang digunakan tidak dikenal pendengar atau penerima. Seorang komunikator yang baik perlu mengetahui tingkat pengetahuan penerima pesan agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan baik sehingga interaksi dapat berjalan dengan baik.

#### 8) Peran dan hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antara orang yang berkomunikasi atau seseorang berkomunikasi dalam tatanan yang tepat menurut peran dan hubungan mereka. Komunikasi akan menjadi lebih efektif apabila masing-masing pihak tetap waspada terhadap peran mereka dalam berkomunikasi.

#### 9) Lingkungan

Lingkungan akan berpengaruh terhadap komunikasi yang efektif. Kebisingan dan kurangnya kebebasan seseorang dapat menyebabkan ketidaknyamanan dalam berkomunikasi. Untuk itu, ruangan atau lingkungan yang tenang, nyaman, bebas dari kebisingan dan gangguan adalah yang terbaik untuk berkomunikasi.

#### 10) Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu seperti jarak personal (20 cm sampai 120 cm) memberikan rasa aman bagi

perawat dan klien dimana perawat duduk bersama klien untuk mendiskusikan perasaan, pemikiran maupun dalam melakukan wawancara. Dalam interaksi sosial, orang secara sadar mempertahankan jarak antar mereka.

#### **g. Faktor-Faktor Yang Menghambat Komunikasi Terapeutik**

Dalam berinteraksi atau berkomunikasi dengan orang lain, kadang ditemui adanya hambatan-hambatan dalam proses komunikasi tersebut. Menurut Purwanto (2004), faktor – faktor penghambat tersebut antara lain:

- 1) Kemampuan pemahaman yang berbeda.
- 2) Pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu.
- 3) Komunikasi satu arah.
- 4) Kepentingan yang berbeda.
- 5) Memberi jaminan yang tidak mungkin.
- 6) Memberitahu apa yang harus dilakukan kepada pasien.
- 7) Membicarakan hal yang bersifat pribadi.
- 8) Menuntut bukti, tantangan serta penjelasan dari pasien mengenai tindakannya.
- 9) Memberi kritik mengenai perasaan pasien.
- 10) Menghentikan atau mengalihkan topik pembicaraan.
- 11) Terlalu banyak berbicara yang seharusnya mendengar.
- 12) Memperlihatkan sikap jemu dan pesimis.

## **h. Sikap Perawat Dalam Komunikasi Terapeutik**

Keberhasilan komunikasi terapeutik dalam pelayanan keperawatan dipengaruhi juga oleh sikap perawat dalam berkomunikasi dengan klien. Sikap perawat dalam komunikasi terapeutik menurut Suliswati, dkk (2005) antara lain:

### 1) Berhadapan

Berhadapan langsung dengan orang yang diajak komunikasi mempunyai arti bahwa komunikator siap untuk komunikasi.

### 2) Mempertahankan kontak

Kontak mata menunjukkan bahwa kita menghargai klien dan mengatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

### 3) Membungkuk ke arah pasien

Sikap ini merupakan posisi yang menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu dari klien.

### 4) Mempertahankan sikap terbuka

Tidak melipat kaki dan tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu klien.

### 5) Tetap relaks

Merupakan sikap yang menunjukkan adanya keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon kepada klien meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

### **i. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Persyaratan dasar agar komunikasi menjadi efektif adalah semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi dan penerima pesan serta komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan terlebih dahulu sebelum memberikan saran, informasi maupun masukan. Teknik komunikasi terapeutik tersebut menurut Stuart dan Sundeen (1998) terdiri dari :

#### 1) Mendengarkan (*listening*)

Perawat berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disampaikan klien. Menjadi pendengar yang baik merupakan keterampilan dasar dalam melakukan hubungan perawat dengan klien. Lebih lanjut, Potter dan Perry (2005) mengatakan bahwa untuk menjadi pendengar yang baik, maka perawat dalam berinteraksi dengan klien perlu menghindari gerakan tubuh yang mengganggu, mengangguk saat klien berbicara tentang hal penting atau mencari persetujuan.

#### 2) Pertanyaan terbuka (*broad opening*)

Perawat mengajukan pertanyaan yang memerlukan jawaban yang luas sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata-kata sendiri dan dapat memberikan informasi yang diperlukan.

#### 3) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri (*restating*).

Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

#### 4) Mengklarifikasi (*clarification*)

Perawat berusaha menjelaskan dengan kata-kata, ide, atau pikiran yang tidak jelas dikemukakan oleh klien. Tujuan dari teknik ini adalah menyamakan pengertian. Pentingnya klarifikasi ini dikemukakan juga oleh Purba (2003) bahwa bila terjadi kesalahpahaman maka perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian karena informasi sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan.

#### 5) Refleksi (*reflection*)

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. Menyadari bahwa perawat mengharapkan dirinya untuk mampu melakukan hal-hal tersebut, maka klienpun akan berpikir bahwa dirinya adalah manusia yang mempunyai apasitas dan kemampuan sebagai individu yang terintergrasi dan bukan sebagai bagian dari orang lain.

#### 6) Memfokuskan (*focusing*)

Hal ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal penting yang perlu diperhatikan dalam menggunakan teknik ini adalah berusaha untuk tidak memutus pembicaraan ketika klien menyampaikan masalah yang penting kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru.

#### 7) Membagi persepsi (*sharing perception*)

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat dan perawat harus waspada terhadap gejala ansietas yang mungkin muncul.

#### 8) Menawarkan informasi

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan pendidikan kesehatan bagi klien. Tambahan informasi ini memungkinkan penghayatan yang lebih baik bagi klien terhadap keadaannya. Perawat tidak dibenarkan untuk memberikan nasehat kepada klien ketika memberikan informasi karena tujuan dari tindakan ini adalah memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan.

Selain teknik-teknik tersebut di atas, Potter dan Perry (2005) juga mengemukakan teknik komunikasi dengan

#### 1) Menunjukkan penerimaan

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

ketidaksetujuan. Untuk itu, sebaiknya perawat menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan ketidaksetujuan. Beberapa cara untuk menunjukkan penerimaan menurut Potter dan Perry (2005) yaitu :

- a) Mendengarkan tanpa menginterupsi
  - b) Memberikan respon verbal menunjukkan pengertian atau pemahaman.
  - c) Yakin bahwa tanda non verbal sesuai dengan verbal
  - d) Menghindari berdebat dengan klien dan ekspresi keraguan atau usaha untuk merubah pikiran klien.
- 2) Diam (*silence*)
- Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi terutama pada saat klien harus mengambil keputusan.
- 3) Memberikan penghargaan
- Memberi salam pada klien dengan menyebut namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, menghargai klien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

#### 4) Humor

Humor merupakan salah satu sarana untuk meningkatkan kesehatan. Menurut Potter dan Perry (2005), dikatakan bahwa tawa membantu melepaskan ketegangan yang berhubungan dengan stres dan rasa sakit, meningkatkan keefektifan perawat dalam memberikan dukungan emosi pada klien. Humor memberikan pelepasan psikologis dan fisiologis serta mengurangi kecemasan.

#### 5) Sentuhan

Menurut Hudak dan Gallo (1997), sentuhan merupakan salah satu teknik komunikasi dalam pelayanan keperawatan. Penggunaan sentuhan ini memberikan pesan yang bervariasi antara lain : ketulusan, keamanan, kenyamanan, dukungan, penerimaan, dan empati. Sentuhan ini sangat menolong terutama saat klien sedang mengalami ketakutan, kecemasan dan depresi.

#### 6) *Assertive*

Merupakan kemampuan dengan secara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai hak orang lain.

### **j. Tahap-Tahap Dalam Komunikasi Terapeutik**

Hubungan terapeutik adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan akrab yang terapeutik. Menurut Stuart dan Sundeen (1998), ada empat tahap atau fase hubungan yaitu:

### 1) Tahap Pra-interaksi

Tahap pra-interaksi merupakan tahap persiapan sebelum perawat bertemu dengan klien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Tugas perawat dalam tahap ini adalah: menggali perasaan, fantasi dan rasa takut dalam diri sendiri, menganalisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri, mengumpulkan informasi yang dibutuhkan berupa literatur yang berkaitan dengan masalah klien atau data tentang klien, membuat rencana pertemuan dengan klien meliputi: menentukan pengkajian yang diharapkan, menentukan metode atau batasan yang tepat dalam wawancara serta menentukan tempat dan waktu yang tepat.

### 2) Tahap Perkenalan/Orientasi

Tahap perkenalan atau orientasi merupakan tahap pertama kali perawat bertemu dengan klien. Pada tahap ini tugas perawat adalah: menetapkan alasan klien mencari bantuan, membina hubungan saling percaya, penerimaan satu sama lain untuk mengatasi kecemasan, menerapkan komunikasi terbuka, menggali perasaan, pikiran dan tindakan klien, mengidentifikasi masalah klien, membentuk kesepakatan bersama klien antara lain nama perawat dan klien, peran yang diharapkan dari perawat maupun klien, tanggung jawab perawat-klien, menetapkan tujuan, tempat dan waktu pertemuan, harapan dan kerahasiaan.

### 3) Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan tahap dimulainya kegiatan atau inti hubungan perawat klien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai tujuan yang akan dicapai. Menurut Uripni, Sujianto, dan Indrawati (2005) tujuan tindakan keperawatan antara lain: meningkatkan pengertian dan pengenalan klien tentang dirinya, perasaan, pikiran, perilakunya atau yang sering disebut tujuan kognitif serta mengembangkan, mempertahankan, meningkatkan kemampuan klien secara mandiri dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi atau yang sering disebut tujuan afektif dan psikomotor. Tugas perawat pada tahap ini adalah: menggali *stressor* yang relevan, meningkatkan pengembangan, penghayatan dan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif, membahas dan mengatasi perilaku yang resisten.

### 4) Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana akan dihentikannya proses interaksi antara perawat dengan klien. Menurut Uripni, dkk (2005), tahap terminasi ini terdiri dari dua tahap antara lain: terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan klien untuk sementara waktu. Tugas perawat pada terminasi sementara ini adalah: evaluasi hasil, tahap tindak lanjut dan membuat kontrak yang akan datang. Sedangkan terminasi akhir terjadi ketika klien akan kembali ke rumah setelah dirawat di rumah sakit. Adapun tugas perawat pada tahap ini adalah:

evaluasi hasil, tahap tindak lanjut dan eksplorasi perasaan. Menurut Stuart dan Sundeen (1998), tugas perawat pada tahap terminasi antara lain: membina realitas perpisahan, mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan, memungkinkan mengadakan kontrak kembali untuk kegiatan selanjutnya, menggali timbal balik perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan, dan kemarahan serta perilaku yang terkait, mengakhiri terminasi dengan cara yang baik.

## **2. Kecemasan**

### **a. Pengertian Kecemasan**

Kecemasan adalah emosi dan pengalaman subyektif tanpa obyek yang spesifik. Penilaian emosi yang dikomunikasikan secara interpersonal yang digambarkan dengan keadaan khawatir, gelisah, tidak tenteram dan disertai berbagai keluhan (Kaplan & Sadock, 1999).

Hawari (2008) menyatakan kecemasan adalah gangguan alam perasaan atau afektif yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas atau kenyataan, kepribadian utuh, perilaku dapat terganggu akan tetapi dalam batas wajar.

Sedangkan gangguan kecemasan umum didefinisikan dalam DSM-IV sebagai kekhawatiran yang berlebihan dan meresap, disertai oleh berbagai gejala somatik, yang menyebabkan gangguan bermakna dalam fungsi sosial atau pekerjaan atau penderitaan yang jelas bagi pasien (Kaplan & Sadock, 1999).

## b. Tingkat Kecemasan

Kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan menurut Peplau (1952) dalam Kaplan dan Sadock (1999) dengan karakteristik di bawah ini, yaitu:

### 1) Kecemasan ringan (*Mild anxiety*):

- a) Kecemasan normal, menajamkan indera, meningkatkan motivasi, menyiapkan untuk bertindak.
- b) Rangsangan siap internalisasi.
- c) Memotivasi individu dalam kehidupan sehari-hari.
- d) Mampu belajar dan memecahkan masalah secara efektif.

### 2) Kecemasan sedang (*Moderat anxiety*):

- a) Lapang persepsi menyempit.
- b) Belajar dengan pengarahan orang lain.
- c) Rangsangan dari luar tidak mampu diterima, tetapi sangat memperhatikan hal yang menjadi pusat perhatiannya.

### 3) Kecemasan berat (*Severe anxiety*):

- a) Lapang persepsi sangat menyempit.
- b) Pusat perhatian pada detail yang kecil atau spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal lainnya.
- c) Tidak mampu memecahkan masalah.

### 4) Kecemasan panik (*Disorganization Personality*)

- a) Kacau, berbahaya untuk diri sendiri atau orang lain.
- b) Agitasi hiperaktif.

- c) Tidak mampu berpikir secara rasional.
  - d) Kemampuan berhubungan dengan orang lain sangat menurun.
  - e) Tidak mampu bertindak, berkomunikasi dan berfungsi efektif.
  - f) Persepsi yang menyimpang.
- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

1) Faktor predisposisi atau pendukung

Banyak teori yang menjelaskan tentang faktor predisposisi kecemasan (Kaplan & Sadock, 1999), antara lain:

- a) Menurut pandangan psikoanalitik, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id merupakan dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b) Dalam pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah sering mudah mengalami perkembangan yang berat.
- c) Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan

seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Akar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya.

d) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan pada hal-hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan, yaitu: antara gangguan kecemasan dengan depresi.

e) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Penghambat asam aminobutirik gamma neuroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana halnya dengan endorfin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan.

## 2) Faktor presipitasi atau pencetus

Teori yang mengemukakan tentang faktor presipitasi atau pencetus terjadinya kecemasan (Kaplan & Sadock, 1999) antara lain:

a) Ancaman terhadap integritas biologi, terdiri dari:

(1) Eksternal, meliputi:

Masuknya infeksi dan virus bakteri, polusi lingkungan, bahaya keselamatan tempat tinggal yang kurang adekuat dan luka trauma atau operasi.

(2) Internal, meliputi: Ketidakmampuan mekanisme fisiologis, yaitu: jantung, sistem imun atau sistem regulasi suhu.

b) Ancaman terhadap konsep diri, terdiri dari:

(1) Eksternal, meliputi: Kehilangan seseorang yang berarti, perceraian atau kepindahan, perubahan status pekerjaan, dilema etnik, perubahan status sosial budaya dan pendidikan.

(2) Internal, meliputi: Perubahan peran, perubahan hubungan dan konflik interpersonal yang sulit.

Menurut Ann (1996) kemampuan individu dalam berespon terhadap penyebab kecemasan tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti: usia, status kesehatan, jenis kelamin, pengalaman sistem pendukung, besar kecilnya stressor dan tahap perkembangan.

d. Pengukuran kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan digunakan beberapa skala atau cara pengukuran, antara lain: *Hamilton Rate Scale for Anxiety* (HRS-A) terlampir, IPAT, *Manifestasi Anxiety Scale* dari Taylor (T-Mas), dan *Test Anxiety Questionary* dari Sarason (Sjahriati, 1990). Sedangkan di Indonesia telah dikembangkan Kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) yaitu *Anxiety Scale* (AS). Perlu diketahui bahwa

alat ukur ini bukan dimaksudkan menegakkan diagnosa gangguan kecemasan. Diagnosa gangguan cemas ditegakkan dari dokter (psikiater), sedangkan alat ukur tersebut digunakan untuk mengukur derajat berat ringannya cemas.

### **3. Endoskopi**

#### **a. Pengertian Endoskopi**

Ilmu dan teknologi yang terus berkembang pesat di bidang kedokteran telah menghasilkan sebuah prosedur diagnostik yang cepat dan tepat. Endoskopi merupakan salah satu teknologi canggih yang dimaksud. Endoskopi adalah suatu alat yang digunakan untuk memeriksa organ dalam tubuh (khususnya saluran cerna) secara visual sehingga dapat dilihat melalui layar monitor. Sehingga setiap kelainan organ dalam tubuh dapat diketahui dengan sejelas-jelasnya. Pemeriksaan endoskopi merupakan salah satu sarana penunjang diagnostik yang cukup akurat. Setelah ditemukannya endoskopi yang fleksibel (flexible endoscope) perkembangan gastroenterologi (ilmu tentang penyakit saluran cerna) menjadi semakin pesat, dan bahkan alat tersebut dewasa ini dapat juga dipakai sebagai sarana terapeutik (Subijakto, 2010).

Tindakan endoskopi adalah untuk mengamati struktur anatomi dan fisiologi saluran pencernaan (traktus digestivus) secara langsung dengan bantuan alat endoskopi beserta asesorisnya. Pengamatan endoskopi pada SCBA dikenal dengan istilah esofago-gastro-

duodenoskopi (EGD), sedangkan endoskopi pada SCBB dikenal dengan nama kolonoskopi (Webmaster, 2012).

*Esofago Gastro Duodenoskopi* (EGD) merupakan pemeriksaan di dalam saluran kerongkongan, lambung, dan usus 12 jari dengan menggunakan endoskop serat optik atau EVIS (*Electronic Video Information System*). Tujuan dari pemeriksaan EGD adalah identifikasi kelainan selaput lendir di dalam saluran kerongkongan, lambung, dan usus 12 jari. Ketepatan diagnostik EGD berkisar 80-90%, bahkan bisa mencapai 100% bila dilakukan oleh yang berpengalaman (Webmaster, 2012).

Alat endoskopi EGD pada umumnya dengan skop frontview (lensa kamera berada di ujung depan skop). Sedangkan endoskopi dengan skop sideview (lensa kamera berada di samping skop) digunakan untuk ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*) atau bila harus melihat dan melakukan biopsi (mengambil jaringan dengan menggunakan jarum) pada kelainan yang terletak di sisi luar saluran (misalnya kecurigaan tumor, dll) (Webmaster, 2012).

**b. Indikasi Pemeriksaan EGD :**

- 1) *Dispepsia* atau nyeri lambung yang berulang (kronik), terutama dispepsia lebih dari 2 minggu yang tidak membaik setelah terapi dengan obat (seperti *antasida*, *H<sub>2</sub> reseptor antagonis* atau penghambat pompa proton)

- 2) *Disfagia* atau kesulitan saat menelan makanan, dengan kecurigaan adanya hambatan di *esofagus* (misalnya kecurigaan massa di *esofagus* atau *akalasia*).
- 3) Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA), termasuk adanya kecurigaan adanya darah samar/*occult bleeding* (misalnya *benzidintest* positif).
- 4) Muntah terus-menerus yang tidak berkurang dengan pemberian obat muntah yang belum diketahui penyebabnya.
- 5) Sendawa berulang atau adanya gejala *refluks esofagus* yang tidak memberikan respons terhadap terapi.
- 6) Konfirmasi *abnormalitas*/kelainan yang ditemukan pada saat pemeriksaan radiologi.
- 7) Pemantauan hasil pengobatan (evaluasi).
- 8) Penapisan keganasan saluran cerna bagian atas (Webmaster, 2012).

**c. Persiapan Pasien sebelum EGD :**

- 1) Puasa minimal 6 jam sebelum pemeriksaan. Bila ada gejala *disfagia*/sulit menelan, puasa minimal 12 jam. Bila direncanakan tindakan seperti skleroterapi (STE), ligasi atau polipektomi, pasien harus dirawat untuk observasi setelah tindakan.
- 2) Surat persetujuan tindakan sudah harus ditanda tangani.
- 3) Gigi palsu atau kaca mata harus dilepas.
- 4) Tanda-tanda vital diperiksa (harus dalam batas normal).

- 5) Pasien diberitahu cara menelan dan menarik nafas panjang (diperagakan) agar memudahkan masuknya ujung skop ke dalam *esofagus*.
- 6) Pasien berbaring dengan posisi miring ke kiri. Tangan kiri di bawah bantal dan tangan kanan di atas paha kanan.
- 7) Dipasang slang oksigen melalui hidung.
- 8) Dipasang *pulse oxymetri* pada jari pasien untuk memonitor saturasi oksigen dan nadi pasien (Webmaster, 2012).

#### **4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Endoskopi.**

Seseorang yang akan menjalani tindakan endoskopi akan menimbulkan dampak baik fisik maupun psikologis. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien endoskopi (Brunner and Suddarth, 2001) adalah:

##### a. Status fisik dan mental

Status fisik pasien dinilai / dipengaruhi oleh kondisi status nutrisi, cairan dan semua sistem tubuh. Status mental juga turut mempengaruhi kecemasan pasien. Apabila status fisik dan mental baik, maka tingkat kecemasan minimal.

##### b. Tingkat keparahan penyakit

Sifat dan keparahan penyakit merupakan variabel penting yang dapat memicu tingkat kecemasan seseorang yang mengalaminya.

c. Besar kecilnya operasi

Operasi mayor merupakan tindakan operasi yang lebih serius dan beresiko pada jiwa pasien dan biasanya dilakukan dengan anestesi umum. Sedangkan operasi minor merupakan tindakan sederhana dengan resiko kematian lebih sedikit dan biasanya dilakukan dengan anestesi lokal. Pasien yang akan menjalani tindakan operasi mayor baik terencana maupun emergency akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi.

d. Status sosial ekonomi

Pasien yang dirawat di rumah sakit dan menjalani operasi akan mengalami kekhawatiran dan kecemasan, baik masalah finansial, tanggung jawab terhadap keluarga dan kewajiban pekerjaan atau ketakutan akan prognosa yang buruk serta kemungkinan kecacatan di masa yang akan datang.

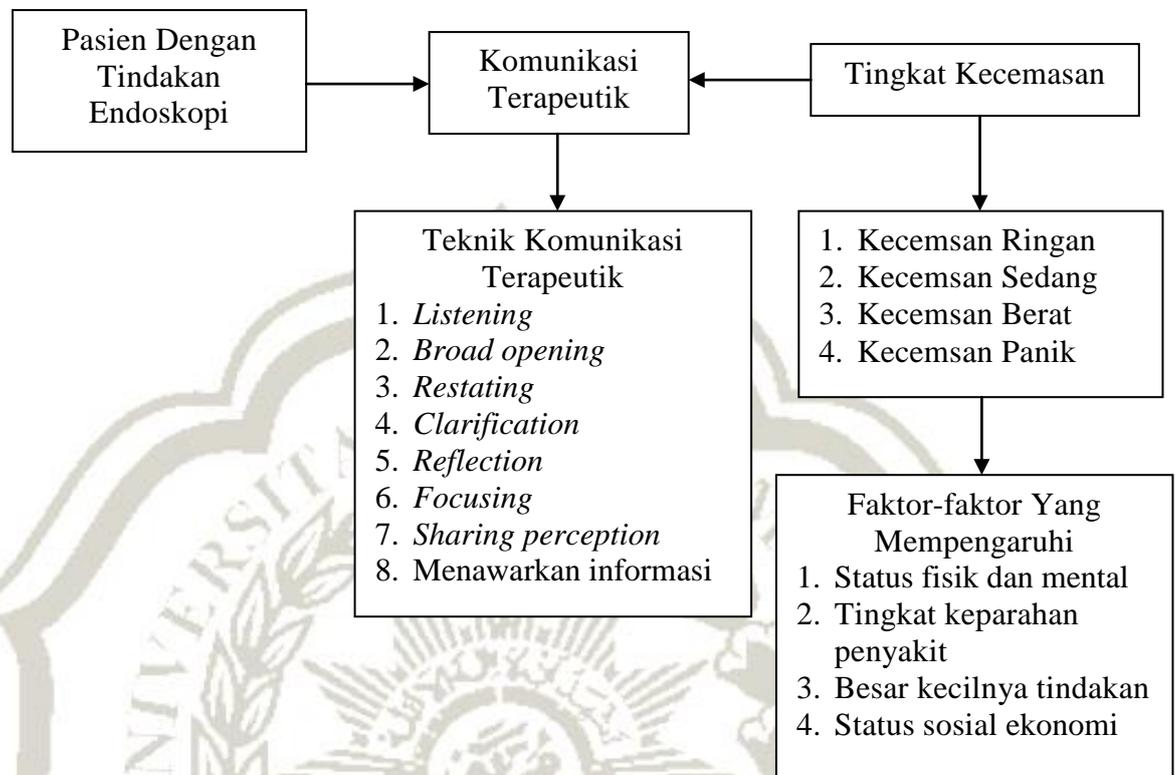
### **5. Pemberian Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Endoskopi.**

Langkah-langkah pemberian komunikasi terapeutik pada pasien endoskopi menurut Nasir dan Muhith (2011) adalah sebagai berikut:

- a. Mendengarkan keluhan pasien endoskopi dengan penuh perhatian.
- b. Menunjukkan penerimaan terhadap keluhan pasien endoskopi.
- c. Memberikan pertanyaan terbuka tentang masalah yang dialami oleh pasien endoskopi.
- d. Mengulang ucapan pasien endoskopi dengan kata-kata sendiri.
- e. Melakukan klarifikasi terhadap kesalahpahaman dalam pembicaraan.

- f. Memfokuskan pembicaraan pada masalah yang dihadapi pasien endoskopi.
- g. Menyampaikan hasil observasi terhadap masalah yang dihadapi pasien endoskopi.
- h. Menawarkan informasi yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi pasien endoskopi.
- i. Diam untuk menunggu respon pasien endoskopi.
- j. Meringkas masalah yang dibicarakan.
- k. Memberikan penghargaan terhadap hal baik yang dilakukan oleh pasien endoskopi.
- l. Menawarkan diri untuk berbicara dengan pasien endoskopi agar merasa nyaman.
- m. Memberikan kesempatan kepada pasien endoskopi untuk memulai pembicaraan.
- n. Menempatkan kejadian yang dialami pasien endoskopi secara teratur.
- o. Menganjurkan pasien endoskopi untuk menguraikan persepsinya.
- p. Melakukan refleksi terhadap perasaan pasien sebelum dilaksanakan tindakan endoskopi.

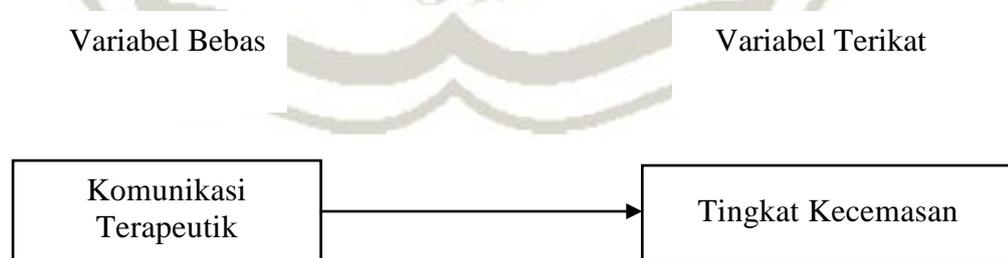
## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber : Stuart dan Sundeen (1998), Brunner and Suddarth (2001), dan Webmaster (2012)

## C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 : Kerangka Konsep

#### D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ho = Tidak ada hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada pasien yang dilakukan tindakan endoskopi di IRNA I RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2012

Ha = Ada hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada pasien yang dilakukan tindakan endoskopi di IRNA I RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2012.

