

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Komunikasi Terapeutik**

##### 1. Pengertian komunikasi

Harold Koont dan Cyril o'Donel dalam Musliha dan Fatmawati (2010), mengemukakan bahwa komunikasi adalah pemindahan informasi dari satu orang ke orang lain terlepas percaya atau tidak. Tetapi informasi yang di transfer tentunya harus dimengerti oleh penerima.

Menurut Yuwono (1985) yang terdapat dalam buku Nurjannah (2005), komunikasi merupakan kegiatan mengajukan pengertian yang diinginkan dari pengiriman informasi kepada penerima informasi dan menimbulkan tingkah laku yang diinginkan dari penerima informasi. Komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberitahu atau mengubah sikap, pendapat, atau perilaku secara keseluruhan baik secara langsung dengan lisan maupun tidak langsung melalui media (Arwani, 2003).

##### 2. Komunikasi terapeutik

###### a. Pengertian

Menurut As Hornby (1974) yang terdapat dalam buku Nurjannah (2005) terapeutik adalah kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan, dapat diartikan bahwa segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Musliha dan Fatmawati, 2010).

b. Tujuan komunikasi terapeutik

Menurut Musliha dan Fatmawati (2010), tujuan komunikasi terapeutik adalah:

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada.
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.

c. Manfaat komunikasi Terapeutik

Menurut Indrawati dalam Musliha dan Fatmawati (2010) manfaat komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan dan mengkaji masalah dan evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat.

d. Prinsip komunikasi terapeutik

Menurut Purwanto (2004), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik adalah:

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

tingkah lakunya sehingga makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dapat dihadapi.

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

e. Teknik komunikasi terapeutik

Komunikasi perawat dan pasien dapat berjalan dengan lancar, maka perawat dapat mengetahui teknik dalam berkomunikasi. Menurut Muslimah dan Fatmawati (2010), teknik Komunikasi yaitu:

1) Mendengar aktif

Mendengar mempunyai arti konsentrasi aktif dan persepsi terhadap pesan orang lain yang menggunakan semua indra.

2) Mendengar pasif

Mendengar pasif adalah kegiatan mendengar dengan kegiatan non verbal untuk klien. Misalnya dengan kontak mata dan menganggukkan kepala.

3) Penerimaan

Mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan. Bagi perawat perlu menghindari: memutar mata keatas, menggelengkan kepala.

4) Klarifikasi

Klarifikasi dengan validasi yaitu menanyakan pada klien apa yang tidak dimengerti perawat terhadap situasi yang ada.

5) *Focusing*

*Focusing* adalah kegiatan komunikasi yang dilakukan untuk membatasi area diskusi sehingga percaya menjadi spesifik dan dimengerti.

6) Observasi

Observasi merupakan kegiatan mengamati pasien, kegiatan ini dilakukan sedemikian rupa sehingga klien tidak menjadi malu.

- 7) Menawarkan informasi  
Menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapatkan respon lebih lanjut. Keuntungan dari teknik ini adalah memfasilitasi komunikasi, mendorong pendidikan kesehatan.
  - 8) Diam (memelihara ketenangan)  
Diam dilakukan dengan tujuan untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi, menunjukkan perawat bersedia untuk menunggu respon.
  - 9) *Assertive*  
Kemampuan dengan cara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain.
  - 10) Menyimpulkan  
Membawa poin-poin penting dari diskusi untuk meningkatkan pemahaman.
- f. Komponen yang mempengaruhi komunikasi dalam praktik keperawatan
- Komunikasi dalam praktik keperawatan tidak hanya ditunjukkan secara spesifik melalui strategi perencanaan dan tindakan keperawatan. Ada tiga komponen yang mempengaruhi komunikasi dalam praktik keperawatan dan harus mendapat perhatian yang sama (Nursalam, 2012). ketiga komponen tersebut yaitu:

### 1) Struktur

Struktur dalam suatu organisasi bertujuan untuk mencapai status praktik komunikasi efektif yang dapat direncanakan dan diterapkan oleh kelompok kerja. Setiap struktur yang ada harus memiliki kelompok klinik yang dirancang untuk pelaksanaan prinsip-prinsip asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan kepada pasien, sehingga dapat membantu penyelesaian masalah peningkatan struktur kesehatan pasien dan organisasi dalam meningkatkan kepuasan pasien.

### 2) Budaya

Budaya dalam suatu organisasi bukan suatu yang mudah untuk diubah dalam waktu sesaat. Keadaan ini penting untuk diperhatikan karena kita bekerja dengan lingkungan dan individu yang berbeda-beda. Perubahan suatu budaya dalam manajemen adalah aspek yang penting pada proses perubahan yang efektif dalam praktik keperawatan. Budaya sangat penting bagi perawat, berfokus pada pasien dan nilai-nilai budaya guna mencapai kepuasan pasien.

### 3) Teknologi

Teknologi merupakan komponen ketiga dalam praktik komunikasi yang efektif. Komunikasi interpersonal dan organisasi sering memerlukan perantara yang akan sangat bermanfaat di masa akan datang, yaitu teknologi elektronik dan pengguna media. Setiap suatu perubahan di rumah sakit harus selalu didukung oleh perencanaan *Health Information System* (HIS) yang efektif. Komunikasi melalui teknologi akan selalu dipantau dan dievaluasi pada setiap proses perubahan. Tujuan teknologi dalam praktik keperawatan adalah mendukung komunikasi dalam

pengambilan keputusan dan meningkatkan kepuasan pasien dan staf.

g. Faktor penunjang dan penghambat dalam komunikasi terapeutik

Menurut Musliha dan Fatmawati (2010) dalam komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien ada dua faktor yang mempengaruhi yaitu:

1) Faktor penunjang yaitu:

Faktor yang menunjang komunikasi antara perawat dan pasien, sehingga komunikasi perawat dan pasien dapat efektif.

Faktor penunjang dalam komunikasi terapeutik dapat dilihat dari pasien dan perawat:

a) Dilihat dari pasien

Kecakapan dan kemauan klien dalam menceritakan masalahnya dengan sungguh-sungguh dan bersedia dibantu tingkat pendidikan dan faktor psikososial..

b) Dilihat dari perawat

Berhasil tidaknya dalam komunikasi ditentukan oleh perawat, maka yang dibutuhkan adalah:

(1) Kecakapan perawat dalam mengajukan pertanyaan terbuka yang dapat menggali seluruh masalah. Harus cakap mendengarkan dan mengambil inti pembicaraan dan cepat tanggap terhadap reaksi klien baik verbal maupun nonverbal.

(2) Sikap perawat

Perawat harus bersikap ramah jangan sampai klien curiga, diharapkan perawat dapat mendekati pasien

sehingga timbul rasa saling percaya. Sikap perawat yang simpatik, muka manis, tidak sombong dan rendah hati tetapi tegas.

(3) Pengetahuan perawat

Perawat yang berpengetahuan luas dengan mudah dapat mencerna isi pembicaraan serta cepat tanggap terhadap pembicaraan pasien.

(4) Sistem sosial

Kelincahan atau kepandaian perawat dalam memahami kebiasaan atau adat istiadat pasien atau keluarga atau masyarakat yang diajak komunikasi, menyesuaikan diri dengan keadaan sekelilingnya.

(5) Seluruh komunikasi perawat

Seluruh indra perawat harus sehat sehingga dengan cepat dapat mengambil kesimpulan pembicaraan.

2) Faktor penghambat

Faktor-faktor yang menghambat komunikasi adalah:

- a) Perawat kurang cakap dalam mendengarkan dan mengajukan pertanyaan terbuka.
- b) Sikap perawat yang acuh tak acuh dan sikap yang kurang ramah terhadap klien/keluarga/masyarakat.
- c) Pengetahuan perawat kurang.
- d) Prasangka yang tidak mendasar yaitu kecurigaan yang tidak beralasan.



#### h. Tahap-tahap komunikasi terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen yang dikutip oleh Nurjannah (2005), dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) perawat mempunyai 4 tahap yang pada setiap tahapannya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat

##### 1) Tahap Prainteraksi

Merupakan tahap dimana perawat belum bertemu dengan pasien.

Tugas utama perawat dalam tahap ini adalah:

- a) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakuatan diri.
- b) Menganalisa kekuatan profesional diri dan keterbatasan.
- c) Mengumpulkan data tentang pasien
- d) Merencanakan untuk pertemuan pertama dengan pasien

##### 2) Tahap Orientasi/Perkenalan

Tahap perkenalan merupakan tahap dimana perawat pertama kali bertemu dengan pasien. Tugas utama perawat dalam tahap ini adalah:

- a) Menentukan mengapa pasien mencari pertolongan.
- b) Menyediakan kepercayaan, penerimaan dan komunikasi terbuka.
- c) Membuat kontrak timbal balik
- d) Mengeksplorasi perasaan, pikiran dan tindakan pasien
- e) Mengidentifikasi masalah pasien
- f) Mendefinisikan tujuan dengan pasien.

##### 3) Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap dimana pasien memulai kegiatan. Perawat melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap pra-interaksi. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah:

- a) Mengeksplorasi stressor yang sesuai/relevan.
- b) Mendorong perkembangan *insight* pasien dan penggunaan mekanisme koping konstruktif.
- c) Menangani tingkah laku yang dipertahankan pasien/*resistance*.

#### 4) Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat akan menghentikan interaksinya dengan pasien, tahap ini biasa merupakan terminasi sementara maupun terminasi akhir. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah:

- a) Menyediakan realitas berpisah.
- b) Melihat kembali kemajuan pasien dari terapi dan pencapaian tujuan.
- c) Saling mengeksplorasi perasaan dari penolakan, kehilangan, sedih, marah dan tingkah laku yang berkaitan.

#### i. Dimensi respon

Menurut Nurjannah (2005) dalam berinteraksi dengan pasien perawat harus memiliki dimensi respon yaitu:

##### a. Kesejatian

Kesejatian adalah pengiriman pesan ke orang lain tentang gambaran diri kita yang sebenarnya.

##### b. Empati

Kemampuan untuk merasakan dunia klien seolah-olah itu adalah dunia anda sendiri, tetapi tanpa kehilangan untuk melihat perbedaannya.

##### c. Respek/hormat

Respek mempunyai pengertian perilaku yang menunjukkan kepedulian/perhatian, rasa dan menghargai pasien. Perawat

menghargai pasien sebagai seorang yang bernilai dan menerima pasien tanpa syarat. Sikap respek perawat akan dapat mengakui kebutuhan orang lain untuk dipenuhi, dimengerti dan dibantu dalam keterbatasan kemampuan dan waktu yang dimiliki oleh perawat.

d. Konkret

Melibatkan penggunaan istilah khusus dari pada istilah abstrak dalam membahas perasaan, pengalaman dan tingkah lakunya. Dimensi ini dapat mempertahankan respon perawat terhadap perasaan klien.

## **B. Kecemasan**

### 1. Pengertian

Suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang tidak mudah yang disertai dengan respon autonomis; Sumbernya seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu; perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya.

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan dialami secara objektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya, kecemasan adalah respon terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2006).

Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan hidup dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan merupakan pengalaman subjektif dari individu dan tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa objek yang spesifik. Kecemasan

dapat didefinisikan suatu keadaan perasaan keprihatinan, rasa gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (Stuart and Sundeens, 2006).

## 2. Teori penyebab kecemasan (Hawari, 2005).

Beberapa teori memberikan kontribusi terhadap kemungkinan faktor etiologi dalam pengembangan kecemasan antara lain faktor genetik, faktor demografi, faktor psikologis. Selain itu ada pula faktor pencetus, faktor perentan dan pembentuk gejala.

Faktor genetik berkaitan dengan gen keturunan dan jenis kelamin, umumnya stres dan kecemasan lebih banyak dialami wanita dikarenakan hormonal. Faktor demografi berkaitan dengan usia dimana individu yang matur adalah individu yang memiliki kematangan kepribadian.

Teori-teori penyebab kecemasan :

### a. Teori Psikodinamik

Freud (1993) mengungkapkan bahwa kecemasan merupakan hasil dari konflik psikis yang tidak disadari. Kecemasan menjadi tanda terhadap ego untuk mengambil aksi penurunan cemas. Ketika mekanisme diri berhasil, kecemasan menurun dan rasa aman datang lagi. Namun bila konflik terus berkepanjangan, maka kecemasan ada pada tingkat tinggi. Mekanisme pertahanan diri dialami sebagai simptom, seperti phobia, regresi dan tingkah laku ritualistik. Konsep psikodinamik menurut Freud ini juga menerangkan bahwa kecemasan timbul pertama dalam hidup manusia saat lahir dan merasakan lapar yang pertama kali. Saat itu dalam kondisi masih lemah, sehingga belum mampu memberikan respon terhadap kedinginan dan kelaparan, maka

lahirlah kecemasan pertama. Kecemasan berikutnya muncul apabila ada suatu keinginan dari Id untuk menuntut pelepasan dari ego, tetapi tidak mendapat restu dari super ego, maka terjadilah konflik dalam ego, antara keinginan Id yang ingin pelepasan dan sangsi dari super ego lahirlah kecemasan yang kedua. Konflik-konflik tersebut ditekan dalam alam bawah sadar, dengan potensi yang tetap tak terpengaruh oleh waktu, sering tidak realistis dan dibesar-besarkan. Tekanan ini akan muncul ke permukaan melalui tiga peristiwa, yaitu : sensor super ego menurun, desakan Id meningkat dan adanya stress psikososial, maka lahirlah kecemasan-kecemasan berikutnya.

b. Teori Perilaku

Menurut teori perilaku, Kecemasan berasal dari suatu respon terhadap stimulus khusus (fakta), waktu cukup lama, seseorang mengembangkan respon kondisi untuk stimulus yang penting. Kecemasan tersebut merupakan hasil frustrasi, sehingga akan mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

c. Teori Interpersonal

Menjelaskan bahwa kecemasan terjadi dari ketakutan akan penolakan antar individu, sehingga menyebabkan individu bersangkutan merasa tidak berharga.

d. Teori Keluarga

Menjelaskan bahwa kecemasan dapat terjadi dan timbul secara nyata akibat adanya konflik dalam keluarga.

#### e. Teori Biologik

Beberapa kasus kecemasan (5 - 42%), merupakan suatu perhatian terhadap proses fisiologis (Hall, 1980). Kecemasan ini dapat disebabkan oleh penyakit fisik atau keabnormalan, tidak oleh konflik emosional. Kecemasan ini termasuk kecemasan sekunder (Rockwell cit stuart & sundeens, 1998).

### 3. Faktor Predisposisi Kecemasan

Setiap perubahan dalam kehidupan atau peristiwa kehidupan yang dapat menimbulkan keadaan stres disebut stresor. Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan kecemasan, atau kecemasan merupakan manifestasi langsung dari stres kehidupan dan sangat erat kaitannya dengan pola hidup. Berbagai faktor predisposisi yang dapat menimbulkan kecemasan (Roan, 1989) yaitu faktor genetik, faktor organik dan faktor psikologi. Pada pasien yang akan menjalani operasi, faktor predisposisi kecemasan yang sangat berpengaruh adalah faktor psikologis, terutama ketidak pastian tentang prosedur dan operasi yang akan dijalani.

### 4. Gejala Kecemasan

Menurut (stuart, 2007) Penderita yang mengalami kecemasan biasanya memiliki gejala-gejala yang khas dan terbagi dalam beberapa fase, yaitu :

#### a. Fase 1

Keadan fisik sebagaimana pada fase reaksi peringatan, maka tubuh mempersiapkan diri untuk fight (berjuang), atau flight (lari secepat-cepatnya). Pada fase ini tubuh merasakan tidak enak sebagai akibat dari peningkatan sekresi hormon adrenalin dan nor adrenalin.

Oleh karena itu, maka gejala adanya kecemasan dapat berupa rasa tegang di otot dan kelelahan, terutama di otot-otot dada, leher dan punggung. Dalam persiapannya untuk berjuang, menyebabkan otot akan menjadi lebih kaku dan akibatnya akan menimbulkan nyeri dan spasme di otot dada, leher dan punggung. Ketegangan dari kelompok agonis dan antagonis akan menimbulkan tremor dan gemetar yang dengan mudah dapat dilihat pada jari-jari tangan. Pada fase ini kecemasan merupakan mekanisme peningkatan dari sistem syaraf yang mengingatkan kita bahwa system syaraf fungsinya mulai gagal mengolah informasi yang ada secara benar.

b. Fase 2 (dua)

Disamping gejala klinis seperti pada fase satu, seperti gelisah, ketegangan otot, gangguan tidur dan keluhan perut, penderita juga mulai tidak bisa mengontrol emosinya dan tidak ada motifasi diri.

Labilitas emosi dapat bermanifestasi mudah menangis tanpa sebab, yang beberapa saat kemudian menjadi tertawa. Mudah menangis yang berkaitan dengan stres mudah diketahui. Akan tetapi kadang-kadang dari cara tertawa yang agak keras dapat menunjukkan tanda adanya gangguan kecemasan fase dua. Kehilangan motivasi diri bisa terlihat pada keadaan seperti seseorang yang menjatuhkan barang ke tanah, kemudian ia berdiam diri saja beberapa lama dengan hanya melihat barang yang jatuh tanpa berbuat sesuatu.

c. Fase 3

Keadaan kecemasan fase satu dan dua yang tidak teratasi sedangkan stresor tetap saja berlanjut, penderita akan jatuh kedalam kecemasan

fase tiga. Berbeda dengan gejala-gejala yang terlihat pada fase satu dan dua yang mudah diidentifikasi kaitannya dengan stres, gejala kecemasan pada fase tiga umumnya berupa perubahan dalam tingkah laku dan umumnya tidak mudah terlihat kaitannya dengan stres. Pada fase tiga ini dapat terlihat gejala seperti : intoleransi dengan rangsang sensoris, kehilangan kemampuan toleransi terhadap sesuatu yang sebelumnya telah mampu ia tolerir, gangguan reaksi terhadap sesuatu yang sepiintas terlihat sebagai gangguan kepribadian.

#### 5. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali orang akan menggunakan alat ukur (*instrument*) yang dikenal dengan: *Amsterdam preoperative anxiety and information Scale (APAIS)*

Menurut Boker, *et.al* (2002) untuk mengetahui tingkat kecemasan dari ringan, sedang, berat dan sangat berat dapat diukur dengan skala *APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)*. Alat ukur ini terdiri dari enam item questioner yaitu :

##### a. Mengenal anestesi

- 1) Saya merasa cemas dengan tindakan anestesi (1, 2, 3, 4, 5).
- 2) Anestesi selalu dalam pikiran saya (1, 2, 3, 4, 5).
- 3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai anestesi (1, 2, 3, 4, 5).

##### b. Mengenai pembedahan/ operasi

- 1) Saya cemas mengenai prosedur operasi (1, 2, 3, 4, 5)
- 2) Prosedur operasi selalu dalam pikiran saya (1, 2, 3, 4, 5).



3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai prosedur operasi (1, 2, 3, 4, 5).

Dari quisioner tersebut, untuk setiap item mempunyai nilai 1 - 5 dari setiap jawaban yaitu : 1 = tidak; 2 = ringan; 3 = sedang; 4 = berat; 5 = panik.

Jadi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a) 1 - 6 : Tidak ada kecemasan.
- b) 7 - 12 : Kecemasan ringan.
- c) 13 - 18 : Kecemasan sedang.
- d) 19 - 24 : Kecemasan berat.
- e) 25 - 30 : Kecemasan berat sekali / panik.

Timbulnya kecemasan menurut Stuart and Sundeen (2007), ada empat tingkat kecemasan, yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

a. Kecemasan ringan;

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, iritabel, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai situasi.

b. Kecemasan sedang;

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang

mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah, menangis, kesulitan menganalisa dan bergetar.

c. Kecemasan berat;

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur (insomnia), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi.

d. Panik;

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernapas, dilatasi

pupil, palpitasi, pucat, diaphoresis, pembicaraan inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi.

#### 6. Respon Fisiologis terhadap Kecemasan.

##### a. Kardio vaskuler

Peningkatan tekanan darah, palpitasi, jantung berdebar, denyut nadi meningkat, tekanan nadi menurun, syock dan lain-lain.

##### b. Respirasi

Napas cepat dan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik.

##### c. Kulit

Perasaan panas atau dingin pada kulit, muka pucat, berkeringat seluruh tubuh, rasa terbakar pada muka, telapak tangan berkeringat, gatal-gatal.

##### d. Gastro intestinal

Anoreksia, rasa tidak nyaman pada perut, rasa terbakar di epigastrium, mual, diare.

##### e. Neuromuskuler

Reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, kejang, , wajah tegang, gerakan lambat.

#### 7. Respon Psikologis terhadap Kecemasan

##### a. Perilaku

Gelisah, tremor, gugup, bicara cepat dan tidak ada koordinasi, menarik diri, menghindari.

##### b. Kognitif

Gangguan perhatian, konsentrasi hilang, mudah lupa, salah tafsir, bloking, bingung, lapangan persepsi menurun, kesadaran diri yang

berlebihan, khawatir yang berlebihan, obyektifitas menurun, takut kecelakaan, takut mati dan lain-lain.

c. Afektif

Tidak sabar, tegang, neurosis, tremor, gugup yang luar biasa, sangat gelisah dan lain-lain.

7. Intervensi keperawatan

- a. Menjelaskan jenis anestesia
- b. Menentukan tingkat pemahaman tentang prosedur operasi
- c. Evaluasi tingkat ansietas
- d. Jelaskan bahwa anestesia tidak akan mengganggu memori
- e. Perawat operasi menerangkan : Alasan mengapa menggunakan pakaian operasi, mesin anestesi, anestesi sebagai udara rumah sakit, pasca anestesia, ruang pemulihan.

**C. Pre Anestesi**

Anestesi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tatalaksana untuk mematikan rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidak nyaman sehingga pasien merasa lebih nyaman (Mangku,2010), untuk mendapatkan hasil yang optimal selama operasi dan anestesi maka diperlukan tindakan pre anestesi yang baik. Tindakan pre anestesi tersebut merupakan langkah lanjut dari hasil evaluasi pre operasi khususnya anestesi untuk mempersiapkan pasien, baik psikis maupun fisik pasien agar pasien siap dan optimal untuk menjalani prosedur anestesi dan diagnostik atau pembedahan yang akan direncanakan (Mangku, 2010). Tujuan dari pre anestesi :

- a. Mengetahui status fisik klien pre operatif.

- b. Mengetahui dan menganalisis jenis operasi.
- c. Memilih jenis / teknik anestesi yang sesuai.
- d. Meramalkan penyulit yang mungkin akan terjadi selama operasi atau dan pasca bedah.
- e. Mempersiapkan obat / alat guna menanggulangi penyulit yang diramalkan.

Pada kasus bedah *elektif*, evaluasi pre anestesi dilakukan beberapa hari sebelum operasi. Kemudian evaluasi ulang dilakukan sehari menjelang operasi, selanjutnya evaluasi ulang dilakukan lagi pada pagi hari menjelang klien dikirim ke kamar operasi dan evaluasi terakhir dilakukan di kamar persiapan instalasi bedah sentral atau IBS untuk menentukan status fisik berdasarkan ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pada kasus bedah darurat, evaluasi dilakukan pada saat itu juga di ruang persiapan operasi instalasi rawat darurat (IRD), karena waktu yang tersedia untuk evaluasi sangat terbatas, sehingga sering kali informasi tentang penyakit yang diderita kurang akurat. Persiapan pre anestesi di rumah sakit :

- a. Persiapan psikis
  - 1) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarganya agar mengerti perihal rencana anestesi dan pembedahan yang direncanakan, sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarga bisa tenang.
  - 2) Berikan obat *sedative* pada klien yang menderita stress yang berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien *pediatrik* (kolaborasi).

3) Pemberian obat *sedative* dapat dilakukan secara: oral pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari 60-90 menit, rektal khusus untuk klien *pediatrik* pada pagi hari sebelum IBS (kolaborasi).

b. Persiapan fisik

- 1) Hentikan kebiasaan seperti merokok, minum-minuman keras dan obat-obatan tertentu minimal dua minggu sebelum anestesi.
- 2) Tidak memakai protesis atau aksesoris.
- 3) Tidak mempergunakan cat kuku atau cat bibir.
- 4) Program puasa untuk pengosongan lambung, dapat dilakukan sesuai dengan aturan tersebut di atas.
- 5) Klien dimandikan pagi hari menjelang kekamar bedah, pakaian diganti dengan pakaian khusus kamar bedah dan kalau perlu klien diberi label.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pasien yang akan dilakukan operasi dan anestesi (Mangku,2010) adalah sebagai berikut:

- 1).Pemeriksaan atau pengukuran status *presen*: Kesadaran, frekwensi napas , tekanan darah, nadi, suhu tubuh , berat dan tinggi badan untuk menilai status gizi pasien.
- 2).Pemeriksaan fisik umum, meliputi pemeriksaan status :
  - a) Psikis : gelisah, cemas, takut, atau kesakitan.
  - b) Syaraf (otak, medulla spinalis, dan syaraf tepi).
  - c) Respirasi.
  - d) Hemodinamik.

- e) Penyakit darah.
- f) Gastrointestinal.
- g) Hepato-billier.
- h) Urogenital dan saluran kencing.
- i) Metabolik dan endokrin.
- j) Otot rangka.
- k) Integumen.

d. Membuat surat persetujuan tindakan medik .

Pada klien dewasa dan sadar bisa dibuat sendiri dengan menandatangani lembaran formulir yang sudah tersedia pada catatan medik dan disaksikan kepala ruangan tempat klien dirawat, sedangkan pada klien bayi /anak-anak / orang tua atau klien tidak sadar ditandatangani oleh salah satu keluarganya yang bertanggung jawab dan juga disaksikan oleh kepala ruangan (Mangku,2010)

e. Persiapan lain yang bersifat khusus pre anestesi

Apabila dipandang perlu dapat dilakukan koreksi terhadap kelainan sistemik yang dijumpai pada saat evaluasi pra bedah misalnya transfusi, dialisa, fisioterapi dan lainnya sesuai dengan prosedur tetap tata laksana masing-masing penyakit yang diderita klien.

## **D. Sectio Caesarea**

### 1. Definisi

*Sectio caesarea* didefinisikan sebagai lahirnya bayi melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi).

Definisi ini tidak mencakup pengeluaran janin dari rongga abdomen pada kasus ruptur uteri atau pada kasus kehamilan abdomen (Cunningham, et al. 2005). Sedangkan Prawirohardjo (2005) mengatakan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gr.

a. Indikasi *sectio caesarea*

Cunningham, et al (2005) menyatakan indikasi *sectio caesarea* adalah: (1) riwayat *sectio caesarea*; (2) distorsia persalinan; (3) gawat janin; dan (4) letak sungsang. Sedangkan indikasi dilakukan *sectio caesarea* menurut Prawirohardjo (2005) adalah :

1) Kelainan dalam bentuk janin

- a) Malpresentasi, bagian fetus yang menjadi bagian terendah bukanlah bagian kepala, melainkan presentasi bokong atau presentasi bahu.
- b) *Abruptio placenta* biasanya karena plasenta tidak terletak di rahim bagian atas.
- c) *Placenta previa*, yaitu plasenta menutupi sebagian (parsial) atau seluruh (total) jalan lahir.
- d) Bayi kembar banyak (lebih dari 2, masih kontroversi).
- e) Bayi terlalu besar (*Giant Baby*), berat bayi lahir sekitar 4000 gram atau lebih menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir.
- f) *Fetal distress* yaitu bayi mengalami stress atau memiliki kelainan misalnya terlihat pada denyut jantung yang lemah.



g) Janin sakit atau abnormal, misalnya gangguan Rh, kerusakan genetic, dan *hidrocephalus*, dapat menyebabkan diputuskannya dilakukan operasi.

## 2) Kelainan panggul

Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan. Terjadinya kelainan panggul ini dapat disebabkan oleh terjadinya gangguan pertumbuhan dalam rahim (sejak dalam kandungan), mengalami penyakit tulang terutama tulang belakang, penyakit polio atau mengalami kecelakaan sehingga terjadi kerusakan atau patah panggul.

## 3) Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

### b. Kontra indikasi *sectio caesarea*

Prawirohardjo (2005), mengatakan bahwa kontra indikasi untuk tidak dilakukannya tindakan pembedahan *sectio caesarea* adalah janin mati, syok, anemia berat yang belum diatasi, serta adanya kelainan congenital yang berat.

### c. Komplikasi *sectio caesarea*

Menurut Pawirohardjo (2005), komplikasi-komplikasi yang dapat timbul pada operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1) Pada ibu

- a) Infeksi *puerperal*
- b) Perdarahan
- c) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- d) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan berikutnya, banyak ditemukan pada *sectio caesarea* klasik.

2) Pada anak

Nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan tindakan. Menurut statistik di negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian paska *sectio caesarea* berkisar antara 4 – 7%.

## E. Spinal Anestesi

Menurut (Smeltzer, Szanne C, 2001) anestesi lumbal (*blok subarachnoid*) dihasilkan bila kita menyuntikan obat analgetik lokal ke dalam ruang subarachnoid di daerah (antara vertebra L2-L3 atau L3-L4 atau L4-L5).

Pasien dalam pengaruh anestesia spinal atau regional anestesi masih sadar tentang sekelilingnya. Berbicara sembarangan, bunyi-bunyian tidak perlu, dan bau yang tidak menyenangkan harus dihilangkan karena hal tersebut dapat diingat oleh pasien diruang operasi dan dapat menyebabkan pandangan negatif tentang pengalaman bedah pasien. Lingkungan yang tenang sangat terapeutik. Untuk prosedur fungsi lumbal, pasien dibaringkan miring dalam posisi lutut dada. Teknik steril diterapkan saat melakukan pungsi lumbal dan medikasi disuntikkan melalui jarum. Segera setelah penyuntikan,

pasien dibaringkan telentang. Jika diinginkan blok lebih tinggi, maka kepala dan bahu diletakkan lebih rendah.

Penyebaran agent anestetik dan tingkat anestesia bergantung dari jumlah cairan yang disuntikkan, kecepatan obat tersebut disuntikkan, Posisi pasien setelah penyuntikan, berat jenis obat. Jika berat jenis obat lebih besar dari berat jenis cairan cerebrospinal, obat akan bergerak ke posisi dependensium subaracnoid. Jika berat jenis agens anestetik lebih kecil dari berat jenis cairan cerebrospinal maka anestetik akan bergerak menjauhi bagian dependen. Perbatasan ini dikendalikan oleh ahli anestesi.

Dalam beberapa menit , anestesia dan paralisis mempengaruhi jari-jari kaki dan perineum dan kemudian secara bertahap mempengaruhi tungkai dan abdomen. Jika anestetik mencapai thorak bagian atas dan medula spinalis dalam konsentrasi yang tinggi , dapat terjadi paralisis respiratori temporer, parsial atau komplit. Paralisis otot-otot pernafasan diatasi dengan mempertahankan respirasi artifisial sampai efek anestesi pada saraf respiratori menghilang. Mual, muntah dan nyeri dapat terjadi selama pembedahan ketika digunakan anestesi spinal ini terjadi karena traksi dari berbagai struktur , terutama struktur rongga abdomen. Reaksi ini dapat dihindari dengan pemberian teopental dosis kecil 0,5 mg/kgBB dan inhalasi nitrat oksida.

Sakit kepala adalah komplikasi pascaoperatif, faktor yang terlibat dalam insiden ini : Ukuran jarum spinal yang digunakan, kebocoran cairan dari spasiun subaracnoid melalui letak pungsi, dan riwayat dehidrasi pasien. Tindakan yang dapat meningkatkan tekanan serebrospinal sangat membantu

dalam menghilangkan sakit kepala, tindakan ini menjaga agar pasien tetap berbaring datar, tenang, dan terhidrasi dengan cukup.

#### 1. Indikasi

Untuk pembedahan daerah tubuh yang dipersyarafi cabang T4 kebawah (daerah papila mammae ke bawah).

#### 2. Kontra Indikasi

Kelainan pembekuan darah, hipovolemia (syok), septisemia, infeksi kulit daerah pungsi (punggung), tekanan intrakranial yang meninggi, penderita menolak/tidak kooperatif dengan tindakan regional anestesi.

#### 3. Teknik

- a. Inspeksi : garis yang menghubungkan 2 titik tertinggi krista iliaka kanan-kiri akan memotong garis tengah punggung setinggi L4 atau L4-5.
- b. Palpasi : Untuk mengenal ruang antara dua vertebra lumbalis
- c. Pungsi lumbal hanya antara : L2-3, L3-4, L4-5 atau L5-S1
- d. Posisi pasien : duduk atau berbaring lateral dengan punggung fleksi maksimal.

#### 4. Komplikasi

Menurut (Smeltzer, Suzanne C, 2001)

(1)Komplikasi dini

1) Komplikasi sirkulasi

a) Hipotensi

Terjadi karena vasodilatasi akibat blok simpatis, makin tinggi blok makin berisiko hipotensi,

b) Bradikardia

Terjadi karena aliran darah balik berkurang atau karena blok simpatis T1-4.

## 2) Komplikasi respirasi

Analisa gas darah cukup memuaskan pada blok spinal tinggi, bila fungsi paru-paru normal. Penderita PPOM/COPD (Penyakit Paru-paru Obstruktif Menahun), merupakan kontraindikasi untuk blok spinal tinggi.

- a) Apnea : dapat disebabkan karena blok spinal yang terlalu tinggi atau karena hipotensi berat atau iskemia medulla.
- b) Kesulitan bicara, batuk kering yang persisten, sesak nafas, merupakan tanda-tanda tidak adekuatnya pernafasan yang perlu segera ditangani dengan terapi oksigen.

## 3) Komplikasi gastro intestinal

Nausea dan muntah karena hipotensi, hipoksia, tonus parasimpatis berlebihan, pemakaian obat narkotik, reflek karena kontraksi pada traktusgastro intestinal.

## 4) Komplikasi kemudian (*delayed*)

Pusing kepala pasca pungsi lumbal (post lumbal puncture headache) merupakan nyeri kepala dengan ciri khas : terasa lebih berat pada perubahan posisi dari tidur keposisi tegak/duduk. Mulai terasa 24-48 jam pasca pungsi lumbal.

## 5. Anatomi punggung untuk spinal anestesi

Secara anatomis dipilih segmen L2 ke bawah pada penusukan oleh karena ujung bawah daripada medula spinalis setinggi L2 dan ruang intersegmental lumbal ini relatif lebih lebar dan lebih datar dibandingkan dengan segmen-segmen lainnya. Lokasi interspace ini dicari dengan menghubungkan crista

iliaca kiri dan kanan. Maka titik pertemuan dengan segmen lumbal merupakan processus spinosus L4 atau L4—5 interspace.

Lapisan jaringan punggung yang dilalui pada waktu penusukan yaitu :

- a. Ligamentum interspinosus
- b. Ligamentum supraspinosus
- c. Subkutis
- d. Kutis Ruang subarakhnoid.
- e. Duramater
- f. Ruang epidural
- g. Ligamentum flavum

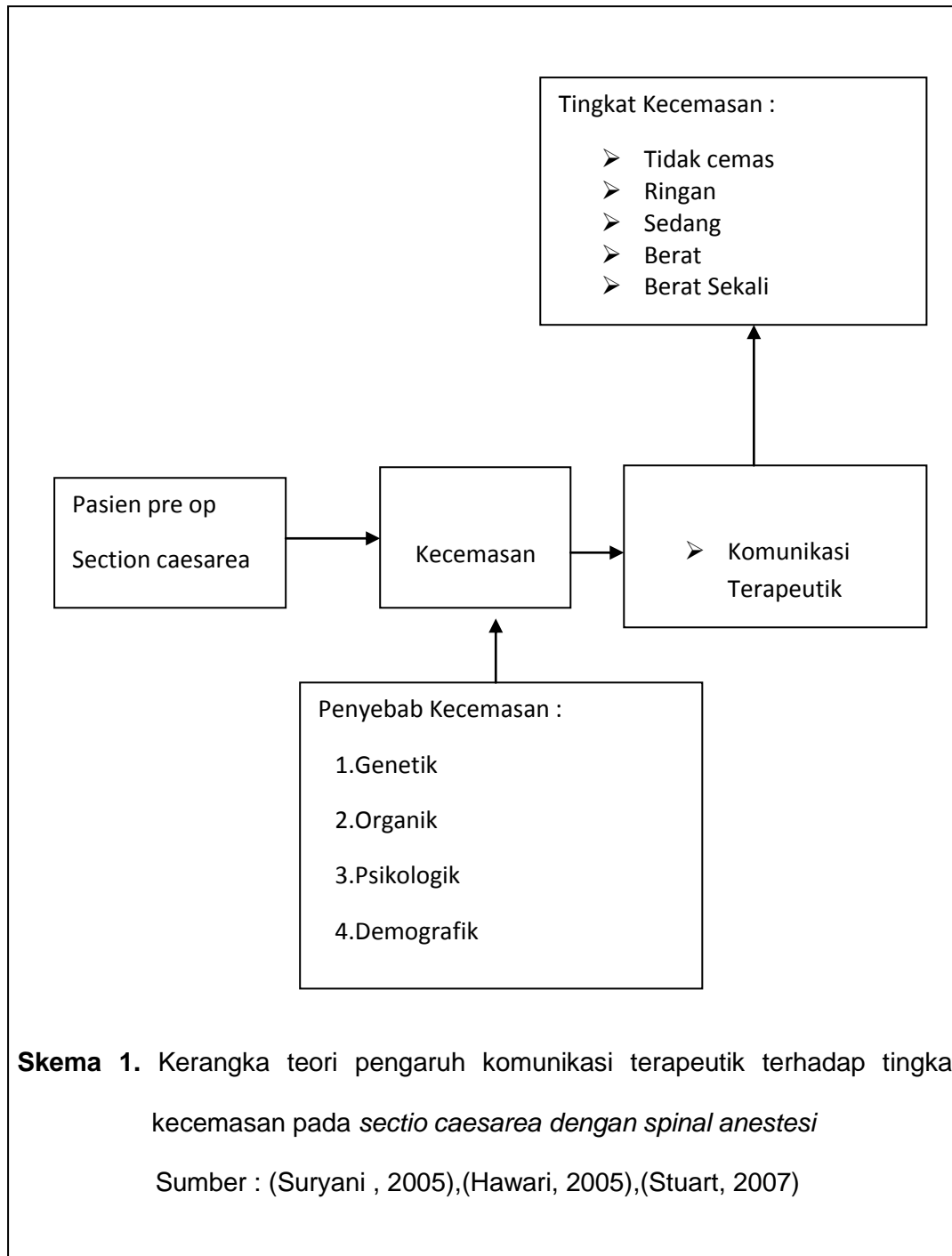
#### 6. Persiapan analgesia spinal

Pada dasarnya persiapan untuk analgesia spinal seperti persiapan pada anestesi umum. Daerah sekitar suntikan diteliti apakah akan menimbulkan kesulitan, misalnya ada kelainan anatomis tulang punggung atau pasien gemuk sekali sehingga tidak teraba tonjolan procesus spinosus. Selain itu diperhatikan hal-hal dibawah ini.

- a. *Informed consent* (izin dari pasien)
- b. *Informed consent* tidak boleh memaksa pasien untuk menyetujui anestesia spinal
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Tidak dijumpai kelainan spesifik seperti kelainan tulang, punggung, dan lain lainnya.
- e. Pemeriksaan laboratorium anjuran  
Hemoglobin, hemotokrit, PT (prothrombin time) dan PTT (partial thromboplastin time)

## F. Kerangka Teori

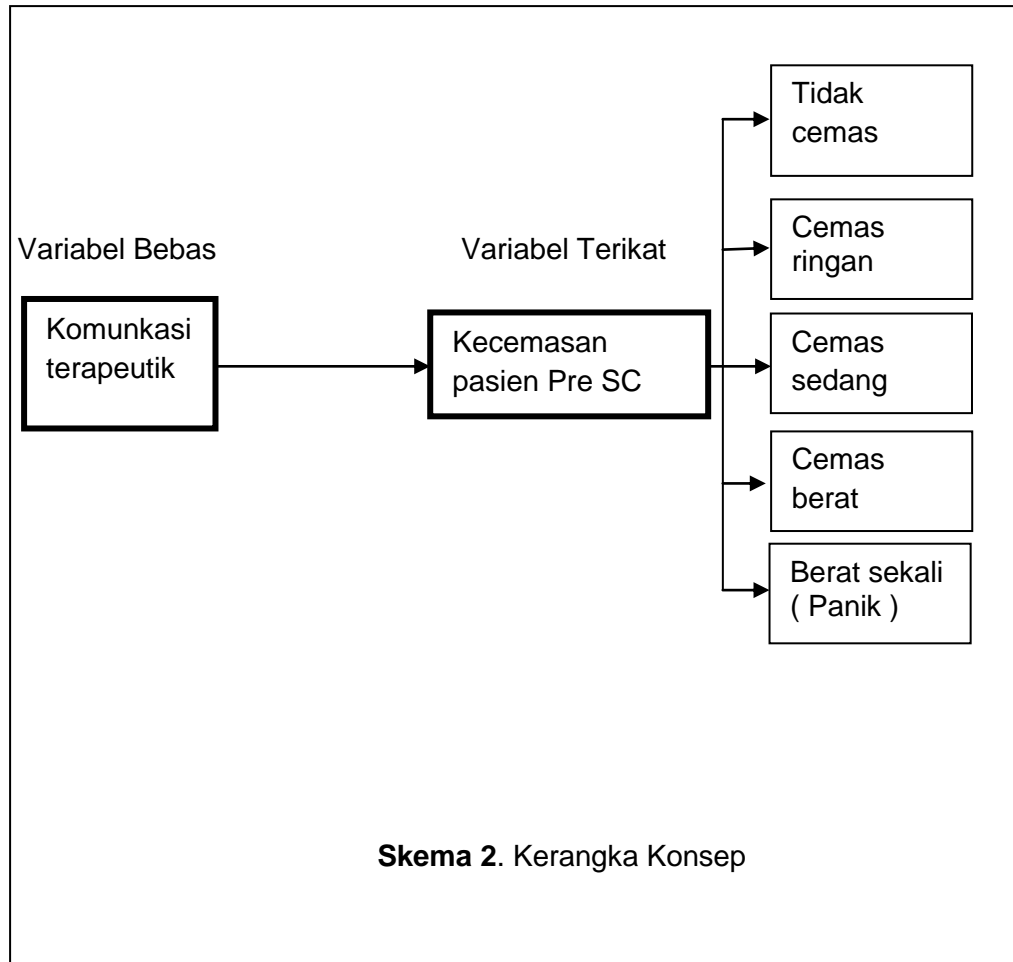
Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan diatas maka kerangka teoritis dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



**Skema 1.** Kerangka teori pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pada *sectio caesarea* dengan *spinal anestesi*

Sumber : (Suryani , 2005),(Hawari, 2005),(Stuart, 2007)

### G. Kerangka Konsep.



### H. Hipotesis penelitian

H1 : Ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pada operasi *sectio caesarea* dengan spinal anestesi di IBS RS Fatima Ketapang Kalimantan Barat.