

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Komunikasi Terapeutik

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin yakni *communicatio* yang artinya pemberitahuan atau pertukaran ide. Pemberitahuan atau pertukaran ide dalam suatu proses komunikasi akan ada pembicara yang menyampaikan pernyataan ataupun pertanyaan yang dengan harapan akan ada timbal balik atau jawaban dari pendengarnya (Suryani, 2015). Terapeutik merupakan suatu hal yang diarahkan kepada proses dalam memfasilitasi penyembuhan pasien. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan salah satu bentuk dari berbagai macam komunikasi yang dilakukan secara terencana dan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pasien (Damayanti, 2008).

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Komunikasi dalam profesi keperawatan sangatlah penting sebab tanpa komunikasi pelayanan keperawatan sulit untuk diaplikasikan (Priyanto, 2009).

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan klien (Ina dan Wahyu, 2010).

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan segala yang ada dalam pikiran dan diri pasien ke arah yang lebih positif yang nantinya akan dapat mengurangi beban perasaan pasien dalam menghadapi maupun mengambil tindakan tentang kesehatannya. Tujuan lain dari komunikasi terapeutik menurut Suryani (2015) adalah: 1) Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri; 2) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain; 3) Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan pasien serta mencapai tujuan yang realistis; 4) Menjaga harga diri; 5) Hubungan saling percaya.

Jenis komunikasi terdiri dari verbal dan non verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik (Mubarak, 2009).

a. Komunikasi Verbal

Komunikasi yang menggunakan kata – kata mencakup komunikasi bahasa terbanyak dan terpenting yang digunakan dalam berkomunikasi. Hal ini disebabkan karena bahasa dapat mewakili kenyataan kongkrit. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk

beberapa secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif harus :

1) Jelas dan ringkas. Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, dan dimana. Ringkas dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana;

2) Perbendaharaan kata (mudah dipahami). Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata atau ucapan. Istilah-istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting;

3) Denotatif dan konotatif. Denotatif ialah memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian;

4) Selaan dan kesempatan berbicara. Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi

verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata – kata tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat nonverbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar jika ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan apakah perlu untuk diulang?;

5) Waktu dan relevansi. Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak waktunya untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien;

6) Humor. Humor merangsang produksi *catecholamines* dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

b. Komunikasi non verbal

Komunikasi non verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non verbal yang disampaikan klien mulai dari saat saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Komunikasi nonverbal teramati pada:

1) Metakomunikasi. Komunikasi tidak hanya tergantung pada pesan tetapi juga pada hubungan antara pembicara dengan lewat bicaranya. Metakomunikasi adalah suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara yang berbicara, yaitu pesan didalam pesan yang menyampaikan sikap dan perasaan pengirim terhadap pendengar;

2) Penampilan personal. Penampilan seseorang merupakan salah satu hal pertama yang diperhatikan selama komunikasi interpersonal. Kesan pertama timbul dalam 20 detik sampai 4 menit pertama, 84 % dari kesan terhadap seseorang berdasarkan penampilannya. Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya, dan konsep diri. Penampilan tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan perawat, tetapi mungkin akan lebih sulit bagi perawat untuk membina rasa percaya terhadap klien jika perawat tidak memenuhi citra klien;

3) Intonasi (nada suara). Nada suara pembicara mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menanyakan rasa tertarik yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat;

4) Ekspresi wajah. Hasil suatu penelitian menunjukkan enam keadaan emosi yang utama yang tampak melalui ekspresi wajah: terkejut, takut, marah, jijik, bahagia, dan sedih. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan pendapat interpersonal. Kontak mata sangat penting dalam komunikasi interpersonal. Orang yang

mempertahankan kontak mata selama pembicaraan diekspresikan sebagai orang yang dapat dipercaya, dan memungkinkan untuk menjadi pengamat yang baik. Perawat sebaiknya tidak memandang ke bawah ketika sedang berbicara dengan klien, oleh karena itu ketika berbicara sebaiknya duduk sehingga perawat tidak tampak dominan jika kontak mata dengan klien dilakukan dalam keadaan sejajar;

5) Sikap tubuh dan langkah. Sikap tubuh dan langkah menggambarkan sikap, emosi, konsep diri dalam keadaan fisik. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati sikap tubuh dan langkah klien. Langkah dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit;

6) Sentuhan. Kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian disampaikan melalui sentuhan. Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam hubungan perawat dan klien, namun harus memperhatikan norma sosial.

Ada tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik (Arwani, 2003): a) Keikhlasan (*genuiness*). Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. 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 perawat terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pada klien; c) Kehangatan (*warmth*). Kehangatan, perawat akan mendorong klien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi.

Menurut Lalongkoe (2013), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang harus diterapkan agar mendapatkan atau mencapai hasil yang memuaskan yaitu dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut: a) Menjadikan klien sebagai fokus utama dalam interaksi; b) Mengkaji kualitas intelektual untuk menentukan pemahaman; c) Mempergunakan sikap membuka diri hanya untuk tujuan terapeutik; d) Menerapkan profesional dalam mengatur hubungan terapeutik; e) Menghindari hubungan sosial dengan klien.

Tahapan dalam komunikasi terapeutik adalah: a) Fase preinteraksi. Pre interaksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengumpulkan data tentang klien, mengeksplorasi perasaan, kekuatan diri dan membuat rencana pertemuan dengan klien; b) Fase orientasi. Pada tahap orientasi, perawat dapat mengucapkan salam saat menemui pasien, memperkenalkan dirinya, membuat kontak awal dengan pasien, menanyakan kabar pasien sebelum operasi, menunjukkan sikap siap membantu dan

tidak memaksa pasien untuk bercerita keadaannya pada perawat; c) Kerja. Pada fase kerja perawat menggunakan komunikasi dua arah, menanggapi keluhan pasien dengan serius, bersikap jujur kepada pasien, menepati janji yang telah diberikan, menciptakan suasana lingkungan yang nyaman sehingga mendukung terjadinya komunikasi yang efektif, mengulang pertanyaan dengan lebih jelas jika pasien belum mengerti tentang pertanyaan yang disampaikan perawat, jangan mendesak pasien untuk segera menjawab pertanyaan yang diajukan, jangan memotong di tengah-tengah pembicaraan pasien, dan jangan membandingkan dengan pasien lain; d) Fase terminasi. Perawat dapat mengucapkan salam perpisahan, membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, memberikan pendidikan kesehatan post operasi, mengevaluasi respon pasien terhadap komunikasi yang telah disampaikan dan meninggalkan petunjuk cara menghubungi pasien (Damayanti, 2008).

Menurut Hamid (2013), hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat-klien terdiri dari tiga jenis utama: Resisten, Transferens, dan Kontertransferens. Jenis-jenis ini timbul dari berbagai alasan dan mungkin terjadi dalam bentuk yang berbeda, tetapi semuanya menghambat komunikasi terapeutik. Perawat harus segera mengatasinya, hambatan ini menimbulkan perasaan tegang baik bagi perawat maupun bagi klien.

2. Kecemasan

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability*), keperibadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan keperibadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2011). Rasa cemas ialah keadaan mental yang tidak enak berkenaan dengan sakit yang mengancam atau dibayangkan. Rasa cemas ditandai oleh kekhawatiran, ketidak enakan, dan perasaan yang tidak baik yang tidak dapat dihindari oleh seseorang; disertai dengan perasaan tidak berdaya karena merasa menemui jalan buntu; dan disertai pula dengan ketidakmampuan menemukan pemecahan masalah yang dihadapi. Rasa cemas berkembang dari rasa takut dan khawatir, namun dalam berbagai segi berbeda satu sama lain. Rasa cemas lebih bersifat samar-samar dibandingkan dengan rasa takut. Rasa cemas tidak disebabkan oleh situasi yang nyata, tetapi oleh situasi yang dibayangkan rasa cemas diekspresikan dalam perilaku yang mudah dikenal, seperti murung, gurup, mudah tersinggung, tidur yang tidak nyenyak, cepat marah dan kepekaan yang luar biasa terhadap perkataan atau perbuatan orang lain (Zarkasih, 2010).

Kecemasan dental dan ketakutan dental adalah faktor paling utama menyebabkan masalah kunjungan orang-orang untuk memeriksakan kesehatan gigi dan mulut mereka kepada dokter gigi (Kirova, 2011).

Menurut Asmadi (2009) dalam bukunya menjelaskan kecemasan merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu dari luar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan. Ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai asal kecemasan. Teori tersebut antara lain: a) Teori Psikoanalisis. Pandangan psikoanalisis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma dan budaya seseorang. Ego berfungsi untuk menengahi tuntutan dari dua elemen tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa akan ada bahaya; b) Teori Interpersonal. Pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Teori ini akan dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan dan perpisahan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain atau masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas. Apabila keberadaannya diterima oleh orang lain, maka ia akan merasa tenang dan tidak akan merasa cemas, dengan demikian kecemasan berkaitan

dengan hubungan antar manusia; c) Teori Perilaku. Pandangan perilaku, kecemasan merupakan hasil frustrasi. Ketidakmampuan atau kegagalan dalam mencapai sesuatu yang diinginkan akan menimbulkan frustrasi pada seseorang atau keputusan. Keputusan inilah yang dapat menyebabkan seseorang menjadi cemas.

Kecemasan diidentifikasi menjadi 4 tingkat yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Semakin tinggi tingkat kecemasan individu maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan merupakan masalah psikiatri yang paling sering terjadi, tahapan tingkat kecemasan akan dijelaskan sebagai berikut (Stuart, 2007): a) Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsi; b) Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah; c) Kecemasan berat sangat mengurangi persepsi seseorang yang cenderung memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain; d) Tingkat panik (sangat berat) berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan.

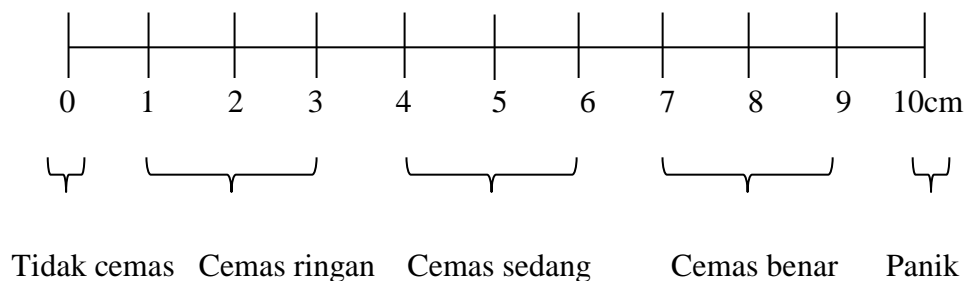
Menurut Asmadi (2008) dalam bukunya ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan seseorang dapat berasal dari diri sendiri (faktor internal) maupun dari luar (faktor eksternal). Namun demikian faktor pencetus kecemasan dapat dikelompokkan menjadi dua kategori: a) Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari guna pemenuhan terhadap kebutuhan dasarnya; b) Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status atau peran diri, dan hubungan interpersonal.

Terdapat 3 kategori metode yang umum untuk mengevaluasi dan mengukur kecemasan pada orang dewasa maupun anak-anak, yaitu pengukuran langsung *self-report*, pengukuran perilaku, dan pengukuran berdasarkan situasi melalui ekspresi wajah.

1) *Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A)*

Breivik H, Borchgrevink P.C, Allen S mengemukakan VAS sebagai salah satu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur intensitas kecemasan pasien yang biasa digunakan. Terdapat 11 titik, mulai dari tidak ada rasa cemas (nilai 0) hingga rasa cemas terburuk yang bisa dibayangkan (10). VAS merupakan pengukuran tingkat kecemasan yang cukup sensitif dan unggul karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian, daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Pengukuran

dengan VAS pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1 - 3 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai 4 – 6 dikatakan sebagai cemas sedang, diantara nilai 7 – 9 cemas berat, dan 10 dianggap panik atau kecemasan luar biasa.



Gambar 1. *Visual Analogue Scale*

Sumber. Breivik H, Borchgrevink P.C, Allen S. *Assessment of Pain*. British journal of Anaesthesia. 2008 : 101 : 17-24

2) *Dental Anxiety Scale (DAS)*

Kecemasan gigi (*Dental Anxiety Scale = DAS*) yang dikembangkan oleh Corah (1969). Pasien diminta untuk melingkari alternatif nilai numerik dari 1-5, sehingga skor total berkisar dari 4-20. Skor 13-14 merupakan tanda bahaya bagi dokter gigi dan pasien, sedangkan skor 15 atau lebih hampir selalu merupakan kecemasan tingkat tinggi (Corah dkk *cit* Kent dan Blinkhom, 2005).

3) *Zung-Self Rating Anxiety Scale (SAS)*

Fianza A, Dellafiore C, Travaini D (2014) mengemukakan Zung-self Rating Anxiety Scale (SAS) adalah instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan dengan skala *self-administered*. Penilaian

berdasarkan skala likert terdiri dari 20 item. Setiap item dinilai pada skala empat poin (dari 1 sampai 4): sangat jarang (1), kadang-kadang (2), sering (3), selalu (4). SAS dapat digunakan untuk mengukur gejala depresi atau kecemasan diawal perawatan.

4) *Face Image Scale (FIS)*

Menurut Buchanan (2002), FIS digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pada anak-anak menggunakan ekspresi wajah. Ekspresi wajah menggambarkan situasi atau keadaan dari kecemasan, mulai dari ekspresi wajah sangat senang hingga sangat tidak senang. Skala ini menunjukkan dari skor 1 yaitu menunjukkan ekspresi yang paling positif (sangat senang) sampai skor 5 pada bagian wajah yang paling menunjukkan ekspresi negatif (sangat tidak senang).

3. Perawatan Saluran Akar (PSA)

Perawatan saluran akar merupakan salah satu jenis perawatan yang bertujuan mempertahankan gigi agar tetap dapat berfungsi. Perawatan saluran akar adalah tindakan mengambil semua jaringan pulpa yang terinfeksi dari kamar pulpa dan saluran akar, kemudian membentuk saluran akar untuk mencegah terjadinya infeksi ulang (Grag dan Grag, 2008). Tujuan perawatan saluran akar adalah mengembalikan keadaan gigi yang sakit agar dapat diterima secara biologik oleh jaringan sekitarnya, ini berarti bahwa gigi tersebut tanpa simptom, dapat

berfungsi dan tidak ada tanda-tanda patologik yang lain (Hardianti, 2014).

Prinsip dasar prosedur tahap perawatan saluran akar yaitu: 1) preparasi kavitas dan saluran akar; 2) Irigasi; 3) Sterilisasi saluran akar; 4) Pemeriksaan bakteriologi; 5) Obturasi/pengisian saluran akar. Tindakan perawatan saluran akar secara umum: a) Pulpotomi, yaitu PSA sebagian dengan pembersihan ruang pulpa saja, tanpa mengutak-utik saluran pulpa. Biasanya dilakukan pada gigi susu; b) Pulpektomi, yaitu tindakan mematikan saraf pulpa dan pembersihan sampai ke saluran akar; c) Apikoektomi, yaitu tindakan pemotongan ujung akar, kemudian pembersihan saluran akar dilakukan dari akar kearah mahkota. Biasanya infeksi sudah mengenai jaringan penyangga gigi di daerah ujung akar. Tindakan ini memerlukan pembedahan kecil untuk membuka daerah gusi sekitar ujung akar (Pratiwi, 2009).

Menurut Tarigan R. dan Tarigan G. (2013) sebelum perawatan endodonti dilakukan sebaiknya dipertimbangkan apakah gigi tersebut nantinya masih dapat direstorasi, berfungsi kembali, dan dapat dipertahankan selama mungkin didalam rahang. Perlu pula diperiksa keadaan jaringan periodonsium yang menyangkut gigi tersebut, juga perencanaan yang tepat dalam menentukan restorasi untuk gigi yang telah mengalami perawatan endodonti karena hal ini sangat bergantung pada keadaan sisa jaringan gigi.

Faktor penyebab kelainan pulpa dapat dibagi atas dua kelompok besar, berdasarkan ada atau tidaknya hubungan dengan prosedur dentistry: 1) Penyebab yang tidak berhubungan dengan prosedur dentistry:

a) Bakteri, penyebab utama karies adalah mikroorganisme beserta produknya. Menurut Branstrom dan Land cit Tarigan R dan Tarigan G, 2013 serta Langeland cit Tarigan R dan Tarigan G. 2013, reaksi pulpa dapat terjadi pada lesi dini dentin. Dengan berlanjutnya proses karies walaupun pulpa belum terkena, sel-sel peradangan akan mengadakan penetrasi ke pulpa melalui tubulus dentin yang terbuka sehingga jika karies sudah meluas mengenai pulpa, itu berarti telah terjadi peradangan kronis;

b) Mekanis, cedera pulpa karena atrisi, abrasi atau trauma. Trauma dapat terjadi karena pukulan pada wajah dengan atau tanpa disertai fraktur. Pulpa terbuka, kuman akan mengadakan penetrasi kedalam dan menyebabkan peradangan pulpa;

c) Kimiawi, kerusakan pulpa dapat disebabkan oleh bahan-bahan yang bersifat asam ataupun uap;

2) Penyebab yang berhubungan dengan prosedur dentistry: a) Mekanis, pengambilan jaringan dentin selama preparasi kavitas dapat menyebabkan cedera pulpa, terutama pada pemakaian bur dengan kecepatan tinggi. Faktor yang memegang peranan penting dalam cedera pulpa adalah ketebalan dentin, yaitu makin dalam kavitas,

iritasi akan makin besar. Dengan pendinginan/semprotan air, kerusakan pulpa dapat dihindari;

b) Termal, cedera pulpa selama preparasi kavitas selain disebabkan oleh faktor mekanis juga faktor termal, kecuali bila gigi memperoleh pendinginan yang cukup dari semprotan air. Pemakaian bur intan biasanya lebih panas dibandingkan bur karbid;

c) Kimiawi, reaksi pulpa biasanya terjadi pada restorasi yang berkontak langsung dengan dasar kavitas. Reaksi pulpa ini juga bergantung pada kedalaman kavitas. Kavitas dangkal, biasanya akan terbentuk dengan reparatif, tetapi bila kavitas cukup dalam, cenderung menyebabkan peradangan pulpa. Iritasi kimia disebabkan oleh antara lain semen silikat dan seng fosfat karena keasamannya, akrilik karena toksisitasnya, bahan sterilisasi (fenol, argentum nitrat), komposit;

d) Elektrik, adanya tumpatan logam dengan bahan berbeda, misalnya emas dengan amalgam, dapat menyebabkan aliran listrik yang disebut dengan syok galvanis. Bahan tumpatan yang berbeda ini dapat berkontak sewaktu mastikasi atau berkontak terus-menerus jika letaknya berdampingan. Iritasi pulpa dapat juga terjadi walaupun bahan tumpatan logam yang berbeda ini tidak berkontak. Hal ini disebabkan oleh aliran saliva yang mengandung elektrolit (Tarigan R dan Tarigan G, 2013).

Syarat keberhasilan suatu perawatan endodontik (perawatan saluran akar) menurut Grag dan Grag (2008) yaitu tercapainya triad

endodontik yang meliputi preparasi biomekanikal (*cleaning and shaping*), pembersihan saluran akar secara kimiawi dengan menggunakan larutan irigasi dan medikamen intrakanal (*disinfection*) dan pengisian saluran akar atau obturasi dengan bahan pengisi saluran akar (*obturation*).

Tahapan kunjungan pasien perawatan saluran akar (PSA): a) Tahapan pertama sebagai kunjungan pertama, preparasi saluran akar merupakan tindakan kunjungan pertama perawatan. Tujuan preparasi adalah untuk membersihkan pulpa dan sisa-sisa jaringan nekrotiknya dan membentuk saluran akar untuk menerima bahan pengisi. Tindakan preparasi ini menyebabkan bentuk saluran akar seperti corong (Ford, 1993); b) Tahapan kedua sebagai kunjungan kedua, adalah dilakukannya sterilisasi saluran akar yang bertujuan mematikan bakteri dalam saluran akar dengan irigasi dan medikasi interkanal (Febrianifa, 2016). Penggunaan larutan irigasi pada saat preparasi saluran akar akan membantu debridemen, mengubah kondisi dentin agar mudah untuk dipreparasi dan sebagian pelumas pada instrumen (Walton dan Torabinejed, 2008). Selama dan setelah dilakukan preparasi dan membentuk saluran harus dilakukan irigasi untuk menghilangkan fragmen jaringan pulpa dan serpihan dentin yang menumpuk (Grossman dkk, 2012); c) Tahapan ketiga sebagai kunjungan ketiga, obturasi adalah tahap kerja pada perawatan ini dan merupakan tahapan paling penting dalam perawatan saluran akar karena seringkali menjadi penyebab utama kegagalan perawatan. Kegagalan yang terjadi sering dihubungkan dengan

tindakan obturasi saluran akar yang terlihat kurang baik pada pemeriksaan dengan radiografis (Walton dan Torabinejed, 2008).

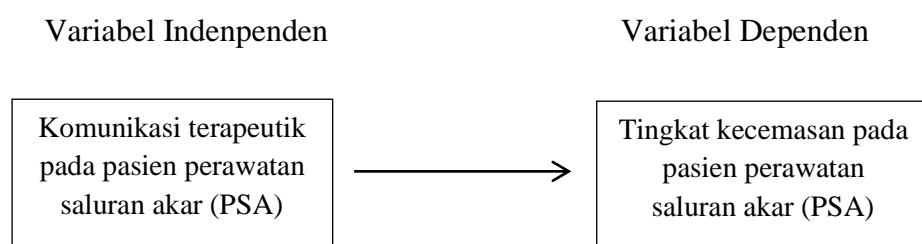
B. Landasan Teori

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain, dan memberikan pengertian antara perawat dan klien dengan tujuan membantu klien memperjelas dan mengurangi beban pikiran serta diharapkan dapat menghilangkan kecemasan.

Kecemasan dental dan ketakutan dental adalah faktor paling utama menyebabkan masalah kunjungan orang-orang untuk memeriksakan kesehatan gigi dan mulut mereka kepada dokter gigi. Perawatan saluran akar adalah tindakan mengambil semua jaringan pulpa yang terinfeksi dari kamar pulpa dan saluran akar, kemudian membentuk saluran akar untuk mencegah terjadinya infeksi ulang.

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan permasalahan dan tujuan penelitian dari uraian diatas dapat disusun suatu kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka konsep

D. Hipotesis

Dari landasan teori dan kerangka konsep diatas maka dapat dirumuskan suatu hipotesis bahwa ada hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien pada tindakan perawatan saluran akar (PSA) di Klinik Gigi Joy Dental Yogyakarta.