

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kecemasan Keluarga Pasien

1. Pengertian

Cemas menurut Caplan (2005) adalah sebagai kesulitan atau kesusahan dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Sedangkan menurut Stuart 2007 cemas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Videbeck, 2008). Kecemasan juga timbul sebagai akibat hasil perawatan yang tidak pasti, gejala emosi, masalah keuangan, perubahan peran, gangguan rutinitas, dan lingkungan rumah sakit yang asing (Jane, 2004).

Keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari kepala keluarga dan anggotanya dalam ikatan nikah ataupun nasab yang hidup dalam satu tempat tinggal, memiliki aturan yang ditaati secara bersama dan mampu mempengaruhi antar anggotanya serta memiliki tujuan dan program yang jelas. Keluarga ini terdiri atas ayah, ibu, anak, saudara dan kerabat lainnya. Keluarga batih biasanya terdiri dari seorang ayah, ibu dan anak. Keluarga ini bisa dikatakan keluarga kecil. (Safrudin, 2015)

Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kecemasan keluarga pasien merupakan kecemasan yang timbul pada keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di rumah sakit. Kecemasan tersebut timbul karena perubahan peran, gangguan rutinitas, dan lingkungan rumah sakit yang asing (Jane, 2004).

2. Tanda dan Gejala Kecemasan Keluarga Pasien

Tanda dan gejala kecemasan keluarga yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi yaitu: perilaku keluarga yang sering

bertanya tentang kondisi anggota keluarganya, bertanya dengan pertanyaan diulang-ulang, berkunjung diluar jam kunjung, dan keluarga takut kehilangan.

Menurut Donsu 2017 tanda dan gejalanya adalah :

a Secara fisik

Respon fisik saat terjadi kecemasan dapat ditandai dengan nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, tremor, berkeringat, sulit tidur, dan sakit kepala.

b Secara kognitif

Tanda kecemasan secara kognitif dapat dilihat saat mempresepsikan sesuatu cenderung menyempit, penderita tidak bisa menerima rangsangan dari luar. Penderita lebih fokus pada apa yang diperhatikannya. Prilaku dapat dilihat dari gerakan tubuhnya. Misalnya gerakanya tersentak – sentak, cara bicara berlebihan dan cepat. Penderita kelihatan normal tetapi memiliki perasaan tidak aman. Respon emosi juga mengalami gangguan , merasa menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, suka cita berlebihan, ketidak berdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak kuat, ketakutan, distress, khawatir, prihatin.

3. Macam – macam kecemasan

Kecemasan beraneka ragam jenisnya. Menurut freud dalam Suryabrata (2001) ada tiga jenis kecemasan, yaitu:

a. Kecemasan objektif (realitis)

Kecemasan realitis atau objektif adalah kecemasan akan bahaya bahaya dari luar.

b. Kecemasan neurotis.

Kecemasan neurotis adalah kecemasan bila insting – insting tidak dapat dikendalikan dan menyebabkan orang berbuat sesuatu yang dapat dihukum.

c. Kecemasan moral.

Kecemasan moral adalah kecemasan yang timbul dari kata hati terhadap perasaan berdosa apabila melakukan dan sebaliknya berfikir melakukan sesuatu yang bertentangan dengan norma – norma moral.

4. Tingkatan Kecemasan

Townsend (2005) dalam Atina (2009) membagi kecemasan dalam empat tingkat kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan ringan

Pada kecemasan ringan berhubungan dengan ketengangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, *iritabel*, kesadaran meningkat, mampu untuk belajar, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai dengan 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 muncul yaitu kelelahan meningkat, denyut jantung, dan pernafasan meningkat, ketengangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, mampu untuk belajar namun tidak fokus pada rangsang yang tidak menambah kecemasan, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

c. Kecemasan berat

Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan perhatian pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul adalah mengeluh pusing, sakit kepala mual ,

tidak dapat tidur (*insomnia*), sering kencing, diare, *palpitasi*, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri, perasaan tidak berdaya, bingung dan *disorientasi*.

d. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, terror 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 nafas, *dilatasi pupil*, pucat, *diaphoresis*, pembicaraan *inkoheren*, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak-teriak, menjerit, mengalami halusinasi dan *delusi*. Panik dapat mengakibatkan peningkatan motorik, penurunan kemampuan berhubungan dengan orang lain dan tidak mampu berfikir rasional.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan keluarga

Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam ellias (2013) dibagi sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Teori Smith (1968:51) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan – tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (ellias dkk, 2013).

b. Umur

Menurut Kaplan dan Sandock (1997), gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita, biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

c. Tingkat pendidikan

Menurut Yusuf, 2001 dalam ellias 2013, semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan mereka dapat berfikir secara rasional dan menahan emosi dengan baik.

d. Pengalaman menunggu.

Menurut Kaplan dan Sadock (19970) dalam ellias dkk 2013, keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat dirumah sakit , hal itu karena sudah terbentuk coping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik , untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut.

e. Kondisi medis atau penyakit.

Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidenya gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien. Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien, (Ellias dkk 2013).

f. Akses informasi

Pemberian informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien tetapi juga dalam mengatasi kecemasan itu sendiri. Akses informasi dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat mengatasi kecemasan kearah adaptif sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga.

g. Komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan . komunikasi yang terjalin baik akan menimbulkan kepercayaan sehingga terjadi hubungan yang lebih hangat dan mendalam. Kehangatan suatu hubungan akan mendorong pengungkapan beban perasaan dan pikiran yang dirasakan selama hospitalisasi (Purwanto, 1994) yang dapat menjadi jembatan dalam menurunkan tingkat kecemasan yang terjadi (Tamsuri, 2006 dalam ellias 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman dan asing akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien. Kebijakan dalam ruangan serta suasana personil ruangan itu sendiri dapat menjadi pencetus terjadinya krisis bagi klien dan keluarga pasien, sehingga diperlukan adaptasi dengan cara yang berbeda dengan hasil proses adaptasi yang mereka alami sebelumnya.

i. Fasilitas kesehatan

Alat-alat yang canggih dan rumit akan mempengaruhi kecemasan, dikarenakan alat-alat tersebut asing bagi keluarga karena mereka beranggapan bahwa keluarga yang sakit serius bahkan mungkin sekarat, hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kondisi penyakit yang diderita oleh pasien. Sehingga peran perawat sebagai pendidik memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada keluarga (Elias dkk, 2013).

6. Cara mengukur kecemasan keluarga pasien.

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk Anxiety Analog Scale (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRSA ($r = 0,57 - 0,84$).

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 syptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan.

Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe). Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan

reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

B. Intensive Care Unit (ICU)

1. Pengertian

Intensif Care Unit (ICU) merupakan unit di rumah sakit yang berfungsi untuk memberikan perawatan bagi pasien kritis. Di ruang ICU terdapat peraturan kunjungan yang berbeda dengan perawatan di ruang rawat inap biasa, yaitu peraturan kunjungan ke pasien dibatasi, sehingga keluarga dapat mengalami suatu keadaan depresi, kecemasan bahkan hingga trauma setelah anggota keluarganya dirawat di ICU (Mc. Adam dalam Bailey, 2009).

Ruang ICU merupakan Intensive Care yang mempunyai 2 fungsi utama, yaitu untuk melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi "*reversible life threatening organ dysfunction*", dan untuk mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks elektif atau prosedur intervensi dan resiko tinggi untuk fungsi vital (Achsanuddin, 2007). Beberapa komponen ICU yang spesifik, yaitu pasien yang dirawat dalam keadaan kritis, desain ruangan dan sarana yang khusus, peralatan berteknologi tinggi dan mahal, pelayanan dilakukan oleh staf yang professional dan berpengalaman dan mampu mempergunakan peralatan yang canggih dan mahal (Achsanuddin, 2007).

2. Kriteria Pasien ICU

Kriteria pasien ICU menurut Kariadi DRD (2013), adalah sebagai berikut:

a. Pasien prioritas 1

Pasien yang termasuk dalam prioritas ini adalah pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan/bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ/system yang lain, infus obat-obat vasoaktif/inotropic, obat anti aritmia, serta pengobatan lain-lainnya secara kontinyu dan tertitrasi. Pasien yang

termasuk prioritas 1 adalah pasien pasca bedah kardiorasik, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam jiwa. Institusi setempat dapat juga membuat kriteria spesifik yang lain seperti derajat hipoksemia, hipotensi di bawah tekanan darah tertentu.

b. Pasien Prioritas 2

Kriteria pasien ini memerlukan pelayanan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Pasien yang tergolong dalam prioritas 2 adalah pasien yang menderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat, dan pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Pasien yang termasuk prioritas 2, terapinya tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

c. Pasien Prioritas 3

Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada kriteria ini sangat kecil, sebagai contoh adalah pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, dan pasien penyakit jantung dan penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien kriteria ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

d. Pasien prioritas 4

Pasien dalam prioritas ini bukan merupakan indikasi masuk ICU. Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien dengan keadaan yang “terlalu baik” ataupun “terlalu buruk” untuk masuk ICU.

3. Faktor-faktor yang Dapat Mempengaruhi Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU

Peni (2014) menyebutkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ICU adalah :

- a Terpisah secara fisik dengan keluarga yang dirawat di ICU.
- b Merasa terisolasi secara fisik dan emosi dari keluarganya yang lain yang sehat, karena dukungan moral yang tidak kuat atau keluarga yang lain tidak bisa berkumpul karena bertempat tinggal jauh.
- c Takut kematian atau kecacatan tubuh terjadi pada keluarga yang sedang dirawat.
- d Kurangnya informasi dan komunikasi dengan staf ICU sehingga tidak tahu perkembangan kondisi pasien.
- e Tarif ICU yang mahal.
- f Masalah keuangan, terutama jika pasien adalah satu-satunya pencari nafkah dalam keluarga.
- g Lingkungan ICU atau ruangan yang penuh dengan peralatan canggih, bunyi alarm, banyaknya selang yang terpasang di tubuh pasien. Jika pasien diintubasi atau ada gangguan kesadaran sulit atau tidak bisa berkomunikasi diantara pasien dengan keluarganya dapat meningkatkan stress keluarga. Jam besuk yang dibatasi, ruangan ICU yang sibuk dan suasananya yang serba cepat membuat keluarga merasa tidak disambut atau dilayani dengan baik (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001)

Sentana (2015) menyebutkan ada 5 faktor yang menyebabkan kecemasan pada keluarga yang anggota keluarganya dirawat di ruang Intensif :

- a Faktor umur ; Semakin tua umur seorang semakin konstruktif dalam menggunakan coping terhadap masalah. Umur di pandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang. Semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, dapat mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain (Siagian, 1995; Wibowo, 2001 didalam Sentana, 2015).

- b Faktor jenis kelamin ; Pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan, selain itu dikemukakan pula oleh Myers dalam Sentana (2015) yang mengatakan bahwa perempuan cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif.
- c Faktor pengalaman ; Horney dalam Sentana (2015) yang mengatakan bahwa pengalaman masa lalu individu dalam menghadapi kecemasan dapat mempengaruhi individu ketika menghadapi stressor yang sama karena individu memiliki kemampuan beradaptasi atau mekanisme koping yang lebih baik, sehingga tingkat kecemasan pun akan berbeda dan dapat menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih ringan.
- d Faktor pengetahuan ; Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang dari berbagai faktor berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya, biasanya terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tingkat pengetahuan seseorang rendah akan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan yang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi (Hidayat dalam Sentana 2015).
- e Faktor tipe kepribadian ; Friedman dan Rosenman (1999) bahwa seseorang yang memiliki tipe kepribadian B lebih sulit mengalami kecemasan dibandingkan dengan tipe kepribadian A yang mudah mengalami kecemasan. Hal ini diperkuat dengan pendapat Friedman dan Rosenman (1999) yang menyimpulkan bahwa walaupun tampak dari luar tipe A sebagai orang yang percaya diri, namun mereka cenderung mempunyai perasaan keraguan diri yang terus-menerus dan itu memaksa mereka untuk mencapai lebih banyak dalam waktu yang lebih cepat. Sedangkan orang dengan tipe kepribadian B lebih mampu bersantai tanpa merasa bersalah dan bekerja tanpa melihat nafsu, tidak harus tergesa-gesa yang menyebabkan ketidak sabaran dan tidak mudah marah. Kepribadian tipe A cenderung mempunyai semangat bersaing yang tinggi dan ambisius,

berbicara dengan cepat, suka menyela pembicaraan orang lain dan sering terperangkap dalam kemarahan yang luar biasa. Sedangkan tipe B cenderung melakukan sesuatu tanpa memaksakan diri, kurang suka bersaing atau kompetisi, lebih suka bekerja sama. Sifat-sifat inilah yang membuat kedua tipe berbeda dalam menanggapi sumber stres sehingga berbeda pula tingkat stres pada masing-masing tipe.

C. Ventilasi Mekanik

1. Pengertian

Ventilasi mekanik atau ventilator adalah alat bantu pernapasan yang menggantikan fungsi paru dalam hal ventilasi, dimana bantuan ventilasi yang diberikan mesin ventilator dapat berupa pemberian volume, tekanan (pressure) atau gabungan keduanya volume dan tekanan (Sundana, 2008). Muhiman (2001) menyatakan ventilasi mekanik adalah suatu alat yang mampu membantu (sebagian) atau mengambil alih (semua) pertukaran gas paru untuk mempertahankan kelangsungan hidup.

Indikasi pemakaian ventilator atau ventilasi mekanik adalah pada pasien yang mengalami henti jantung (cardiac arrest), henti napas (respiratory arrest), hipoksemia yang tidak teratasi dengan pemberian oksigen non invasif, asidosis respiratori yang tidak teratasi dengan obat-obatan dan pemberian oksigen non invasif, gagal napas dan tindakan pembedahan yang menggunakan anestesi umum (Sundana, 2008).

Tujuan penggunaan ventilasi mekanik pada pasien antara lain meningkatkan pertukaran gas, meringankan distress pernapasan, memelihara distribusi volume paru-paru, memberikan perlindungan jalan nafas, dan secara umum memberikan dukungan pada kardiopulmonal (Ramesh, 2003). Dukungan pernapasan yang diberikan dengan bantuan ventilasi mekanik bertujuan untuk mempertahankan PaO₂ normal untuk meminimalkan terjadinya hipoksia, mempertahankan PaCO₂ untuk meminimalkan ventilasi alveolar, mengurangi usaha dan kelelahan otot napas, serta mengurangi atelektasis paru (Khemani, 2010).

Cara kerja ventilasi mekanik secara umum di bagi atas 2 (dua) menurut Muhiman, (2001) yaitu ventilator tekanan negatif dan ventilator tekanan positif. Ventilator tekanan negatif adalah membuat tekanan negatif di sekeliling dada sehingga udara masuk paru-paru. Ventilator tekanan positif adalah membuat tekanan positif dalam jalan nafas sehingga udara masuk paru-paru. Terdapat tiga jenis ventilator tekanan positif yaitu siklus tekanan (pressure cycle), siklus waktu (time cycle), siklus volume (volume cycle).

2. Mode Ventilator

Sebuah ventilator didalamnya terdapat mode-mode pernapasan untuk menentukan interaksi pasien dengan siklus pernapasan. Pemilihan mode ventilator ini sangat tergantung pada penyebab terjadinya gagal nafas. Menurut Sundana (2008) pengaturan mode operasional ventilasi mekanik yaitu:

a *Volume Control*

Pada mode ini, frekuensi napas, jumlah volume tidal (VT) dan volume menit (VM) yang diberikan kepada pasien secara total diatur oleh mesin, sehingga pada mode ini pasien tidak diberikan kesempatan untuk napas spontan (jika trigger/ sensitivitasnya dibuat off). Mode ini digunakan pada pasien yang tidak sanggup lagi memenuhi kebutuhan VT dengan usaha napas sendiri.

b *Synchronized Intermitten Mandatory Ventilation (SIMV)*

Mode SIMV adalah bantuan sebagian dengan targetnya volume. Mode ini sama dengan VC hanya pada mode SIMV, sensitivitas (trigger) dibuat sensitif. SIMV memberikan bantuan ketika ada usaha napas spontan memicu (men-trigger) mesin ventilator, tapi jika usaha napas tidak sanggup memicu mesin, maka ventilator tetap akan memberikan bantuan sesuai jumlah frekuensi napas yang sudah di atur (Maruvada & Rotta, 2008).

c *Pressure Support (PS)*

Mode PS merupakan mode bantuan sebagian dengan targetnya tekanan, TV dihasilkan dari pemberian tekanan atau inspiratory pressure level (IPL). Pada mode ini tidak perlu mengatur frekuensi napas karena frekuensi napas ditentukan sendiri oleh pasien (pasien bebas bernapas setiap saat) dan setiap ada usaha napas spontan, ventilator akan segera memberikan bantuan tekanan.

d *Continous Positive Airway Pressure (CPAP)*

Mode ini digunakan pada pasien yang sudah dapat bernapas spontan dan akan diekstubasi. Pada mode ini, ventilator memberikan tekanan positif selama pernapasan spontan sehingga mampu memperbaiki oksigenasi dengan membuka alveoli yang kolap diakhir eskpirasi (Purnawan & Saryono, 2010).

e *SIMV + PS*

Mode ini merupakan gabungan dari SIMV dan mode PS. Umumnya digunakan untuk perpindahan dari mode kontrol. Bantuan yang diberikan berupa volume dan tekanan.

D. Komunikasi Terapeutik Perawat

1. Pengertian komunikasi perawat

Komunikasi berasal dari bahasa latin yaitu *communis* yang artinya membangun kebersamaan antar dua orang atau lebih. Selain itu, komunikasi juga berasal dari kata *communico* yang berarti membagi (Abdul et al 2009). Komunikasi oleh orang-orang terdahulu disebut sebagai proses mengirim dan menerima informasi, saat ini lebih dekat dengan arti komunikasi sebenarnya yaitu bertukar informasi (Setio dan Rohani 2013).

Komunikasi terapeutik perawat merupakan komunikasi yang menggambarkan hubungan perawat dengan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif. Dengan komunikasi terapeutik, perawat dan klien dapat memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. (Abdul et al, 2009).

2. Tujuan dan Fungsi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mendukung klien, memajukan kesembuhan, dan mendukung atau meningkatkan fungsi tubuh. Dengan komunikasi terapeutik, diharapkan terdapat peningkatan kesehatan yang dialami oleh klien (Sheldon 2009). Selain itu tujuan komunikasi terapeutik antara lain adalah untuk memberi tahu, membujuk/ mempengaruhi, menghibur, mengenal/ memahami diri sendiri atau orang lain, dan memperbaiki atau mempertahankan hubungan antar manusia (Setio dan Rohani 2013).

3. Unsur-unsur Komunikasi Terapeutik

Unsur-unsur dalam komunikasi terapeutik antara lain, yaitu pengirim pesan, penerima pesan, pesan, saluran (media), umpan balik, tanggapan, penkodean (penjabaran dalam simbol), penerjemahan, dan gangguan (Setio dan Rohani 2013). Selain itu Abdul (2009) menyatakan unsur dalam komunikasi terapeutik adalah pengirim (*sender*), pesan (*message*), media (*channel*), penerima (*komunikan*), pengaruh (*efek*), dan lingkungan.

Menurut Zen Pribadi (2013), unsur-unsur komunikasi terapeutik meliputi keramahan, penggunaan nama, dapat dipercaya, otonomi dan tanggung jawab, dan asertif (tegas).

4. Tehnik komunikasi terapeutik

Menurut Stuart & Sundeen tahun (1995), tehnik komunikasi terdiri dari :

a. Mendengarkan (*listening*)

Perawat harus berusaha untuk mendengarkan informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Hal ini dapat ditunjukkan dengan memandang kearah klien selama berbicara , menjaga kontak pandang yang menunjukkan keingintauan, dan menganggukan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasanya penting atau memerlukan umpan balik. Tehnik ini bisa memberikan rasa aman pada klien dalam mengungkapkan perasaan dan menjaga kestabilan emosi klien.

b. Pertanyaan terbuka

Memberikan inisiatif kepada klien, mendorong untuk menyelesaikan topik yang akan dibicarakan. Kegiatan ini bernilai terapeutik bila klien menunjukkan penerimaan dan nilai dari inisiatif klien dan menjadi non terapeutik apabila perawat mendominasi interaksi dan menolak respon klien (Stuart dan Sundeen, 1995)

c. Mengulang (*Restating*)

Merupakan teknik yang dilaksanakan dengan cara mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien, yang berguna untuk menguatkan ungkapan klien dan memberikan indikasi perawat untuk mengikuti pembicaraan. Teknik ini bernilai terapeutik ditandai dengan perawat mendengarkan atau melakukan validasi, mendukung klien dan memberikan respon terhadap apa yang dikatakan klien.

d. Penerimaan (*Acceptance*)

Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan berarti persetujuan, tetapi bersedia mendengarkan tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Dengan demikian perawat harus sadar terhadap ekspresi nonverbal. Sikap perawat tidak boleh, memutar mata keatas, menggelengkan kepala, mengerutkan atau memandang dengan muka masam pada saat berinteraksi dengan klien.

e. Klarifikasi

Klarifikasi merupakan tehnik yang digunakan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi perawat mencoba memahami situasi yang digambarkan klien.

f. Refleksi.

Refleksi ini dapat berupa refleksi isi dengan cara memvalidasikan apa yang didengar, refleksi perasaan dengan memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya. Teknik ini akan membantu perawat dalam memelihara

pendekatan yang tidak menilai (Boyd dan Nihart, 1998), dikutip oleh Nurjanah (2001).

g. Asertif

Menurut Smith dalam Nurjanah (2001) asertif adalah kemampuan dengan cara menyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan menghargai hak orang lain. Tahap –tahap asertif menurut Lindberg (1998) dalam Nurjanah (2001) antara lain menggunakan kata ”tidak” sesuai dengan kebutuhan, mengkomunikasikan maksud dengan jelas , mengembangkan kemampuan mendengar, pengungkapan komunikasi disertai dengan bahasa tubuh yang tepat, meningkatkan kepercayaan diri dan gambaran diri dan menerima kritik dengan ramah.

h. Memfokuskan

Cara ini dengan memilih topik yang penting atau yang telah dipilih dengan menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas dan lebih berfokus pada realitas.

i. Membagi persepsi

Merupakan tehnik komunikasi dengan cara meminta pendapat klien tentang hal-hal yang dirasakan dan dipikirkan.

j. Identifikasi “tema”

Merupakan tehnik dengan mencari latar belakang masalah pasien yang muncul dan berguna untuk meningkatkan pengertian dan eksplorasi masalah yang penting.

k. Diam

Diam dilakukan dengan tujuan untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi , menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk menunggu respon. Diam dilakukan dalam waktu yang lama karena akan mengakibatkan klien menjadi khawatir. Diam juga dapat diartikan marah atau mengerti, tapi disini menunjukkan kesedian seseorang untuk menanti orang lain untuk berfikir, meskipun begitu diam yang tidak tepat dan menyebabkan orang lain cemas(Myers) , di kutip oleh Nurjanah (2001).

l. Menawarkan informasi

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Memberikan informasi yang lebih lengkap merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Apabila ada informasi yang tidak disampaikan oleh dokter, perawat perlu memberikan penjelasan alasannya. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasehatinya.

m. Humor

Dugan (1998) mengatakan bahwa tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Sullivan dan Deane (1988) melaporkan bahwa humor merangsang produksi katekolamin dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi kecemasan, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidak mampuannya untuk berkomunikasi dengan klien. Sedangkan menurut Nurjanah (2001) humor sebagai hal penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi stres ketegangan dan rasa sakit akibat stres, serta meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan.

n. Saran

Tehnik yang bertujuan memberikan alternatif ide untuk pemecahan masalah. Tehnik ini tidak tepat dipakai pada fase kerja atau pada fase awal hubungan.

5. Bentuk-Bentuk Komunikasi Terapeutik

Bentuk komunikasi terapeutik menurut Abdul (2009) ada tiga, yaitu:

a. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal merupakan sekumpulan kata yang telah disusun secara terstruktur, sehingga menjadi suatu kalimat yang mengandung arti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam komunikasi verbal adalah kata-kata yang jelas, ringkas, perbendaharaan kata memadai, mengandung arti

denotatif dan konotatif yang dapat dipahami, kecepatan bicara, dan humor.

b. Komunikasi nonverbal

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi tanpa menggunakan kata-kata, melainkan dengan gerakan tubuh yang dapat menyampaikan maksud komunikasi. Komunikasi nonverbal antara lain adalah dengan menggunakan isyarat vokal, isyarat tindakan (gerakan tubuh), isyarat objek (penggunaan benda), ruang/jarak dan sentuhan/kontak fisik.

Komunikasi nonverbal merupakan penyampaian pesan non verbal yang merupakan suatu proses pemindahan atau penyampaian pesan tanpa menggunakan kata-kata. Tujuan komunikasi non verbal antara lain adalah untuk meyakinkan apa yang diucapkan (*repetition*), menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*), menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*), menambahkan atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna.

Komunikasi non verbal dapat dijumpai pada hal-hal berikut: Metakomunikasi (pesan di dalam pesan), penampilan personal, intonasi (*paralanguage*), gerakan mata (*eye gaze*), gerakan tubuh (*kinesics*), dan sentuhan (*touching*).

c. Komunikasi tertulis

Prinsip komunikasi tertulis harus lengkap, ringkas, konkrit, jelas, sopan dan benar.

6. Tahap Komunikasi Terapeutik

Tahap-tahap komunikasi terapeutik menurut Abdul (2009) dalam Efrianti (2014), adalah sebagai berikut:

a. Tahap pra-interaksi

Tahap pra interaksi disebut sebagai tahap pengenalan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tahap pra interaksi adalah pengetahuan terkait klien, kecemasan dan kekalutan diri, analisa kekuatan diri, tentukan waktu pertemuan. Selain itu, pada tahap pra

interaksi terdapat hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien, seperti perilaku klien dalam mengatasi penyakit, adat istiadat dan tingkat pengetahuan klien..

b. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi tugas perawat meliputi hal-hal berikut, yaitu membuat kontrak dengan klien terdiri atas topik, tempat dan waktu. Melakukan eksplorasi pikiran dan perasaan klien, serta mengidentifikasi masalah keperawatan klien. Dan yang terakhir adalah menetapkan tujuan yang akan dicapai, serta menetapkan rencana tindakan yang akan diberikan sesuai dengan permasalahan klien.

c. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi.

d. Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dengan melakukan evaluasi subjektif (mengevaluasi suasana hati) dan evaluasi objektif (mengevaluasi respon yang dirasakan klien), serta tindak lanjut. Terminasi terakhir berisi, tindakan keperawatan lanjutan serta melakukan kontrak yang akan datang, meliputi kontrak waktu, tempat, serta tujuan interaksi.

7. Dampak Komunikasi Terapetik

Dampak komunikasi terapetik menurut Efrianti (2014), adalah sebagai berikut:

a. Dimensi tindakan

Yang termasuk dalam dimensi tindakan antara lain adalah konfrontasi (perawat menyadarkan perilaku klien yang merusak dirinya), kesegaran, pengungkapan diri perawat, katarsis emosional (pengungkapan perasaan klien), dan bermain peran.

b. Dimensi respon

Yang termasuk dalam dimensi respon meliputi kesejatian/keikhlasan, respek/hormat, konkret berarti perkataan yang jelas, akurat, tidak membingungkan, dan mudah dimengerti, serta empati.

8. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Faktor Penghambat Komunikasi/Penyimpangan Komunikasi Penyimpangan komunikasi bisa terjadi pada diri klien dan diri perawat menurut Efrianti (2014) adalah sebagai berikut:

a. Penyimpangan komunikasi pada diri klien.

Penyimpangan komunikasi yang dilakukan klien merupakan bentuk dari upaya untuk menutupi diri dan sikap menghindar untuk tetap tidak menyadari atau mengakui bahwa dalam dirinya ada perasaan yang mengganggu dan mengusik yang berakibat meningkatnya kecemasan pada diri klien. Penyimpangan komunikasi yang lain berhubungan dengan pengalaman masa lalu klien, yang disebut transferens yang berarti merupakan respons tak sadar berupa perasaan atau perilaku terhadap perawat yang sebetulnya berawal dan berhubungan dengan orang-orang tertentu yang bermakna baginya pada waktu dia masih kecil.

b. Penyimpangan Komunikasi Terapeutik Pada Perawat

1). *Countertransferens*

Countertransferens merupakan bentuk respons emosional berupa hambatan terapeutik yang berasal dari diri perawat yang dibangkitkan atau dipancing oleh sikap klien. Perilaku yang dapat muncul pada klien antara lain: love dan caring berlebihan, benci dan marah berlebihan, cemas dan rasa bersalah yang timbul berulang-ulang, tidak mampu berempati terhadap klien, perasaan tertekan selama atau setelah proses, tidak bijaksana dalam membuat kontrak dengan klien, terlambat atau terlalu lama, mendukung ketergantungan klien, berdebat dengan klien atau memaksa klien sebelum klien siap, menolong klien untuk hal-hal yang tidak

berhubungan dengan sasaran asuhan keperawatan, menghadapi klien dengan hubungan pribadi atau sosial, serta melamunkan klien.

2) Pelanggaran batas.

Pelanggaran batas yang dilakukan perawat adalah apabila perawat dalam memberikan asuhan keperawatan menyimpang dari pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan klien diajak berkomunikasi mengenai hal diluar proses keperawatan, dimana hal itu tidak ada hubungan dengan keluhan yang dirasakan klien saat ini.

3) Pemberian hadiah.

Pemberian hadiah dari klien untuk perawat diharapkan klien dapat memanipulasi perawat dengan cara mengatur hubungan dan mengatur batasan-batasan dalam berhubungan.

9. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Dalam melakukan sebuah komunikasi salah satunya komunikasi yang terapeutik dapat dipengaruhi beberapa hal antara lain (Potter & Perry, 2005):

a. Perkembangan

Perkembangan manusia mempengaruhi bentuk komunikasi dalam dua aspek, yaitu tingkat perkembangan tubuh mempengaruhi kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan untuk mempersepsikan pesan yang disampaikan. Agar dapat berkomunikasi efektif seorang perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir orang tersebut. Adalah sangat berbeda cara berkomunikasi anak usia remaja dengan anak usia balita.

b. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

c. Gender

Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu

percakapan. Tannen (1990) menyatakan bahwa kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan, dan meningkatkan keintiman, sementara kaum laki-laki lebih menunjukkan independensi dan status dalam kelompoknya.

d Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruh oleh nilai pribadinya.

e Latar belakang sosial budaya

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

f Emosi

Emosi merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengkaji emosi klien agar dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya.

g Pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan. Seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Hal tersebut berlaku juga dalam penerapan komunikasi terapeutik di rumah sakit. Hubungan terapeutik akan terjalin dengan baik jika didukung oleh pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat dan proses yang akan dilakukan. Perawat juga perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien secara profesional.

h Peran dan Hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Berbeda dengan komunikasi yang terjadi dalam pergaulan bebas, komunikasi antar perawat klien terjadi secara formal karena tuntutan profesionalisme.

i Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi efektif. Suasana yang bising, tidak ada privacy yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Untuk itu perawat perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien. Menurut Ann Mariner (1986) lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

j Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Untuk itu perawat perlu memperhitungkan jarak yang tetap pada saat melakukan hubungan dengan klien.

k Masa bekerja

Masa bekerja merupakan waktu dimana seseorang mulai bekerja di tempat kerja. Makin lama seseorang bekerja semakin banyak pengalaman yang dimilikinya sehingga akan semakin baik komunikasinya (Kariyoso, 1994).

Hubungan perawat dan klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar dan perbaikan emosi klien. Bagi klien, dalam hal ini perawat memakai dirinya secara terapeutik dan memakai teknik komunikasi agar perilaku klien dapat berubah kearah yang positif seoptimal mungkin. Perawat harus menganalisa dirinya tentang kesadaran dirinya, klarifikasi nilai, perasaan, kemampuan sebagai role model agar dapat berperan secara efektif. Seluruh perilaku dan pesan yang disampaikan baik secara verbal maupun nonverbal bertujuan secara terapeutik untuk klien.

Kemampuan menerapkan teknik komunikasi memerlukan latihan dan kepekaan serta ketajaman, karena komunikasi terjadi dalam dimensi nilai, waktu dan ruang yang turut mempengaruhi kepuasan klien.

Keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak tercapainya kepuasan klien dalam menerima asuhan keperawatan yang berkaitan dengan komunikasi yang juga merupakan kepuasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

10. Mengukur komunikasi terapeutik

Dasar perawatan kesehatan adalah komunikasi perawat-pasien. Pasien mempertimbangkan komunikasi mereka dengan perawat berdasarkan perlakuan mereka (Marhamti et al, 2016). Komunikasi efektif adalah bagian terpenting dari perawatan perawat dan ini sangat penting sebagai sebuah kebutuhan dalam sejarah .

Mengukur komunikasi terapeutik dapat menggunakan sebuah alat berbentuk kuesioner seperti Marhamti et al (2016) dalam penelitiannya *design and validating the nurse-patient communication skills questionnaire*. Kuesioner tersebut berisi 25 pertanyaan dengan dimensi; (1) *Preliminary relationship*/pra interaksi yaitu pernyataan nomor 1-5; (2) *Attention*/perhatian yaitu pernyataan nomor 6-10; (3) *Understanding*/mudah dimengerti yaitu pernyataan nomor 11-15; (4) *Job duties*/pekerjaan yaitu pernyataan nomor 16-20 ; (5) *Medical ethic*/etika medis yaitu pernyataan nomor 21-25.

Kuesioner tersebut masih dalam bentuk bahasa inggris, sehingga harus dilakukan *back translation* oleh ahlinya. Kuesioner komunikasi terapeutik *the nurse-patient communication skills questionnaire* yang disusun oleh Saadat Marhamati et al sudah memiliki angka kereliabelan dimensi; (1) *Preliminary relationship* dengan nilai 0.745; (2) *Attention* dengan nilai 0.832; (3) *Understanding* dengan nilai 0.868; (4) *Job duties* dengan nilai 0.874; (5) *Medical Ethics* dengan nilai 0.780. Dapat disimpulkan untuk *total questions* , kuesioner tersebut memiliki angka reliabilitas angka 0.810 yang berarti sangat reliabel.

Kuesioner lain untuk mengukur komunikasi terapeutik adalah kuesioner yang digunakan Liyana dalam penelitiannya yang berjudul “*Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS THT dan BEDAH PROF. NIZAR Jakarta Pusat*”.

Kuesioner tersebut memiliki 20 item pernyataan yang berisi tentang komunikasi terapeutik pada pasien. Kuesioner tersebut akan dimodifikasi sehingga akan cocok digunakan untuk keluarga pasien. Pernyataan nomor 1-3 adalah tahap interaksi dimana perawat mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Pernyataan 5-20 adalah inti dari komunikasi dimana perawat menjelaskan tindakan apa yang akan dilakukan, meminta persetujuan, cara perawat berkomunikasi dan kapan tindakan tersebut akan dilakukan. Pernyataan terkait komunikasi terapeutik tersebut diukur dengan nilai dengan rentan 1-3 dimana; 1 adalah tidak pernah; 2 adalah kadang-kadang; 3 selalu.

Kedua kuesioner diatas menjadi dasar peneliti dalam menyusun kuesioner baru yang kemudian digunakan dalam penelitian. Kuesioner yang telah dibuat adalah 25 pernyataan dengan susunan pernyataan 1-5 adalah tahap *pre* interaksi dan pernyataan 6-25 adalah tahap interaksi dan evaluasi. Kuesioner tersebut telah dilakukan uji *expert* dengan hasil mengeliminasi pernyataan nomor 17 dan 19, sehingga kuesioner akhir berjumlah 23 pernyataan.

E Komunikasi Terapeutik terhadap Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU

Kebutuhan informasi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan keluarga pasien di ICU, salah satu bentuk pemberian informasi adalah melalui komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik memberikan gambaran yang jelas kepada keluarga terkait kondisi pasien yang sedang dirawat, mengenai tanda dan gejala yang ditampilkan serta keluhan yang dirasakan. Komunikasi terapeutik terjadi apabila didahului hubungan saling percaya antara perawat-pasien. Loihala (2016) menyebutkan penyampaian komunikasi terapeutik yang berhasil dan mengalami kecemasan berat adalah sebanyak 7 keluarga pasien sedangkan komunikasi yang tidak berhasil menyebabkan 11 keluarga pasien mengalami kecemasan berat. Tambunan (2017) juga menyebutkan komunikasi terapeutik yang berhasil juga akan menyebabkan tingkat kepercayaan keluarga pasien tinggi. Bailey (2010) mengungkapkan pendapat yang berbeda yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara

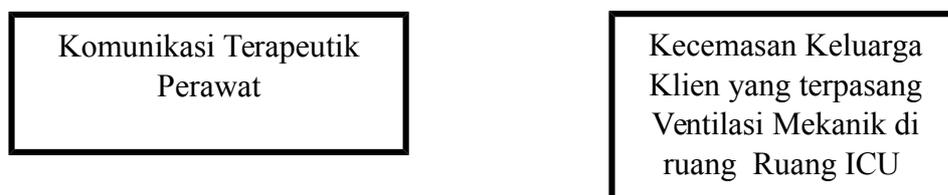
dukungan informasi dengan kecemasan keluarga, hanya saja pemberian informasi akan meningkatkan kepuasan dengan keperawatan pada keluarga. Courty (2015) juga menyebutkan kejadian kecemasan dan depresi pada keluarga pasien disebabkan karena kondisi pasien yang terus memburuk, komunikasi terapeutik tidak disebutkan dalam penelitiannya, hanya saja dicantumkan terkait waktu kunjungan ke rumah sakit, hubungan dengan pasien, usia, dan jenis kelamin. Perbedaan beberapa pendapat tersebut belum bisa dipastikan keberhasilan komunikasi terapeutik akan menurunkan kecemasan pada keluarga pasien ataupun sebaliknya.





Gambar 2.1 Kerangka Teori
(Abdul, 2009; kaplan dan sadock , 1970)

G. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

F. Hipotesis

Ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan keluarga klien dengan ventilasi mekanik di ruang ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang.

