

REPUBLIC INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202241842, 4 Juli 2022

Pencipta

Nama : **Yosi Marin Marpaung dan Mey Lona Verawaty Zendrato**

Alamat : Jl. Kerinci VI No. 7, RT003, RW026, Kel. Abadi Jaya, Kec. Sukmajaya, Depok, JAWA BARAT, 16417

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Yosi Marin Marpaung dan Mey Lona Verawaty Zendrato**

Alamat : Jl. Kerinci VI No. 7, RT003, RW026, Kel. Abadi Jaya, Kec. Sukmajaya, Depok, JAWA BARAT, 16417

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **Buku Ajar Komunikasi Dalam Keperawatan**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 2 Juni 2022, di Jakarta

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, dihitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000357531

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
Direktur Jenderal Kekayaan Intelektual
u.b.
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP.196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

Buku Ajar

Komunikasi dalam Keperawatan

Komunikasi adalah bagian esensial dalam hubungan antar manusia. Di dalam pelayanan keperawatan, komunikasi menjadi bagian sentral yang tidak terpisahkan dalam pekerjaan sehari-hari seorang perawat. Ada keterkaitan yang erat antara caring sebagai inti dari pelayanan keperawatan dengan kemampuan komunikasi. Caring ditranslasikan dalam interaksi antara perawat dan pasien menggunakan keseluruhan moda komunikasi baik verbal maupun non verbal.

Meskipun menjadi bagian yang krusial, membangun keterampilan komunikasi adalah perjalanan panjang yang tidak mudah. Selain perlu memahami teori, komunikasi akan semakin baik saat prinsip dan strateginya dieksekusi lewat perjalanan dan pengalaman seumur hidup. Beragam aspek perlu diperhatikan dalam upaya membangun komunikasi yang baik mulai dari persiapan dari pemberi pesan, sejauh mana komunikator telah memahami diri, mengenal batasan, memahami pesan yang disampaikan, memberi perhatian terhadap unsur suara dan bahasa tubuh, media, menemukan ada tidaknya hambatan dalam proses komunikasi baik dari lingkungan fisik dan sosial budaya sekitar, termasuk menyesuaikan teknik komunikasi sesuai kondisi biopsikososialspiritual dari klien dan keluarga yang dihadapi.

Buku ini berisikan penjabaran mengenai komunikasi mulai dari teori dasar, prinsip-prinsip, strategi komunikasi dalam beragam latar kondisi, dan dilengkapi dengan kasus-kasus dan pertanyaan-pertanyaan pemantik refleksi yang bermanfaat dalam proses belajar. Secara khusus, buku ini disusun untuk memperlengkapi calon-calon perawat, untuk membangun keterampilan komunikasi yang dapat memberi efek terapeutik pada klien dan keluarganya. Buku ini juga dapat digunakan oleh praktisi keperawatan yang bekerja di fasilitas kesehatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi.



Buku Ajar Komunikasi dalam Keperawatan

Yosi Marin Marpaung, S.K.M., M.Sc
Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M. Kep

Buku Ajar

Komunikasi

dalam

Keperawatan



Yosi Marin Marpaung, S.K.M., M.Sc
Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M. Kep

KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN

Yosi Marin Marpaung, S.K.M., M.Sc
Ns. Mey Lona Verawaty Zentrato, M.Kep



pena persada

PENERBIT CV. PENA PERSADA

KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN

Penulis:

Yosi Marin Marpaung, S.K.M., M.Sc
Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep

Editor:

Dr. Dra. Rina Priastini Susilowati, Mkes

ISBN: 978-623-455-185-3

Design Cover:

Retnani Nur Brilliant

Layout:

Hasnah Aulia

Penerbit CV. Pena Persada

Redaksi :

Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan, Kab. Banyumas
Jawa Tengah

Email : penerbit.penapersada@gmail.com

Website : penapersada.com Phone : (0281) 7771388

Anggota IKAPI

All right reserved

Cetakan pertama : 2022

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan yang Maha Kuasa, karena berkat-Nya buku ini dapat diselesaikan oleh penulis. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada dukungan keluarga yang diterima penulis selama penulisan buku ini.

Buku ini merupakan buku pegangan mahasiswa keperawatan, untuk menunjang pembelajaran pada mata kuliah komunikasi. Tidak menutup kemungkinan buku ini juga dapat menjadi penuntun bagi praktisi keperawatan. Buku ini tersusun secara sistematis mulai dari uraian materi yang dapat menuntun mahasiswa dengan cepat dalam pembuatan skenario dan strategi pelaksanaan komunikasi, dilengkapi dengan kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk membantu pemahaman mahasiswa, sampai dengan praktik pada berbagai rentang usia dan kelompok khusus.

Penulis menyadari masih ada keterbatasan dalam penyusunan buku ini. Oleh karena itu, masukan demi perbaikan diperlukan demi kesempurnaan buku ini.

Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi para peserta didik di program studi keperawatan.

Jakarta, 15 Mei 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 DASAR KOMUNIKASI	1
PENDAHULUAN	1
SASARAN BELAJAR.....	1
URAIAN MATERI	2
1.1. Pengertian Komunikasi	2
1.2. Proses dan Unsur Komunikasi	2
1.3. Mode Komunikasi.....	7
1.4. Elemen Komunikasi	9
1.5. Efek Komunikasi	19
TES SASARAN BELAJAR.....	20
DAFTAR PUSTAKA	21
BAB 2 MEMAHAMI DIRI	22
PENDAHULUAN	22
SASARAN BELAJAR.....	22
URAIAN MATERI	23
2.1. Memahami Diri	23
2.2. Mengenal Kebutuhan.....	29
2.3. Mekanisme Pertahanan	31
2.4. Rentang Kepedulian	34
2.5. Burnout, Compassion Fatigue, dan Perawatan Diri	35
TES SASARAN BELAJAR.....	38
DAFTAR PUSTAKA	39
BAB 3 DASAR KOMUNIKASI TERAPEUTIK	40
PENDAHULUAN	40
SASARAN BELAJAR.....	40
URAIAN MATERI	41
3.1. <i>Caring</i> dan Komunikasi	41
3.2. Pengertian dan Tujuan Komunikasi Terapeutik	44
3.3. Tujuh Prinsip Pembentukan Hubungan Terapeutik.....	45
3.4. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik.....	50
TES SASARAN BELAJAR.....	53
DAFTAR PUSTAKA	53
BAB 4 MENDENGARKAN AKTIF	54
PENDAHULUAN	54
SASARAN BELAJAR.....	54
URAIAN MATERI	55
4.1. Pengertian dan Manfaat Mendengarkan Aktif	55
4.2. Teknik Mendengarkan Aktif.....	56

TES SASARAN BELAJAR.....	63
DAFTAR PUSTAKA	63
BAB 5 FASE PEMBENTUKAN HUBUNGAN	65
PENDAHULUAN	65
SASARAN BELAJAR.....	65
URAIAN MATERI	66
5.1. Peran Perawat	66
5.2. Fase Pembentukan Hubungan Perawat dan Pasien.....	67
TES SASARAN BELAJAR.....	81
DAFTAR PUSTAKA	81
BAB 6 SENI MEWAWANCARA DALAM PENGAJIAN	82
PENDAHULUAN	82
SASARAN BELAJAR.....	83
URAIAN MATERI	84
6.1. Pengkajian Keperawatan	84
6.2. Pengumpulan Data Pengkajian.....	84
6.3. Seni Mewawancara	85
TES SASARAN BELAJAR.....	92
DAFTAR PUSTAKA	92
BAB 7 KOMUNIKASI PADA USIA ANAK	93
PENDAHULUAN	93
SASARAN BELAJAR.....	93
URAIAN MATERI	94
7.1. Perkembangan Usia Anak	94
7.2. Strategi Komunikasi Pada Rentang Usia Anak.....	103
TES SASARAN BELAJAR.....	124
DAFTAR PUSTAKA	124
BAB 8 KOMUNIKASI PADA RENTANG USIA DEWASA	126
PENDAHULUAN	126
SASARAN BELAJAR.....	127
URAIAN MATERI	128
8.1. Perkembangan Usia Dewasa	128
8.2. Strategi Komunikasi Pada Usia Dewasa	133
TES SASARAN BELAJAR.....	140
DAFTAR PUSTAKA	140
BAB 9 KOMUNIKASI PADA KELUARGA PASIEN.....	142
PENDAHULUAN	142
SASARAN BELAJAR.....	142
URAIAN MATERI	143
9.1. Peran Keluarga Pasien	143
9.2. Strategi Komunikasi Pada Keluarga Pasien.....	146
TES SASARAN BELAJAR.....	147

DAFTAR PUSTAKA	148
BAB 10 KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN DISABILITAS	149
PENDAHULUAN	149
SASARAN BELAJAR.....	149
URAIAN MATERI	150
10.1. Pentingnya Komunikasi Kesehatan yang Inklusif	150
10.2. Strategi Komunikasi Pada Klien Tuli / Sulit Dengar	155
10.3. Strategi Komunikasi Pada Klien Disabilitas Netra.....	159
10.4. Strategi Komunikasi Pada Klien dengan Gangguan Bicara dan Bahasa.....	163
TES SASARAN BELAJAR.....	167
DAFTAR PUSTAKA	167
BAB 11 KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN EMOSI YANG SULIT	171
PENDAHULUAN	171
SASARAN BELAJAR.....	171
URAIAN MATERI	172
11.1. Mengenal Kecemasan dan Kemarahan.....	172
11.1.1. Pengertian Kecemasan dan Kemarahan	172
11.1.2. Pemicu Kemarahan dan Kecemasan dalam Konteks Pelayanan Kesehatan	175
11.1.3. Rentang Kemarahan dan Kecemasan	178
11.2. Strategi Komunikasi Pada Kemarahan dan Kecemasan ..	180
11.3. Mengenal Depresi	187
11.4. Strategi Komunikasi Pada Klien dengan Depresi.....	189
TES SASARAN BELAJAR.....	193
DAFTAR PUSTAKA	194
BAB 12 KOMUNIKASI DENGAN KELOMPOK.....	198
PENDAHULUAN	198
SASARAN BELAJAR.....	198
URAIAN MATERI	199
Komunikasi Pada Tingkat Kelompok	199
TES SASARAN BELAJAR.....	209
DAFTAR PUSTAKA	209
INDEKS.....	210
TENTANG PENULIS	213

BAB 1

DASAR KOMUNIKASI

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Wahai rekan seperjalanan, mengertilah aku tak diam. Mata, raut, tangan, telinga, dan kakiku. Nada-nada dari mulutku. Menyatakan kehadiranmu. Untukmu.

PENDAHULUAN

Komunikasi adalah bagian esensial dalam hubungan antar manusia. Komunikasi menjadi fondasi penting untuk mencapai pemenuhan berbagai kebutuhan. Dalam pelayanan keperawatan, komunikasi menjadi keterampilan yang esensial dimiliki oleh setiap perawat, terutama saat berinteraksi dengan pasien. Meskipun komunikasi begitu penting, masih banyak yang menganggap bahwa komunikasi adalah sesuatu yang mudah. Seolah-olah ketika sudah berbicara, maka ia sudah berkomunikasi. Padahal faktanya tidak selalu demikian. Tidak selalu apa yang disampaikan, akan dapat didengar dan dipahami oleh yang mendengar. Oleh sebab itu, sebelum jauh mendalami dan mempraktikkan komunikasi dalam ruang lingkup keperawatan, penting memahami konsep dasar mengenai komunikasi.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menjelaskan pengertian komunikasi
2. Menguraikan kembali proses komunikasi dan unsurnya
3. Menguraikan elemen komunikasi dan makna dari *mehrabian's pie*
4. Menjelaskan perbedaan mode komunikasi verbal dan non-verbal
5. Menjelaskan efek komunikasi

URAIAN MATERI

1.1. Pengertian Komunikasi

Kamus Merriam Webster mendefinisikan komunikasi sebagai sebuah proses pertukaran informasi antar individu lewat sistem simbol, tanda, atau perilaku. Komunikasi memerlukan peran dua orang individu atau lebih yang sama-sama memiliki pemahaman yang selaras akan simbol, tanda, atau perilaku tertentu. Tidak hanya berhenti dalam pertukaran informasi, Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) memberikan penekanan bahwa komunikasi harus mewujudkan pemahaman akan informasi. Pertukaran informasi dalam pengiriman dan penerimaan pesan, perlu menjadikan pesan yang dimaksud dapat dimengerti dengan tepat. Selanjutnya, apa yang disebut sebagai komunikasi pun tidak berhenti disini. Komunikasi benar-benar terjadi apabila pemahaman pesan yang diterima melahirkan sebuah perubahan atau efek tertentu pada individu yang bertukar pesan. Pertukaran dalam komunikasi akan menghasilkan kemunculan, penguatan, atau perubahan sikap, intensi, keyakinan, atau aksi pada individu yang terlibat. Secara sederhana, dapat disimpulkan, bahwa komunikasi adalah proses pertukaran pesan melalui simbol, tanda, atau perilaku tertentu antar dua orang individu atau lebih, yang bertujuan agar pesan dapat dipahami, dan terdapat respon atas pesan.

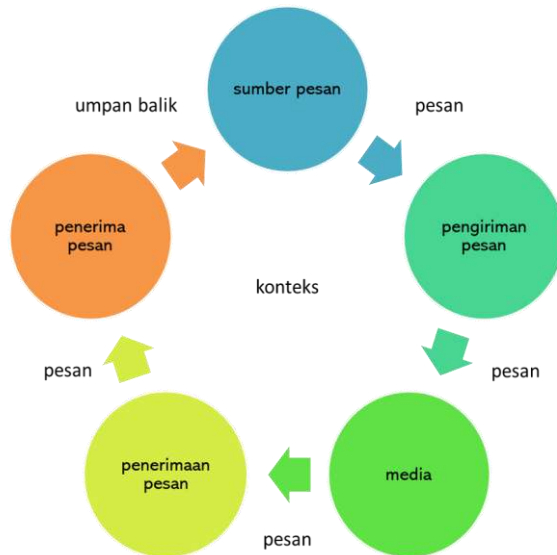
1.2. Proses dan Unsur Komunikasi

Proses komunikasi tercipta dari beragam unsur komunikasi yang bekerja terus menerus (Gambar 1.1). Unsur inti dalam komunikasi adalah sumber pesan, pesan, media, dan penerima pesan. Tanpa adanya keempat unsur ini maka proses komunikasi tidak akan terjadi. Proses komunikasi juga ditunjang oleh unsur-unsur yang spesifik yaitu adanya pengiriman pesan (*encoding*), penerimaan pesan (*decoding*), umpan balik (*feedback* atau respon), dan konteks (lingkungan fisik, sosial budaya, dan aspek waktu).

Berikut akan diuraikan penjelasan dari setiap unsur pembentuk proses komunikasi.

a. Sumber Pesan

Sumber pesan adalah yang memulai proses komunikasi. Sumber pesan disebut juga pengirim pesan atau komunikator. Untuk mendukung pengiriman pesan yang baik, maka komunikator perlu memahami terlebih dahulu dengan jelas apa yang ingin disampaikan sebelum proses komunikasi dimulai. Komunikator juga perlu memahami dengan jelas mengapa ingin menyampaikan hal tersebut dan apa tujuan komunikasi yang ingin dicapainya. Apabila ketiga syarat ini tidak terpenuhi maka proses komunikasi dapat gagal.



Gambar 1.1. Siklus proses komunikasi

b. Pesan

Secara sederhana, pesan adalah informasi yang ingin disampaikan. Agar tujuan dari komunikasi dapat diraih maka pesan perlu dipersiapkan dengan baik. Bila komunikator belum dapat menyimpulkan tujuan komunikasi dan menyimpulkan

dengan tepat informasi apa yang ingin dibagikan, maka ada kemungkinan besar belum siap memulai proses komunikasi.

Terdapat beragam jenis pesan. Pesan dapat berupa pesan yang informatif yang bertujuan untuk memperluas kesadaran dan menambah pengetahuan, bersifat instruksional yang bertujuan memberikan perintah, memaksa, dan mendorong seseorang mengambil sikap atau melakukan tindakan, dan pesan juga dapat bersifat persuasif di mana pesan dipersonalisasi sedemikian rupa yang bertujuan agar seseorang dengan sukarela atau lewat keputusan sendiri mengambil sikap atau melakukan tindakan tertentu.

c. Pengiriman pesan (*encoding*)

Proses pengiriman pesan atau yang dikenal dengan istilah *encoding* adalah proses pembagian pesan atau pengubahan pesan ke komunikasi yang aktual. Di dalam proses ini, pesan diubah menjadi sesuatu yang masuk akal bagi kita dan mampu kita jabarkan dalam kata-kata. Untuk menunjang tahap ini, komunikator perlu memutuskan seperti apa sistematika pesan yang perlu dibagikan kepada penerima pesan dan memastikan agar dirinya sendiri tidak menjadikan pesan menjadi ambigu atau salah dimaknai. Komunikator juga perlu perlu memandang konteks dalam hal ini. Misalnya, perbedaan budaya diantara komunikator dan penerima pesan. Bahkan, situasi lingkungan yang tidak kondusif misalnya berisik dapat menyebabkan miskomunikasi dan tidak optimalnya pengiriman pesan. Disamping itu, komunikator pun perlu mulai mempersiapkan cara dan media apa yang akan la gunakan agar informasi dapat diterima dengan sebaik mungkin oleh pihak penerima pesan. Terakhir, pengirim pesan juga perlu memerhatikan kondisi dari penerima pesan. Apabila penerima pesan memiliki keterbatasan yang diakibatkan kondisi fisik, emosi, atau fungsi kognitif, maka persiapan sebelum pengiriman pesan perlu dilakukan. Ambil contoh, apabila penerima pesan tidak dapat melihat dengan jelas karena fungsi penglihatan yang terganggu, maka pengirim pesan perlu

menetapkan posisi dirinya agar tidak terlalu jauh berdiri atau duduk dari penerima pesan.

d. Media

Dalam sebutan lain media sering pula disebut dengan istilah *channel* atau saluran atau pengantara. Seperti saluran, media merupakan beragam metode yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan. Tipe-tipe saluran komunikasi antara lain tatap muka secara langsung, elektronik (telepon, video conferences, email, sosial media), tulisan (memo, surat, poster, dan lain-lain). Tujuan dan sifat dari pesan yang disampaikan serta konteks dari penerima pesan akan menentukan saluran mana yang akan digunakan dan penyajian informasi di media yang dipilih. Misalnya, tujuan dari komunikasi adalah untuk meningkatkan pengetahuan komunikasi anak usia pra sekolah akan suatu isu kesehatan. Pada konteks ini, komunikator dapat memilih menggunakan media yang bersifat audiovisual. Media kemudian dapat dikembangkan dengan penyajian kalimat yang sederhana, gambar dan warna, serta intonasi dan tempo yang menarik untuk usia anak-anak.

e. Penerimaan pesan (*decoding*)

Penerimaan pesan dikenal pula dengan istilah *decoding*. Pada tahap ini, pesan yang disampaikan oleh komunikator ada dalam proses penerimaan oleh si penerima pesan atau komunikan. Penerimaan pesan yang baik akan menjadikan proses komunikasi berlangsung optimal. Agar hal ini terwujud, dibutuhkan berbagai keterampilan sehingga pesan dengan baik dapat diterima oleh komunikan. Berbagai keterampilan ini seperti kemampuan membaca, mendengar, atau memahami bahasa. Apabila komunikan tidak memiliki kemampuan diatas, maka komunikator perlu memberikan umpan balik yang tepat. Misalnya, pengirim pesan harus mau dan mampu mengulang pengiriman pesan atau dengan kata lain melakukan proses klarifikasi informasi berulang, yang tentunya harus disesuaikan dengan kondisi dan konteks penerima pesan. Disamping itu, penerimaan pesan juga bergantung pada keselarasan persepsi

memaknai ekspresi verbal dan non-verbal yang dimunculkan oleh pengirim pesan dalam proses komunikasi. Adanya pemahaman yang sama akan budaya atau keyakinan dalam memaknai suatu bentuk gestur tubuh, makna dari suatu kata atau kalimat yang unik pada daerah tertentu, dan makna-makna konotatif akan meningkatkan keakuratan pesan yang diterima.

f. Penerima pesan

Penerima pesan atau komunikan adalah pihak yang menerima pesan. Pada proses komunikasi yang bersifat transaksional dimana komunikasi berjalan saling tukar-menukar dan terus-menerus, penerima pesan dapat berperan menjadi pengirim pesan, dan sebaliknya. Perlu diketahui, penerima pesan tidak selalu dapat menerima pesan sesuai dengan apa yang komunikator harapkan. Selain disebabkan latar belakang sosiodemografi komunikan, ekspektasi, opini, atau perspektif yang didorong oleh pengalaman komunikan juga dapat menyebabkan terganggu tidaknya penerimaan pesan. Oleh karena itu, kembali lagi, persiapan komunikator sebelum mengirimkan pesan menjadi penting. Komunikator perlu menjadi pihak yang terlebih dahulu belajar mengenal komunikan. Informasi mengenai bagaimana pikiran, pengalaman, kekhawatiran, perspektif dari komunikan akan mempengaruhi bagaimana cara komunikator menyajikan pesan agar tujuan komunikasi tercapai. Selain itu, komunikator juga perlu memeriksa diri dan menyadari mengenai kekuatan, kelemahan diri, opini, dan persepsi yang diyakini yang dapat menghambat proses komunikasi.

g. Umpan balik

Bagaimana menentukan sukses tidaknya proses komunikasi? Sukses atau tidaknya dapat dilihat lewat pemberian umpan balik. Umpan balik dapat dilihat dari beragam cara antara lain respon langsung komunikan berupa balasan langsung, aspek non-verbal seperti mengangguk, menggelengkan kepala, dan lain-lain atau dari jawaban pertanyaan saat kita melakukan evaluasi untuk mengonfirmasi.

h. Konteks

Seperti yang telah diulas pada bagian sebelumnya, konteks adalah situasi dimana sumber dan penerima pesan sedang berkomunikasi. Konteks termasuk lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, dan aspek waktu dimana komunikasi berlangsung.

Lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi proses komunikasi adalah intensitas atau arah cahaya, frekuensi bising, tingkat keramaian, temperatur, bau, kebersihan lokasi, apakah komunikasi berlangsung dalam ruangan tertutup atau terbuka, dan seberapa jauh tata letak ruangan dapat dimodifikasi. Adapun lingkungan sosial antara lain kebiasaan di dalam masyarakat, *power* dan kedekatan relasi antara individu yang terlibat dalam komunikasi, kehadiran *key person* atau *significant other* pada saat komunikasi berlangsung, serta label, stereotipe, dan aturan yang melekat pada area dimana komunikasi berlangsung. Aspek waktu juga dapat beririsan dengan faktor sosial. Misalnya, kemunculan fenomena di masyarakat yang menjadi hangat diperbincangkan dan pemahaman setempat memaknai waktu beristirahat atau beraktivitas akan mempengaruhi kualitas komunikasi.

Konteks yang tepat akan mendukung keberhasilan komunikasi sebab prosesnya dilakukan pada lingkungan fisik yang sesuai, dilandaskan pemahaman aspek sosial dan waktu yang tepat. Konteks juga membantu dalam penentuan pilihan pesan, kata, penekanan pada suara, dan bahasa tubuh. Misalnya, bila lingkungan fisik kita berisik maka kita dapat menaikkan volume suara atau bila relasi kita dengan komunikan adalah hubungan mahasiswa dengan dosen atau hubungan perawat dengan pasien maka pilihan kata dan cara mengutarakan pesan tentu akan berbeda dengan yang kita lakukan pada teman atau anggota keluarga kita.

1.3. Mode Komunikasi

Mode komunikasi terdiri dari dua tipe yaitu mode komunikasi verbal dan non-verbal. Mode komunikasi verbal berhubungan dengan komunikasi lisan dan tulisan. Sedangkan

mode komunikasi non-verbal berkaitan dengan elemen bahasa tubuh, suara (paralingua), penampilan, proksemik, dan kronemik.

Mode komunikasi lisan dapat dilakukan secara langsung atau tatap muka maupun tidak langsung misalnya dengan menelepon atau mengirimkan rekaman suara. Kekuatan mode ini adalah cukup akuratnya pesan dapat diterima oleh komunikan serta dimungkinkannya umpan balik secara langsung, cepat, dan tepat waktu terutama apabila komunikasi dilakukan secara tatap muka atau melalui telepon. Pemahaman yang cukup akan jargon yang digunakan dan perlunya ada kesamaan minat dan persepsi antara sumber pesan dan penerima pesan dibutuhkan agar mode komunikasi verbal ini dapat berlangsung efektif.

Pada jenis komunikasi tulisan, ekspresi, ide, dan perasaan dapat lebih dibangkitkan dengan penggunaan tanda baca, huruf kapital, warna, simbol, atau emoji. Kekuatan dari mode tulisan adalah lebih akuratnya penerimaan pesan daripada mode lisan, pesan dapat didokumentasikan, dan dimungkinkannya penggunaan logo, lambang-lambang, dan penyederhanaan pesan. Kelemahannya adalah risiko kurang jelasnya komunikasi ditambah sulitnya mendapat umpan balik secara langsung dan tepat waktu, terutama apabila komunikan tidak punya pemahaman cukup atau adanya perbedaan minat dan persepsi antara sumber dan penerima pesan.

Seperti yang sudah diulas sedikit di bagian sebelumnya, agar komunikasi verbal dapat terjadi secara efektif maka penting melakukan pemilihan kata-kata dengan hati-hati dan perlu disesuaikan dengan konteks dan karakter komunikan. Apabila komunikan adalah awam, maka perawat perlu menghindari istilah-istilah teknis dan medis yang sulit bahkan perawat juga perlu belajar perbendaharaan kata-kata yang digunakan awam secara umum. Perawat perlu membedakan makna denotatif dan konotatif. Selain itu, adanya perbedaan pemahaman makna sebuah kata pada budaya yang berbeda-beda juga perlu diperhatikan. Contoh di Jakarta, Budak adalah Abdi atau Hamba, sedangkan di Pontianak, Budak adalah sebutan untuk orang pada umumnya. Pada komunikasi verbal baik lisan dan tulisan, pesan yang sederhana dan tidak berbelit-belit perlu disiapkan. Perawat juga

harus hati-hati agar tidak memotong pembicaraan dan mengalihkan topik terlalu cepat. Agar berlangsung lebih efektif, pengulangan dan pemberian kesimpulan di akhir pembicaraan dapat dilakukan.

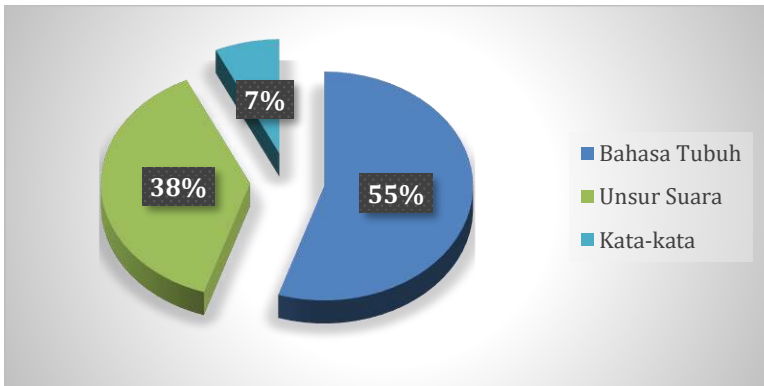
Apakah penggunaan mode komunikasi verbal saja efektif dalam proses komunikasi? Untuk menjawab pertanyaan ini, kita perlu menanyakan pada diri kita terlebih dahulu, mana yang lebih baik saat ingin mengungkapkan perasaan dengan tulus. Apakah bertelepon dengan seseorang atau secara langsung menemuinya? Sebagian besar biasanya akan menjadi yang kedua yaitu bertemu secara langsung. Sebab, dalam pertemuan secara langsung seseorang dapat mengaktifkan elemen bahasa tubuh seperti raut wajah, sentuhan, dan kontak mata. Hal ini menandakan bahwa mode komunikasi yang paling efektif adalah mode yang digunakan bersamaan. Pada mode komunikasi verbal jenis lisan, meskipun terdapat elemen kata dan suara di dalamnya, umpan balik komunikasi dapat dibangkitkan dengan lebih efektif apabila ekspresi, ide, pikiran, dan perasaan diungkapkan bersama-sama dengan penggunaan mode komunikasi non-verbal. Pada bagian selanjutnya, hal ini akan diuraikan lebih lanjut.

1.4. Elemen Komunikasi

Elemen dalam komunikasi terdiri atas tiga yaitu elemen suara, bahasa tubuh, dan kata-kata. *Mehrabian's Communication Pie Chart* (Gambar 1.2) mengungkapkan bahwa dari ketiga elemen tersebut, bahasa tubuh berada di peringkat pertama (55%) dalam memengaruhi kualitas dari proses komunikasi. Sementara peringkat kedua (38%) adalah elemen suara, dan disusul dengan kata-kata (7%).

Menurut diagram ini, elemen bahasa tubuh menjadi gerbang utama membangun komunikasi yang berhasil. *Mehrabian's Communication Pie Chart* mengindikasikan perlunya perhatian yang lebih pada elemen bahasa tubuh dan suara dalam proses komunikasi. Meskipun seolah perhatian kita menumpu pada faktor-faktor non-verbal, bukan berarti unsur verbal menjadi dikesampingkan. *Mehrabian's pie* juga menerangkan bahwa

komunikasi menjadi paling efektif apabila prosesnya menggunakan ketiga elemen, baik suara, bahasa tubuh, dan kata-kata.



Gambar 1.2. Mehrabian's communication pie chart

Berikut akan diuraikan lebih lanjut mengenai elemen suara dan bahasa tubuh yang merupakan bagian dari komunikasi non-verbal.

1. Elemen suara

Suara adalah elemen komunikasi yang mengindikasikan level dan jenis emosi dalam komunikasi. Elemen suara dapat dipengaruhi oleh suasana emosi, karakter, temperamen, bahkan vitalitas tubuh seseorang. Misalnya, pada saat emosi yang panik seseorang dapat menjadi terburu-buru, spontan, dan meninggikan level suara. Sedangkan, pada suasana hati yang santai, elemen suara menjadi terarah, tenang, lembut, volume suara rendah. Apabila karakter seseorang dominan, maka volume suara dapat meninggi, tempo yang lebih cepat, dan cenderung memaksa agar pesan segera diterima. Pada karakter yang pemalu, volume cenderung lebih rendah, lambat, kurang terarah, dan diatur situasi (Pieter, 2017). Meskipun demikian, elemen suara dapat dilatih agar dapat disesuaikan dengan tujuan dan sasaran dari komunikasi yang ingin dibangun atau yang sedang dihadapi.

Elemen suara terdiri dari:

- a. **Intonasi.** Intonasi disebut juga alunan nada saat penyampaian pesan. Alunan ini dapat diubah sesuai dengan konteks komunikasi, tujuan, dan sasaran komunikasi. Misalnya saat bercerita dengan anak maka alunan nada pesan biasanya akan lebih ceria dengan kombinasi nada tinggi dan rendah yang banyak dan tidak terduga-duga agar cerita menjadi lebih menarik. Nada ini tentu berbeda dengan alunan yang digunakan saat membacakan pidato atau sedang berbicara dengan teman sebaya.
- b. **Ritme dan Tempo.** Kedua hal ini menentukan kapan harus diam dan memberi jeda dan kapan harus melanjutkan pesan, kapan harus mempercepat dan memperlambat penyampaian pesan. Penggunaan ritme dan tempo perlu disesuaikan dengan penerima pesan dan tujuan pesan. Apabila penerima pesan memiliki kesulitan mendengar, maka komunikator perlu menggunakan tempo lebih lambat dan menyesuaikan ritmenya. Saat tujuan pesan ingin menggugah perasaan melankolis atau sedang menghadapi seseorang dengan suasana hati berduka maka ritme dan tempo pesan juga dapat dibuat lebih lambat. Selain itu, pengirim pesan juga perlu mengatur diam dan jeda. Sebaliknya, apabila tujuan pesan ingin membangkitkan semangat maka ritme dan tempo dapat dibuat sedikit lebih cepat dan tidak terlalu banyak berdiam.
- c. **Volume.** Volume adalah keras lembutnya suara yang dihasilkan dalam penyampaian pesan secara lisan yang menandakan suasana emosi dari pemberi pesan. Volume keras dapat menandakan suasana emosi pada pemberi pesan yang sedang meninggi misalnya marah, menangis, atau tertawa bahagia atau memberikan pemaknaan yang tegas pada pesan. Volume yang lebih pelan dan lembut dapat menandakan suasana hati yang datar, biasa, sedih, malu, takut, bahkan dapat menjadi bentuk penyampaian penghargaan atau kepedulian terhadap sasaran. Volume juga dapat menyimbolisasikan makna perasaan dibalik pesan yang disampaikan. Pesan yang mengandung makna

mendesak biasanya disampaikan dengan volume yang lebih keras. Sedangkan pesan yang mengandung makna memulihkan dan menenangkan biasanya disampaikan dalam volume yang lebih pelan.

- d. **Penekanan.** Penekanan yang diberikan pada kata dalam kalimat yang disampaikan dapat memberikan pesan yang berbeda pada penerima. Penekanan dapat membantu penerima pesan melokalisasi lebih jelas gagasan utama dari pesan yang kita maksudkan sehingga dapat membantunya lebih cepat memahami pesan. Penekanan harus dilakukan dengan hati-hati agar pesan yang diterima tidak salah dimengerti. Contoh, sampaikanlah kalimat berikut ini dengan memberikan penekanan pada kata yang ditebalkan kepada salah seorang rekan anda dan sampaikanlah pendapat rekan anda mengenai apa yang dia mengerti dengan pernyataan demi pernyataan yang anda sampaikan.

Tempat memberi penekanan	Makna yang mungkin muncul
" Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini"	Ada orang lain yang memberi izin
"Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini"	Saya tidak melakukan hal tersebut
"Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini"	Ada kemungkinan 'dia' salah persepsi dan mengira saya mengizinkannya
"Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini"	Saya memberikan izin pada orang lain
"Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini"	Saya memberikan izin pada 'dia' untuk memakai alat tersebut disini bukan untuk meminjam
"Saya tidak pernah mengizinkan dia untuk meminjam alat ini "	Saya memberikan izin padanya untuk meminjam alat lain

2. Bahasa tubuh

Contoh bahasa tubuh beragam mulai dari ekspresi wajah, sikap tubuh, langkah, dan postur tubuh, sentuhan, kontak mata, ritme nafas, menelan dan batuk, rona wajah, dan segala bahasa tubuh lain yang muncul saat kita berbicara.

REFLEKSI 1.1. APA YANG SEDANG MEREKA SAMPAIKAN?

Menurut anda apa yang masing-masing dari mereka sedang komunikasikan lewat bahasa tubuhnya?

- Putra sedang duduk dengan menyilangkan kedua tangannya di dada. Kepalanya sedang menunduk dan semakin menjauh darimu. Jarinya tampak sibuk bergerak menepuk tangannya dengan cepat.
- Lisa sedang duduk di kursi dengan tangan yang menyilang dibelakang kepalanya. Ia tersenyum kepadamu dan mengangguk-angguk di sepanjang waktu saat kamu berbicara.
- Tono berdiri dekat denganmu. Ia berbicara seperti berbisik dengan suara keras dan tegang sambil menggerakkan tangannya dengan cepat, patah-patah, dan tajam.
- Putri sedang menjelaskan sesuatu sambil bergerak kesana dan kesini, tangannya selalu berubah-ubah posisi, dan kerap memegang-megang rambutnya.

Mengacu pada Refleksi 1.1. sebelumnya, mahasiswa mengerti bahwa bahasa tubuh menyiratkan beragam pesan bahkan dapat memberikan umpan balik yang penting pada proses komunikasi. Berikut akan diuraikan beberapa unsur bahasa tubuh yang penting.

- a. **Ekspresi wajah.** Ekspresi atau raut wajah dapat menunjukkan beragam hal antara lain rasa senang atau tidak senang terhadap suatu objek atau peristiwa, tinggi rendahnya minat, kuat lemahnya keterlibatan emosi dan tinggi atau tidaknya temperamental kepribadian seseorang (Pieter, 2017).

- b. **Kontak mata.** Kontak mata dapat mengindikasikan kedalaman tingkat kepercayaan atau kecermatan mengamati (Pieter, 2017). Hal ini penting untuk mencapai sebuah label pendengar yang baik. Selain itu, kontak mata juga adalah penggambaran emosi, tingkat kejujuran, minat dan motivasi, serta kondisi mental.
- c. **Sikap tubuh dan langkah.** Sikap tubuh mengindikasikan adanya sikap kecondongan (minat) yang mengungkapkan rasa suka atau tidak suka terhadap orang lain. Misalnya, tubuh yang mencondongkan diri lebih dekat menandakan rasa suka atau akrab. Tubuh yang menjauhkan diri dari orang lain dapat menandakan adanya rasa tidak suka. Selain itu, sikap tubuh dan langkah juga mengindikasikan adanya kekuasaan dan ungkapan status, misalnya lewat cara duduk atau gerakan tubuh yang menunjukkan kelebihan diri. Indikasi responsifitas juga diungkapkan dari sikap tubuh dan langkah, misalnya kemarahan dapat memunculkan reaksi tubuh pada objek tertentu.
- d. **Sentuhan.** Sentuhan disebut juga haptik. Sentuhan biasanya mengindikasikan ketulusan dan perasaan peduli dan empati pada komunikan. Pada konteks pelayanan keperawatan, sentuhan seringkali dikaitkan sebagai salah satu bentuk mengomunikasikan kehadiran dan kepedulian, meskipun begitu perawat harus melakukannya dengan bijaksana, profesional, dan sopan. Penggunaan sentuhan harus disesuaikan dengan konteks sosial misalnya norma, nilai, dan budaya yang diyakini oleh komunikan agar tidak terjadi salah tafsir pada sentuhan. Jones dan Yarbrough (1985) mengemukakan bahwa bagian yang tidak rentan disentuh (*Non-Vulnerable Body Parts*) adalah antara lain adalah tangan, lengan, bahu, dan punggung bagian atas. Sementara bagian selain ini rentan untuk disentuh. Meskipun demikian, sekali lagi, komunikator harus tetap memahami latar belakang budaya dan keyakinan komunikannya. Sebab, belum tentu bagian-bagian ini juga dimengerti dan diterima sama di semua jenis latar belakang sosial budaya dan kepercayaan.

Unsur non-verbal lain yang juga penting dalam komunikasi yaitu penampilan, konsep proksemik, dan kronemik, yang diuraikan pada bagian berikutnya.

3. Penampilan

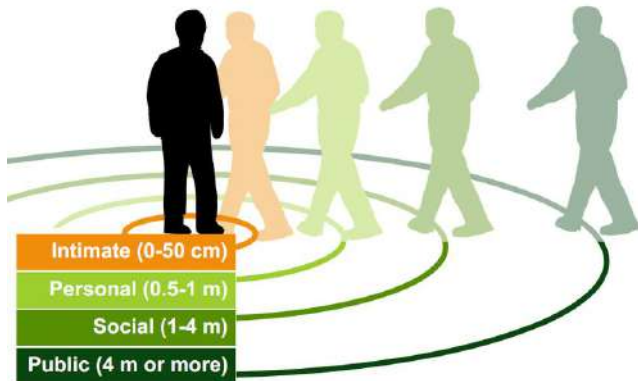
Penampilan seseorang juga penting untuk membangun komunikasi yang berhasil. Penampilan adalah non-verbal *cue* yang dapat mempengaruhi impresi pertama seseorang dalam komunikasi. Impresi pertama penting dalam membangun kepercayaan. Misalnya saja perawat. Sebagai seseorang yang melekat dengan pekerjaan yang mengutamakan *caring approach* dan keselamatan pasien, higienisitas dan profesionalisme dalam merawat harus sangat diperhatikan. Maka, penampilan yang sesuai dengan profil ini harus dijaga agar terbangun rasa percaya pada pasien dan keluarganya.

Penampilan juga dapat membantu pembentukan asumsi awal mengenai individu yang terlibat dalam komunikasi. Sebagai contoh, pasien yang menggunakan tongkat dalam berjalan dan memakai kacamata memberikan pesan awal bagi perawat bahwa pasien memiliki kemungkinan mengalami kelemahan atau gangguan visual. Dalam kondisi ini, perawat dapat segera menyesuaikan mode komunikasi yang digunakan dan elemen komunikasi mana yang harus diperkuat dalam komunikasi.

4. Proksemik

Proksemik adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara orang dan ruang yang mereka tempati. Proksemik berkaitan dengan bagaimana manusia memperlakukan ruang dan beragam karakteristik pada ruang yang membuat rasa nyaman atau sebaliknya, tidak nyaman. Proksemik banyak dikaitkan dengan penempatan jarak antara satu dan orang lain, sesuai dengan ruang atau zona. Dalam komunikasi, jarak ini mengindikasikan level kenyamanan atau intensitas keterlibatan dan hubungan antara sumber dan penerima pesan. Secara umum, terdapat empat zona yang menunjukkan penempatan jarak antara satu dan orang lain dalam berinteraksi. Zona intim

ada pada jarak intim 0-50 cm dari komunikasi, zona pribadi adalah 0,5-1 m, zona sosial 1-4 m, dan zona publik adalah 4 m dari setiap individu. Ukuran-ukuran ini tidak bersifat kaku dan dapat dipengaruhi budaya, keyakinan, karakteristik ruangan, dan waktu. Pada negara-negara latin, misalnya, jarak yang lebih dekat cenderung lebih disukai daripada di negara-negara timur pada saat berinteraksi. Karakteristik ruangan yang terdiri dari ukuran ruang, suhu, dan cahaya juga dapat memengaruhi jarak. Misalnya, pada ukuran ruang yang sempit dan terbatas maka pengambilan jarak yang lebih dekat menjadi dimaklumi, atau pada cahaya yang remang dan cenderung gelap, atau suhu yang dingin, pengambilan jarak pada saat berkomunikasi biasanya cenderung menjadi lebih dekat.



Gambar 1.3. Zona proksemik Hall (Marquardt & Greenberg, 2012)

Kenyamanan individu berinteraksi dalam ruang selain terkait dengan jarak juga dapat dikaitkan dengan warna dan waktu. Sebagai contoh, warna ruangan rumah sakit yang terlalu pekat dan terang misalnya dapat menyebabkan ketidaknyamanan. Dalam kaitan dengan waktu misalnya, pada waktu pagi hari, volume suara yang lebih besar pada zona publik lebih diterima daripada pada saat malam hari. Hal ini menunjukkan bahwa waktu dapat mengarahkan gaya komunikasi pada ruang.

Mengenal setiap zona proksemik ini memberikan pesan bagi komunikator untuk menghargai teritori setiap individu. Terdapat batasan-batasan yang perlu dihormati dan dihargai oleh setiap orang saat berinteraksi dengan yang lain. Mengambil batasan ini diperlukan agar orang lain tidak sampai merasakan ketidaknyamanan saat berkomunikasi.

5. Kronemik

Kronemik adalah ilmu tentang persepsi dan orientasi waktu. Persepsi waktu ini berkaitan dengan sejauh mana seseorang melihat pentingnya ketepatan waktu, sejauh apa seseorang bersedia untuk berkomunikasi pada waktu tertentu, atau sejauh apa orang bersedia menunggu. Setiap orang punya konsep mengenai waktu dan penilaian terhadap waktu ini, yang akan memengaruhi rentang emosinya, aspek-aspek suaranya misalnya intonasi dan tempo suara, dan gerak tubuhnya.

Andersen (Jones, 2013) membagi kronemik menjadi beberapa kategori yakni waktu biologis, waktu pribadi, waktu fisik, dan waktu budaya. Waktu biologis terkait dengan ritme sirkadian yang dimiliki oleh setiap manusia. Ritme sirkadian disebut juga siklus tidur-bangun. Ritme ini adalah jam internal dan alamiah pada tubuh kita yang dibutuhkan untuk mengatur fungsi tubuh berjalan dengan baik sehari-hari. Komunikator perlu memerhatikan jam sirkadian pada diri dan orang lain sebelum berinteraksi. Siklus sirkadian yang terganggu misalnya karena kondisi kesehatan yang menurun atau karena bergadang dapat menyebabkan menurunnya kesiapan fisik dan mental dalam berkomunikasi. Berinteraksi pada malam hari saat energi komunikasi sudah menurun, akan berbeda dengan berinteraksi pada siang hari dimana level energi masih prima.

Waktu pribadi berhubungan dengan suasana hati dan minat seseorang. Suasana hati yang baik dan tingginya minat seseorang pada suatu isu tertentu dapat menjadikan seseorang lebih terbuka untuk berkomunikasi. Sebaliknya, suasana hati yang buruk dapat menjadikan seseorang lebih tertutup, dan merasa bahwa waktu berinteraksi tidak tepat.

Waktu fisik berhubungan dengan siklus-siklus hari, tahun, dan musim yang sudah menetap, yang kemudian dapat mempengaruhi persepsi, perasaan, dan psikis kita mengenai waktu pada saat-saat khusus. Misalnya, pada hari raya keagamaan tertentu, orang-orang biasanya memiliki ekspektasi untuk dapat lebih banyak beristirahat, menurunkan ritme bekerja, dan menghabiskan waktu bersama keluarga.

Waktu budaya dapat dibagi menjadi dua yakni sistem monokronik dan polikronik. Pada orang dengan orientasi waktu monokronik, jadwal adalah hal yang penting sehingga komunikator perlu menunjukkan penghargaan terhadap waktu. Kapan mulai dan berhenti menjadi sangat diperhatikan sehingga efektivitas komunikasi menjadi kritikal. Sebaliknya, orang dengan orientasi polikronik akan fokus pada kualitas relasi dan isi yang dibangun dari pembicaraan dibanding waktu. Sehingga, pada saat menghadapi individu dengan orientasi polikronik, perhatian pada sisi kualitas konten dan relasi yang terbangun dari pembicaraan menjadi lebih penting.

PERMAINAN 1.1. PROSES KOMUNIKASI

- Carilah rekan anda dan pilihlah siapa yang akan menjadi sumber pesan (komunikator) dan siapa yang menjadi penerima pesan (komunikan).
- Tanpa diketahui oleh komunikan, komunikator menggambarkan bentuk pola secara acak di kertas. Pola berbentuk bebas terdiri dari segitiga, persegi panjang, persegi, dan tabung, dan lain-lain. Sebagai contoh:



- Kemudian, duduklah berpasang-pasangan dan saling membelakangi.
- Penerima pesan mempersiapkan kertas kosong dan alat tulis untuk bersiap menggambar sesuai petunjuk dari pemberi pesan.

- Pemberi pesan lalu mengarahkan penerima pesan untuk menggambar pola yang sudah ditentukan oleh pemberi pesan.
- Di sepanjang komunikasi berlangsung, pemberi dan penerima pesan tidak dapat bertatap muka. Komunikasi hanya dilakukan secara lisan.

Setelah permainan berlangsung, diskusikanlah apa yang dapat dipelajari melalui permainan ini mengenai proses dan mode komunikasi?

1.5. Efek Komunikasi

Komunikasi yang berhasil adalah komunikasi yang menimbulkan efek. Terdapat tiga bagian dimana komunikasi dapat memberikan pengaruhnya pada individu yang terlibat, yakni pada aspek kognitif, afektif, atau psikomotorik. Kognitif artinya komunikasi memungkinkan perolehan pengetahuan, mengembangkan kemampuan analisis, sintesis, dan evaluasi. Pada unsur afektifnya, komunikasi dapat menjadi alat mengubah sikap, keyakinan, dan perasaan seseorang mengenai suatu isu. Dalam kaitan dengan psikomotorik, komunikasi juga dapat menimbulkan aksi dan perubahan perilaku seseorang.

REFLEKSI 1.2. EFEK KOMUNIKASI BAGI KLIEN

Bila komunikasi dapat menyentuh aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik, menurut anda apa relevansi komunikasi bagi keperawatan.

Dengan kemampuan komunikasi yang dapat menghasilkan efek yang holistik pada aspek-aspek perilaku seseorang, komunikasi menjadi bagian yang sentral dalam pelayanan perawatan yang diberikan pada pasien. Penerapan layanan keperawatan yang berhasil menunjukkan keberadaan komunikasi yang berhasil.

REFLEKSI 1.3. MY COMMUNICATION DIARY

Ambillah secarik kertas. Ceritakanlah satu momen komunikasi yang anda lakukan dengan seseorang setiap harinya (selama minimal lima hari ke depan) dan refleksikanlah proses komunikasi yang anda lakukan dengan menjawab pertanyaan dibawah ini.

Hari ke-

Tanggal: / / 20....

1. Sebutkan dengan siapa anda berkomunikasi!
2. Dimana dan kapan (waktu) proses komunikasi terjadi?
3. Pesan inti apa yang anda sampaikan dan yang anda terima?
4. Apa yang anda lakukan pada persiapan pengiriman pesan?
5. Apa yang anda lakukan pada proses penerimaan pesan?
6. Apakah ada hambatan pada proses komunikasi?
7. Bagaimana cara anda mengatasi hambatan saat berkomunikasi?
8. Pelajaran apa yang anda ambil dari proses komunikasi tersebut? Apa yang ingin anda kembangkan dalam diri anda?

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah kembali pengertian komunikasi!
2. Apa yang dimaksud dengan proses komunikasi?

3. Sebutkanlah unsur-unsur komunikasi!
4. Sebutkan dan uraikan pengertian dari minimal tiga elemen komunikasi!
5. Apa pesan utama dari *Mehrabian's Pie*?
6. Jelaskan perbedaan mode komunikasi verbal dan non-verbal!
7. Uraikan minimal satu bentuk dari efek komunikasi!

DAFTAR PUSTAKA

- Jones, S. E., & Yarbrough, A. E. (1985). A naturalistic study of the meanings of touch. *Communications Monographs*, 52(1), 19-56.
- Jones, R. (2013). *Communication in the real world: An introduction to communication studies*. The Saylor Foundation.
- Kourkouta, L., & Papatianasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65.
- Marquardt, N., & Greenberg, S. (2012). Informing the design of proxemic interactions. *IEEE Pervasive Computing*, 11(2), 14-23.
- Pieter, H. Z. (2017). *Dasar-dasar komunikasi bagi perawat*. Prenada Media.

Sumber Gambar

- Marquardt, N., & Greenberg, S. (2012). Informing the design of proxemic interactions. *IEEE Pervasive Computing*, 11(2), 14-23.
- Ilustrasi oleh Yosi Marin Marpaung

BAB 2

MEMAHAMI DIRI

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Aku hanya sebuah buluh. Kala ku hadir, ku harus menapak kuat. Untuk tujuan yang begitu besar. Untuk perjalanan yang begitu panjang. Tidurlah. Bangunlah. Tengoklah keluar. Lihatlah ke dalam. Istirahatlah, sejenak.

PENDAHULUAN

Memahami diri adalah tahapan yang penting sebelum memasuki panggung komunikasi dalam keperawatan. Dalam panggung komunikasi keperawatan, anda akan bertemu beragam manusia dengan beragam latar belakang, karakter, pengalaman, kekuatan, kelemahan, dan lain-lain. Dalam pertemuan ini, penting bagi anda untuk mengingat bahwa anda juga merupakan manusia yang sama, yang memiliki keunikan. Kesadaran sebagai manusia dan mengenal diri ini adalah hal yang sangat penting dilakukan sebelum anda terjun sebagai perawat yang profesional. Kesadaran ini perlu agar anda terhindar dari dampak negatif yakni kelelahan mental yang dapat dihindari. Di dalam dunia kerja secara umum sering dikenal dengan *burnout*, atau *compassion fatigue* dalam dunia keperawatan. Kelelahan ini dapat berakibat buruk tidak hanya bagi mental namun juga fisik anda dan orang-orang disekeliling anda, termasuk klien yang sedang anda rawat dan orang-orang yang anda kasahi di rumah.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menguraikan manfaat memahami diri dalam keperawatan
2. Menjelaskan piramida kebutuhan dan mekanisme pertahanan
3. Membedakan antara kognitif empati dan simpati
4. Mempraktikkan kebiasaan refleksi diri dan perawatan diri untuk mendukung komunikasi dalam panggung keperawatan yang positif

URAIAN MATERI

2.1. Memahami Diri

Lakukanlah refleksi 2.1. di bawah ini dan jawablah pertanyaan yang diberikan.

REFLEKSI 2.1. ANA DAN LUSI



Ana adalah seorang mahasiswa keperawatan berusia 20 tahun di salah satu Universitas di Jakarta. Sedari lulus SMA, Ana selalu ingin menjadi perawat. Saat ini Ana sedang menempuh praktik klinik keperawatan anak di salah satu Rumah Sakit di Jakarta. Tiga hari ini, Ana diberikan tugas untuk merawat seorang anak berusia 5 tahun bernama Lusi yang menderita osteosarkoma. Pagi ini, Ana membantu Lusi untuk mandi dan memakaikannya pakaian. Sambil melakukannya Ana memandang gadis kecil itu. Kepalanya yang botak akibat kemoterapi, kulitnya dan bibirnya yang pucat, dan tubuhnya yang lemah. Tanpa diduga, Ana mulai meneteskan air mata. Lusi yang sedang dimandikan melihat mata Ana mulai penuh dengan air mata dan bertanya, “Apakah kakak sakit?” (*Diadaptasi dari Sheldon, 2009*)

Pertanyaan:

Diskusikanlah pertanyaan berikut ini dalam kelompok dan tuliskanlah jawaban pada kotak yang diberikan. Setelah itu paparkanlah jawaban anda di hadapan kelas.

1. Apakah sikap Ana benar?
2. Mengapa Ana menangis?
3. Apa dampak tangisan Ana bagi Lusi?
4. Apa dampak tangisan Lusi bagi dirinya?
5. Apa dampaknya pula bagi keluarga Lusi?
6. Apa yang sebaiknya Ana lakukan?
7. Apa dampak tangisan Ana bagi dirinya?

Manusia adalah organisme yang kompleks dengan segudang perasaan, rasa takut, harapan dan kebutuhan. Unsur genetik, keluarga, teman, jejaring, dan latar belakang budaya, pengalaman dan masa lalu yang berbeda-beda membuat setiap manusia menjadi unik. Sebagai manusia, perawat yang akan berinteraksi dengan pasien dalam hubungan yang profesional menjadi perlu mengenali dan menerima diri terlebih dahulu. Pengenalan dan penerimaan terhadap diri akan membantu terbentuknya interaksi profesional antar perawat dan pasien dalam pelayanan keperawatan. Memeriksa diri dan refleksi secara jujur memungkinkan penerimaan yang baik terhadap kekuatan, kelemahan, harapan, ketakutan, kebutuhan dan keinginan pasien dan keluarganya (Sheldon, 2009). Pemahaman diri juga akan memungkinkan hubungan yang setara dan saling membantu antara perawat dan pasien. Dengan melihat diri sebagai manusia, perawat yang profesional didorong untuk membuat batasan perasaan, memiliki sikap positif, dan mengajak pasien untuk saling berkolaborasi dalam pemulihan.

LEMBAR KERJA 2.1. MENGENAL DIRI

Berupaya mengenal diri bukanlah hal yang sering dilakukan oleh banyak orang. Kita terbiasa dengan terus beraktivitas dan jarang melakukan refleksi terhadap diri kita. Pada bagian ini anda akan melakukan praktik sederhana untuk mengenal diri. Pada bagian pertama praktik ini anda akan menggunakan tabel SWOT dan Johari Window. Kemudian anda akan melanjutkan dengan lembar asesmen analisa diri dan perawatan diri.

Bagian 1. SWOT dan Johari Window

Lakukan SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, dan Threat*) terhadap diri anda dengan menggunakan tabel di bawah ini. Refleksikan kembali pengalaman anda sebagai mahasiswa keperawatan dalam mencapai aktualisasi diri dalam akademik, interaksi dengan mahasiswa dan dosen, manajemen diri, finansial, dan lain-lain dan isilah tabel SWOT berikut ini!

Saya

Kekuatanku Saya baik dalam hal	Kelemahanku Saya kurang/lemah dalam hal
Kesempatanku Siapa/apa yang dapat menolongku	Ancamanku Apa yang menghalangiku

Berikanlah halaman ini dan selanjutnya pada 2 teman/rekan yang dekat atau yang menurut anda dapat memberikan gambaran yang jujur terhadap diri anda. Mintalah dia untuk merefleksikan dengan jujur pengalaman/pendapatnya tentang anda.

Teman/Rekan 1

Kekuatanku Teman/rekan saya baik dalam hal	Kelemahanku Teman/rekan saya kurang/lemah dalam hal
Kesempatanku Siapa/apa yang dapat menolong teman/rekan saya	Ancamanku Apa yang menghalangi teman/rekan saya

Teman/Rekan 2

Kekuatanku Teman/rekan saya baik dalam hal	Kelemahanku Teman/rekan saya kurang/lemah dalam hal
Kesempatanku Siapa/apa yang dapat menolong teman/rekan saya	Ancamanku Apa yang menghalangi teman/rekan saya

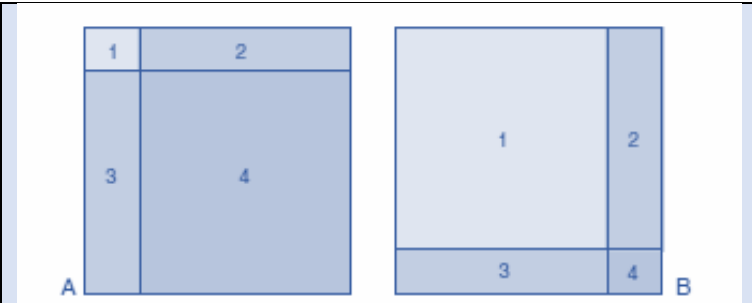
Berterima kasihlah pada teman/rekan anda yang telah membantu anda mengenal diri anda. Setelah semua kolom telah terisi buatlah kesimpulan dengan melengkapi tabel Johari Window pada bagian selanjutnya. Apabila masih ada bagian yang belum terisi dengan baik lakukanlah tahapan berikut ini:

Q1 dan Q3: lakukanlah refleksi diri secara spontan

Q2: mintalah orang lain untuk memberikan umpan balik tentang anda (sebelumnya, sampaikan dan pastikan bahwa orang tersebut dapat memberikan umpan balik dengan jujur dan tidak akan menerima reaksi negatif dari anda)

Q4: lakukanlah perenungan yang mendalam mengenai diri anda dengan bantuan refleksi dari fenomena yang pernah anda hadapi.

Catatan: Gambar A di bawah ini menunjukkan posisi individu yang kesadaran akan diri yang rendah. Sedangkan gambar B menunjukkan individu dengan keterbukaan yang besar. Gambar B menunjukkan pribadi yang memiliki kapasitas yang besar untuk mengalami beragam jenis emosi baik yang positif maupun negatif, dan dapat berinteraksi dengan spontan dan jujur dengan orang lain.



Gambar 2.1. Derajat kesadaran diri yang beragam (Stuart, 2012)

Johari Window

	<i>Saya tahu</i>	<i>Saya tidak tahu</i>
<i>Orang lain tahu</i>	Q1: Daerah terbuka (informasi tentang saya baik perilaku/perasaan/pikiran yang saya dan orang lain tahu)	Q2: Daerah buta (informasi tentang saya baik perilaku/perasaan/pikiran yang saya tidak tahu namun orang lain tahu)
<i>Orang lain tidak tahu</i>	Q3: Daerah tertutup/ rahasia/ pribadi (informasi tentang saya baik perilaku/perasaan/pikiran yang saya tahu, namun orang lain tidak tahu)	Q4: Daerah gelap tidak dikenal (informasi tentang saya baik perilaku/perasaan/pikiran yang saya dan orang lain tidak tahu)

Bagian 2. Lembar Analisa Diri

Carilah tempat yang tenang dan isilah lembar analisa diri dibawah ini.

1. Lengkapi pernyataan berikut ini secara pribadi tanpa diketahui orang lain. Latihan ini akan membantu anda

melihat beberapa bagian dari diri anda secara jujur.

- a) Saya menggambarkan diri saya sebagai ...
- b) Keluarga saya akan menggambarkan diri saya sebagai ...
- c) Teman-teman saya berpikir saya adalah ...
- d) Saya sangat bangga akan ...
- e) Saya menjadi marah jika ...
- f) Saya gembira saat ...
- g) Karakteristik yang paling saya sukai dalam diri saya adalah ...
- h) Kadang-kadang saya menjadi malu jika ...
- i) Hal yang paling ingin saya ubah dalam diri saya adalah ...
- j) Saya paling gelisah jika ...
- k) Saat di bawah tekanan saya ...
- l) Saya pikir sebagian besar orang adalah ...
- m) Karakteristik yang paling saya tidak sukai dalam diri orang lain adalah ...
- n) Bagian paling baik dari gaya komunikasi saya adalah ...
- o) Tujuan saya untuk saat ini adalah ...
- p) Tujuan saya untuk 5 tahun ke depan adalah ...

2. Tulislah deskripsi mengenai diri anda.

a) Siapa anda saat ini?

b) Apa yang anda sukai?

c) Apa yang anda ingin ubah?

d) Kualitas pribadi apa yang akan membuat anda menjadi perawat yang baik?

e) Perilaku apa yang perlu anda observasi dan ubah untuk menjadi perawat yang lebih efektif?

(Lembar analisa diri ini diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia oleh Yosi Marin Marpaung., SKM., M.Sc. Lembar perencanaan perawatan diri diperoleh dari pelatihan PRiME Indonesia)

2.2. Mengenal Kebutuhan

Kebutuhan manusia beragam dan terdapat perbedaan tingkat kepentingannya. Beberapa kebutuhan secara alami sulit dirasakan sampai kebutuhan lainnya setidaknya sudah terpuaskan pada derajat tertentu.

Memahami kebutuhan ini penting sebelum memasuki panggung komunikasi keperawatan. Seorang calon perawat perlu mengetahui bahwa dirinya dan klien yang akan dilayani adalah sesama manusia yang tidak terlepas dari kebutuhan yang sama. Perawat perlu memikirkan pemenuhan kebutuhan fisiologisnya, mendapatkan rasa aman dalam bekerja, kepemilikan dan kasih sayang, dan penghargaan dalam derajat tertentu agar dapat mengaktualisasikan dirinya dalam panggung pelayanan dengan optimal.

Berikut kebutuhan manusia yang dideskripsikan oleh Abraham Maslow:

1. **Kebutuhan fisiologis.** Kebutuhan paling rendah dalam hirarki, contohnya lapar, haus, seks, oksigen, tidur, eliminasi. Apabila sebagian dari kebutuhan ini tidak terpenuhi, maka seseorang sulit termotivasi untuk beranjak pada hirarki lainnya di atasnya. Misalnya, orang yang lapar hanya sedikit saja peduli tentang mencari pasangan atau membeli mobil yang bagus. Mayoritas

dari kebutuhan ini dimotivasi oleh defisiensi/dorongan defisit (*D-motives*) kecuali beberapa hal seperti seks, eliminasi, atau tidur.

2. **Kebutuhan rasa aman.** Apabila kebutuhan fisiologis semakin terpuaskan maka tingkat berikutnya (rasa aman) menjadi motivator. Kebutuhan rasa aman termasuk pencarian lingkungan yang stabil, dapat diprediksi, dan bebas dari keresahan dan kekacauan. Misalnya, anak mencari perlindungan saat ada suara petir. Kebutuhan ini juga termasuk (*D-motives*).
3. **Kebutuhan kepemilikan dan kasih sayang.** Bila kebutuhan fisiologis dan rasa aman telah sedikit banyak terpenuhi, maka kebutuhan untuk dimiliki dan dikasihi menjadi motivator terdepan. Misalnya munculnya rasa ingin menerima afeksi dari teman, pasangan, dan/atau anak-anak. Kebutuhan ini erat kaitannya dengan kehadiran cinta yang terdiri dari rasa afeksi dan kegembiraan. Kebutuhan ini diawali oleh *D-motive* (*D-love*)/haus kasih sayang dimana bila terpenuhi, maka akan terjadi pertumbuhan (*B-love*) yang ditandai dengan beragam pertumbuhan diri menjadi seseorang yang semakin baik dalam kasih sayang misalnya muncul rasa tidak posesif, egois, jujur, membuka kelemahan dan kekuatan diri, menerima orang yang dikasihi.
4. **Kebutuhan akan penghargaan.** Kebutuhan ini muncul bila ketiga level dibawahnya sudah terpenuhi pada derajat tertentu. Saat kebutuhan ini menjadi motivator maka akan muncul dorongan mencapai rasa percaya diri dan penguasaan akan lingkungan, serta mendapat rekognisi dan apresiasi dari orang lain. Kebutuhan ini benar-benar diraih apabila didasarkan pada kompetensi yang nyata dan pencapaian signifikan bukan ketenaran atau pujian yang tidak beralasan. Kebutuhan ini identik dengan *D-motives*.
5. **Kebutuhan akan aktualisasi diri.** Kebutuhan ini menjadi penting dan muncul setelah keempat tingkat dibawahnya paling tidak sebagian telah terpuaskan. Bentuk kebutuhan ini paling tinggi, paling sulit dikenali dan dipuaskan. Kebutuhan ini identik dengan menemukan dan meraih potensi diri dan biasanya akan

lebih mudah ditemukan pada orang yang lebih tua (orang muda lebih fokus pada isu “menyiapkan hidup”). Terdapat metakebutuhan (keindahan, kejujuran, kebaikan, keadilan). Kebutuhan ini didasari motif pertumbuhan (*B-motive*).



Gambar 2.2. Piramida Abraham Maslow

2.3. Mekanisme Pertahanan

Dalam menangani kecemasan, Sigmund Freud memberikan pengetahuan mengenai beberapa mekanisme pertahanan yang digunakan oleh manusia dalam kehidupan sehari-hari. Mekanisme pertahanan ini terdiri dari tipe pertahanan yang belum matang dan tipe pertahanan yang matang. Penggunaan tipe pertahanan yang belum matang biasanya dianggap patologis, tidak dewasa, dan bersifat pelarian. Sedangkan penggunaan mekanisme pertahanan yang matang dinyatakan sebagai bentuk yang lebih memberikan kepuasan.

Tenaga kesehatan dapat mengalami dan menghadapi berbagai kejadian yang tidak menyenangkan (Kocijan, Gregurek, & Karlovic, 2007) yang berakibat digunakannya berbagai mekanisme pertahanan untuk menghindari kecemasan (Gerada, 2019; Elyasi *et al.*, 2020). Berdasarkan studi yang dilakukan Kocijan, Gregurek & Karlovic (2007) dan Fitzgerald-Yau & Egan (2018) tergambar

kemungkinan yang cukup besar bahwa tenaga kesehatan dalam praktiknya sering menggunakan mekanisme pertahanan yang tidak matang. Hasil studi menggambarkan bahwa hal ini tampaknya dapat berakibat negatif pada tenaga kesehatan antara lain munculnya kelelahan emosional dan depersonalisasi pada perawat (Elyasi et al., 2020; Fitzgerald-Yau & Egan, 2018). Elyasi et al (2020) menemukan bahwa penggunaan mekanisme pertahanan yang tidak matang memiliki hubungan langsung dengan *burnout* pada perawat. Sebaliknya, penggunaan mekanisme pertahanan yang matang lebih disarankan sebab penggunaannya berkolerasi negatif dengan kelelahan emosional (Elyasi et al., 2020).

Meskipun demikian, Gerada (2019) mencatat bahwa baik penggunaan yang matang maupun tidak matang dapat tetap dapat menimbulkan masalah. Misalnya, pada seseorang yang menggunakan *altruism* (matang) dapat berujung pada pengabaian tenaga kesehatan terhadap kebutuhan diri dan keluarganya. Sementara, *denial* (tidak matang) dapat berujung pada penolakan akan kerentanan, hilangnya perspektif dan pengertian yang dalam, penolakan untuk bertanggung jawab terhadap tindakan salah yang dilakukan, sikap menyalahkan orang lain, serta jarak emosional yang semakin jauh dengan pasien yang dapat berujung pada hilangnya belas kasih, depersonalisasi, dan terjadinya *burnout* (Gerada, 2019). Oleh karena itu, penggunaan mekanisme pertahanan yang tidak berlebihan dan seimbang sangat esensial. Dukungan emosional yang kontinu pada tenaga kesehatan juga dibutuhkan (Gerada, 2019).

Berikut beberapa contoh tipe pertahanan yang belum matang antara lain:

1. **Penolakan (*denial*):** memilih tidak percaya bahkan tidak menerima beberapa ancaman dari dunia luar. Contoh: menolak fakta (berbohong, tidak memberi penjelasan dengan lengkap, menyetujui sesuatu yang salah, menyalahkan hal lain, meminimisasi konsekuensi, menjustifikasi sesuatu supaya dapat diterima), mengakui fakta yang tidak menyenangkan namun menolak bahwa hal itu adalah hal yang serius (menghindari rasa bersalah, mencegah terjadinya empati kepada orang lain), atau mengakui fakta yang tidak menyenangkan dan derajat

keseriusan yang dapat ditimbulkannya namun menolak bertanggung jawab (menghindari bahaya dengan menyatakan bahwa diri ada dibawah keadaan yang tidak terlalu sadar misalnya di bawah alkohol, dan lain-lain).

2. **Rasionalisasi:** menggunakan dan meyakini penjelasan yang masuk akal untuk membenarkan perilaku, sikap, atau keyakinan yang salah atau yang dilarang untuk mengurangi rasa bersalah. Contoh: memilih lebih menyalahkan pasien atas sikapnya yang tidak mau aktif bertanya dan memberitahukan kebutuhannya daripada mengakui diri sebagai perawat yang pasif.
3. **Intelektualisasi:** secara tidak sadar memisahkan emosi yang mengancam dan bereaksi hanya pada level intelektual. Contoh: memilih untuk lebih mempelajari dan memahami proses perjalanan penyakit dan tahapan klinis yang sudah dilalui oleh seseorang yang mengalami kematian daripada bersedih atau frustrasi secara emosional.
4. **Pemindahan (*displacement*):** mentransfer perilaku atau emosi, seringkali secara tidak sadar, dari satu objek ke objek lain yang kurang mengancam. Contoh: memindahkan frustrasi atau rasa sedih dengan memukul-mukul bantal.

Berikut adalah contoh beberapa mekanisme pertahanan yang matang:

1. **Altruisme:** mengatasi kecemasan, kekecewaan, perasaan bersalah pada diri dengan membantu orang lain atau memberikan dedikasi yang lebih pada orang lain. Contoh: memberikan pengobatan atau bantuan pasien secara cuma-cuma dikarenakan kondisi pasien yang tidak mampu.
2. **Antisipasi:** mengantisipasi berbagai dampak baik fisik maupun emosi yang dapat terjadi di masa depan dan menentukan solusi-solusi yang realistis. Contoh: mempersiapkan pasien, keluarga, dan diri sendiri dengan baik sebelum melakukan prosedur-prosedur invasif.
3. **Afiliasi:** mencari orang lain untuk mendapatkan dukungan dan bantuan darinya namun tidak menjadikan orang tersebut harus bertanggung jawab atas dirinya. Contoh: mencari dukungan rohani, konseling, atau menceritakan kondisi pada rekan seprofesi.

4. **Humor:** mengeluarkan gagasan yang menegangkan atau perasaan yang negatif dalam bentuk yang lucu atau menyenangkan bagi orang lain. Contoh: membuat humor atas kesalahan-kesalahan yang dilakukan.
5. **Sublimasi:** menjembatani dorongan insting yang dilarang atau yang negatif ke perilaku yang dapat diterima secara sosial. Contoh: menjembatani kemarahan atau kesedihan dengan membuat puisi, menyanyi, bermusik, berlatih memainkan alat musik, atau berolahraga.
6. **Supresi:** secara sadar mendorong pikiran atau emosi yang tidak menyenangkan dari diri untuk menghindari kondisi yang tidak nyaman. Contoh: menyatakan tidak ingin berbicara atau berdiskusi dulu mengenai suatu hal yang tidak menyenangkan pada orang lain yang mengajak untuk bicara.

2.4. Rentang Kepedulian

Di dalam menjalankan tugas secara profesional, perawat perlu menempatkan rentang kepedulian pada tempat yang sesuai. Terdapat kurang lebih dua komponen penting dalam rentang kepedulian yaitu simpati dan empati yang akan dibahas secara singkat pada bagian ini.

Keduanya hampir mirip yakni sama-sama merupakan upaya masuk ke dalam arena perasaan orang lain, namun tidak sama dalam efek yang dihasilkannya pada profesionalitas kerja perawat. Simpati adalah kondisi peduli dimana volume emosi dikenal lebih besar daripada kognisi yang menyertainya. Perawat dengan sikap simpati dicirikan memiliki sikap berbagi perasaan dan masuk ke dalam penderitaan dan rasa sakit yang dialami pasien. Hal ini baik namun kecenderungan yang dapat dihasilkan adalah perawat terlalu banyak masuk ke dalam area emosi pasien. Akibatnya, hal ini dapat menghambat dan berdampak dalam keputusan klinis dan profesionalitas perawat.

Empati berasal dari kata Yunani (*empathia*) yang artinya memasukkan perasaan dari luar atau berada di dalam perasaan penderitaan seseorang. Perawat yang memiliki empati akan menciptakan rasa aman, tenang, dan hubungan emosional yang baik pada pasien dan memungkinkan perawat untuk memunculkan

mode komunikasi non-verbal yang baik. Dalam lingkup keperawatan, konteks yang dibangun antara perawat dan pasien adalah konteks hubungan membantu yang profesional. Oleh sebab itu, empati yang dimaksud adalah empati kognitif. Ini diartikan sebagai kondisi peduli yang mana volume kognisi lebih besar dari emosi. Perawat dengan sikap empati, menaruh dirinya dalam "sepatu" orang lain sekaligus melibatkan kemampuan kognitifnya. Ia mengenal batas mental dirinya dan orang lain dan melibatkan fungsi-fungsi eksekutif (perencanaan, inisiatif, dan pelaksanaan) dalam mengekspresikan kepeduliannya. Memiliki kepedulian empatetik membuat perawat dapat memahami pengalaman pasien tanpa ikut larut bersama pasien. Dengan kata lain perawat dapat menjaga "jarak emosional" antara pasien dan perawat, yang pada akhirnya akan membantunya dalam mempertahankan profesionalitas dan menjaga ketahanan diri (*durability*) dalam menjalankan fungsinya sebagai perawat. Meskipun demikian, seperti yang telah disampaikan sebelumnya, membuat 'jarak emosional' yang terus-menerus sebaiknya perlu tetap memikirkan akibat yang dapat terjadi, terutama pada diri perawat itu sendiri, agar perawat tidak kehilangan jati dirinya sebagai manusia yang unik. Perawat perlu mencari dukungan emosional dan terbuka.

REFLEKSI 2.2. EMPATI DAN SIMPATI

Menggunakan bahasa anda sendiri apa yang anda mengerti mengenai konsep empati dan simpati dalam komunikasi keperawatan?

2.5. Burnout, Compassion Fatigue, dan Perawatan Diri

Burnout adalah kelelahan mental yang terjadi akibat kondisi fisik dan mental yang terkuras pada saat bekerja. Pada perawat, hal ini dapat terjadi karena antara lain karena kurangnya tidur, *shift* yang panjang, permintaan dan tuntutan yang begitu besar dan lain sebagainya. Berbagai tanda dari *burnout* antara lain munculnya kelelahan, tingkat stres yang meningkat, absennya diri dalam beberapa aktivitas, demotivasi, dan performa yang menurun.

Burnout dalam keperawatan juga dapat terjadi akibat sifat dari pekerjaan perawat itu sendiri yang banyak melibatkan emosi

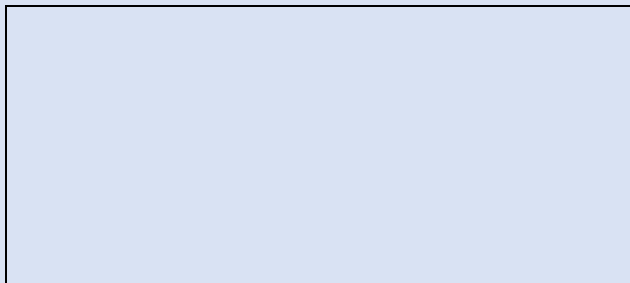
dan perasaan saat merawat orang lain. Kelelahan semacam ini disebut *Compassion Fatigue*. Pada fase ini juga terjadi kelelahan fisik dan mental yang berakibat keinginan untuk menarik diri secara emosional dari pekerjaan memberikan asuhan. Berbagai tandanya antara lain kehilangan energi, senantiasa merasa lelah secara fisik dan mental, apati, merasa sedih dan tidak merasakan kesenangan dalam beraktivitas, menanyakan arti dan tujuan hidup, depresi, kecemasan, sulit berkonsentrasi dan berfungsi, mengisolasi diri dari orang lain, insomnia, demotivasi untuk menjaga penampilan dan higienitas, sakit kepala, dan lain sebagainya.

Munculnya hal-hal di atas sangat mungkin terjadi pada seorang perawat profesional. Oleh sebab itu, sebelum memulai bekerja dalam panggung keperawatan, seseorang perlu mengenali diri, batasan diri, konteks bekerja, melakukan pendekatan empatetik kognitif, strategi koping efektif, dan senantiasa merawat diri.

Perjalanan di panggung keperawatan tidaklah mudah sehingga anda perlu memikirkan mengenai perawatan diri agar dapat membangun kebiasaan yang positif dan mendukung profesionalisme anda kelak. Untuk dapat mengidentifikasi dan mengembangkan kebiasaan perawatan diri, isilah lembar perencanaan perawatan diri dibawah ini.

LEMBAR KERJA 3.3. PERENCANAAN PERAWATAN DIRI

1. Tulislah daftar kebiasaan perawatan diri yang anda gunakan **sekarang** untuk manajemen stres dan menjaga diri tetap sehat:



2. Tulislah daftar kebiasaan perawatan diri yang anda **ingin** gunakan namun belum anda lakukan:

3. Identifikasilah kendala-kendala yang menghambat anda untuk melakukan kebiasaan-kebiasaan tersebut:

4. Solusi apa yang dapat anda lakukan untuk mengatasi kendala tersebut:

5. Baca ulang kebiasaan yang telah anda tuliskan pada pertanyaan nomor 2. Pilihlah salah satu kebiasaan yang anda ingin mulai lakukan dan lengkapi kalimat di bawah ini.

Hari ini, saya berkomitmen untuk ...

Saya ingin melakukan ini karena ...

Saya dapat mencapai ini pada (waktu) ...

(Lembar perencanaan ini diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia oleh Yosi Marin Marpaung., SKM., M.Sc. Lembar perencanaan perawatan diri diperoleh dari pelatihan PRIME Indonesia)

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Uraikanlah secara singkat manfaat memahami diri dalam pelayanan keperawatan!
2. Bagaimana pandangan Abraham Maslow membantu calon perawat memahami diri dan mempersiapkan diri menuju tanggung keperawatan?
3. Sebutkanlah minimal 3 mekanisme pertahanan diri dan contoh aktivitasnya di dalam pelayanan kesehatan?
4. Apa yang dimaksud dengan kognitif empati?

DAFTAR PUSTAKA

- Elyasi, F., Hosseininejad, S. M., Islami Parkoohi, P., Kamali, M., Azizi, M., Karimi, N., ... & Ghajar, M. (2020). The Relationship Between Defense Mechanisms and Nurses' Occupational Burnout: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4).
- Fitzgerald-Yau, N., & Egan, J. (2018). Defense styles mediate the association between empathy and burnout among nurses. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(7), 555-561.
- Gerada, C. (2019). Clare Gerada: Doctors and their defences. *Bmj*, 364.
- Kocijan Lovko, S., Gregurek, R., & Karlovic, D. (2007). Stress and ego-defense mechanisms in medical staff at oncology and physical medicine departments. *The European journal of psychiatry*, 21(4), 279-286.
- Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).
- Stuart, G. W. (2012). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- PRIME. (2019). *The Good Teacher Module*. Prime Australia.

Sumber Gambar

National Cancer Institute on Unsplash

BAB 3

DASAR KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Wadah kering, penuh dahaga. Tak 'kan ada aliran air kesana, tanpa buluh.,yang bersedia menunduk, merendah, mengisi ruang itu sampai penuh. Tak haus lagi.

PENDAHULUAN

Pernahkah anda berada di dalam kondisi yang kalut, tegang, atau cemas? Bagaimana perasaan anda ketika seorang teman dekat hadir dan bersedia mendengarkan seluruh keluhan anda, mengkonfirmasi perasaan anda, dan mendukung anda? Teman yang demikian pasti telah menjadi penolong bagi anda. Kehadirannya menurunkan kecemasan anda bahkan mampu menjadikan anda mampu untuk berpikir lebih jernih. Kemampuan teman anda di dalam memberikan respon ini telah memberikan efek terapeutik bagi anda. Demikianlah kurang lebih warna yang dihadirkan oleh perawat bagi kliennya. Komunikasi perawat yang bersifat terapeutik akan juga akan mendorong kesembuhan dan membangkitkan motivasi klien dalam menjalani proses perawatan, penyembuhan, dan pemulihan.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menguraikan hubungan *caring* dan komunikasi
2. Menjelaskan pengertian dan tujuan komunikasi terapeutik
3. Menguraikan tujuh prinsip komunikasi terapeutik
4. Menguraikan pendekatan membangun hubungan terapeutik dan hambatannya
5. Merefleksikan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dalam kasus

URAIAN MATERI

3.1. *Caring* dan Komunikasi

Caring dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai "peduli". *Caring* adalah bagian integral dari keperawatan. Menggunakan ilustrasi gambar di bawah ini, *caring* dapat diibaratkan seperti air segar, pipa yang membawanya adalah anda sebagai perawat, dan wadah penampung air adalah klien anda. Agar air dapat mengalir, anda perlu mengarahkan pipa tersebut pada klien anda, yang berarti anda perlu bergerak, berinisiatif, berinteraksi. Tanpa interaksi, tanpa inisiatif, *caring* tidak akan dapat ditunjukkan dan tersalur ke klien anda. Interaksilah yang memperlihatkan wujud dari *caring*.



Gambar 3.1. *Caring* ibarat air segar yang dialirkan oleh perawat

Esensi dari interaksi ini menjadikan *caring* sangat beruntai erat dengan komunikasi. Sebagaimana mode komunikasi, interaksi dalam keperawatan diwujudkan secara verbal dan non verbal. Mari melihat sepuluh faktor *caritas* Jean Watson di bawah ini dan proses *caritas* yang menjadi indikator hadirnya *caring*. Apabila direnungkan kembali satu per satu, proses *caritas* dalam keperawatan memperlihatkan keberadaan interaksi baik verbal

maupun non-verbal yang terasa begitu erat dalam hubungan antara klien dengan perawat.

Tabel 3.1. Sepuluh faktor caritas Jean Watson (Watson, 2007)

No.	Faktor caritas	Proses caritas
1	Membentuk sistem nilai humanistik altruistik	Mempraktikkan cinta dan kebaikan, ketenangan mental, terutama dalam situasi yang sulit bagi diri sendiri dan orang lain.
2	Membangkitkan keyakinan dan harapan	Hadir secara otentik untuk memampukan/ mempertahankan/ menghormati sistem keyakinan yang mendalam dan dunia kehidupan yang subjektif pada diri sendiri dan orang yang dirawat.
3	Mengusahakan kepekaan pada diri sendiri dan orang lain	Mengusahakan praktik spiritual yang ada pada diri sendiri, mengembangkan kesadaran diri, melampaui ego diri sendiri.
4	Mengembangkan hubungan yang membantu dan hubungan yang dilandasi rasa percaya, hubungan yang menyatakan kepedulian pada manusia	Mengembangkan dan mempertahankan hubungan yang membantu dan hubungan yang dilandasi rasa percaya, hubungan <i>caring</i> yang otentik.
5	Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif dan negatif	Hadir dan suportif untuk perasaan positif dan negatif yang berkaitan dengan kejiwaan yang mendalam pada diri sendiri dan orang yang dirawat.
6	Menggunakan teknik yang sistematis, ilmiah, kreatif pada proses pemecahan masalah	Secara kreatif menggunakan kehadiran diri dan cara-cara lain sebagai bagian dan proses memberikan perawatan;

		menyertakan seni dalam praktik <i>caring-healing</i> .
7	Meningkatkan kegiatan-kegiatan mengajar-belajar transpersonal	Melibatkan diri dalam pengalaman belajar-mengajar secara tulus yang menysasar keberadaan manusia secara utuh dan bagaimana mereka memaknai sesuatu, serta berusaha untuk hadir dalam perspektif orang lain.
8	Menyediakan lingkungan psikologis, fisik, sosial budaya, dan spiritual yang mendukung, melindungi, memperbaiki	Menciptakan lingkungan yang menyembuhkan pada semua tingkat (fisik maupun nonfisik, lingkungan yang berhubungan dengan energi yang tidak tampak dan kesadaran di mana keutuhan, keindahan, kenyamanan, kehormatan, dan kedamaian dioptimalkan).
9	Membantu pemenuhan kebutuhan manusia	Membantu pemenuhan kebutuhan dasar yang dilandasi oleh niat dan kesadaran menyatakan <i>caring</i> dalam sentuhan dan kerjasama dengan manusia, menghormati keutuhan individu; memberi ruang untuk aspek spiritualitas.
10	Mengizinkan dimensi spiritual yang eksistensial-fenomenologis	Membuka dan memasuki ruang spiritual-misterius, dimensi eksistensial dari kehidupan dan kematian seseorang yang tidak diketahui; merawat jiwa diri sendiri dan orang yang dirawat.

REFLEKSI 3.1. CARING DAN KOMUNIKASI

Sebelum masuk ke dalam materi dibawah ini, lakukanlah refleksi berikut ini. Pernahkah anda merawat seseorang yang sedang sakit, misalnya orang tua, saudara, kakek nenek anda, atau

teman anda? Berdasarkan ingatan anda akan pengalaman itu, jawablah pertanyaan di bawah ini:

1. Siapa yang sakit, dimana dan berapa lama anda merawatnya?
2. Apa yang dapat kamu simpulkan tentang seseorang yang mengalami sakit?
3. Bagaimana cara anda menyatakan kepedulian pada orang yang sedang anda rawat? Apakah ada peran komunikasi disana?
4. Apa yang menjadi penghambat komunikasi dan bagaimana anda mengatasinya?

3.2. Pengertian dan Tujuan Komunikasi Terapeutik

Anda telah memahami definisi komunikasi sebagai proses interaksi saling berbagi pesan secara verbal maupun non-verbal antara dua orang atau lebih. Di dalam keperawatan, komunikasi dipelajari untuk beragam tujuan antara lain tujuan keamanan dan keselamatan pasien, tujuan kolaborasi interprofesi, dan tujuan terapeutik. Yang dipahami dengan komunikasi dengan maksud terapeutik adalah bahwa komunikasi yang dilakukan disepanjang tindakan pengobatan dan perawatan klien dikerjakan untuk tujuan menolong dan membantu klien mencapai kembali kondisi sehat, adaptif, dan positif (Pieter, 2017). Fleischer, *et al.*, (2009) menyatakan bahwa komunikasi jenis ini dilakukan untuk tujuan akhir mendorong (*advancing*) kesejahteraan fisik dan psikis (*the physical and emotional wellbeing*) klien.

Penting untuk dipahami bahwa komunikasi terapeutik akan sangat bernilai dalam mengiring berbagai upaya tenaga medis dalam menjawab kebutuhan pasien beragam, mulai dari keperluan untuk mencegah timbulnya gangguan kesehatan, mendeteksi dan menangani masalah kesehatan baik akut dan kronis, meningkatkan kemampuan klien beradaptasi dan memiliki hidup berkualitas meski dengan gangguan kesehatan yang dialami, dan bila tidak ada lagi yang bisa dilakukan, maka komunikasi terapeutik dapat digunakan untuk membantu klien mengakhiri hidup dengan damai dan tenang. Tidak hanya bagi klien, komunikasi terapeutik juga

ditujukan untuk membantu keluarga dalam mendampingi perjalanan penyakit pasien.

Dari pemahaman ini, dapat dibayangkan bahwa keterampilan komunikasi terapeutik pada perawat juga akan turut meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta membantu perawat melakukan kendali yang tepat. Oleh sebab itu, kompetensi ini perlu dipelajari. Kompetensi komunikasi terapeutik perawat dibangun dengan memahami beragam ilmu, antara lain teori komunikasi, teori mengenai konsep diri, kepribadian dan perawatan diri, teori hubungan pasien dan perawat, teori perkembangan manusia di sepanjang usia, pemahaman kode etik perawat dan hak serta kewajiban pasien. Meskipun demikian, membangun keterampilan komunikasi terapeutik tidaklah dapat diraih tanpa pengalaman perawat memberi diri secara langsung di lapangan. Keterampilan ini dibangun di sepanjang hayat seorang petugas kesehatan profesional dengan semakin terbiasanya perawat berinteraksi dengan klien dan keluarganya.

3.3. Tujuh Prinsip Pembentukan Hubungan Terapeutik

Komunikasi dengan maksud terapeutik dibangun di atas hubungan baik yang tercipta antara perawat dengan klien dan keluarganya. Ada tujuh prinsip pembentukan hubungan terapeutik (Gambar 3.2) yang harus menjadi pegangan mahasiswa keperawatan dan perawat agar tujuan komunikasi dengan maksud terapeutik dapat terwujud. Berikut ini akan dijabarkan mengenai prinsip tersebut.

a. Prinsip Empati

Empati adalah upaya perawat melihat dunia lewat mata klien dan keluarganya. Empati juga bermakna upaya memahami perasaan dengan makna pribadi yang dialami oleh klien dan keluarganya. Perawat yang berempati baik secara verbal maupun non-verbal akan memunculkan rasa lebih tenang dan aman pada pasien serta hubungan emosional yang baik antara perawat dan pasien.



Gambar 3.2. Tujuh prinsip pembentukan hubungan terapeutik

b. Prinsip Kepercayaan

Rasa kepercayaan antara perawat dan pasien adalah aspek yang sangat penting dibangun agar interaksi yang bersifat terapeutik dapat dihasilkan. Hal ini menyangkut dengan ‘percaya’ sendiri yang adalah salah satu aspek psikis manusia yang penting. Adanya rasa percaya terutama menjadi lebih penting di saat manusia berada pada posisi rentan misalnya sebagai seseorang yang menderita penyakit dan membutuhkan pertolongan, dalam perjalanan pengobatan, atau perawatan. Pasien perlu mempercayai bahwa petugas kesehatan adalah seorang yang profesional, dapat diandalkan, jujur, berpengetahuan luas, dan dapat memperlakukan mereka sebagai manusia. Ciri perawat yang mengerti betul pentingnya prinsip rasa percaya ini akan mendengarkan pasien dan keluarganya dengan teliti, memperlakukan mereka dengan penuh hormat, memberi informasi jujur dan konsisten, sigap,

dan memiliki komitmen yang berkesinambungan untuk memberikan perawatan yang terbaik.

c. Prinsip Keterbukaan

Hubungan profesional antara perawat dan pasien dan keluarganya adalah hubungan saling membantu. Oleh sebab itu, keterbukaan menjadi penting agar perjalanan pengobatan dan perawatan dapat dilakukan dengan aman dan efektif. Keterbukaan perlu dimulai dari perawat. Prinsip ini dapat dibangun dengan menunjukkan inisiatif dan minat perawat untuk membuka diri dalam komunikasi, dengan bijaksana selalu memberikan respon yang jujur mengenai perjalanan penyakit maupun perawatan pasien, serta terbukanya informasi, dan gagasan yang perlu bagi pasien dan keluarganya.



Gambar 3.3. Perawat memfasilitasi komunikasi jarak jauh antara pasien dengan keluarganya adalah salah satu penerapan prinsip empati

d. Prinsip Dukungan

Dukungan pada pasien dan keluarga saat menjalani pengobatan dan perawatan sangat diperlukan. Dalam hal pemberian dukungan untuk masalah yang dialami oleh pasien, perawat perlu mengungkapkannya dalam bentuk yang deskriptif serta berorientasi pada upaya memecahkan masalah secara asertif dan profesional. Ini berarti, perawat bukan

memberi penilaian evaluatif pada pribadi pasien. Perawat perlu mengarahkan pemecahan masalah yang berangkat dari pokok dan substansi permasalahan. Dengan demikian, pasien yang merasa didukung akan ingin berpartisipasi lebih aktif dalam komunikasi. Perawat yang menerapkan prinsip dukungan akan tercermin dari tindakannya yang tidak berhenti mencari strategi terbaik bersama dengan pasien, tetap mengakui dan menghargai upaya yang telah dilakukan oleh pasien seberapa kecil pun usaha yang dilakukan dan meskipun terdapat kegagalan. Selanjutnya, prinsip dukungan diwujudkan lewat sikap kemanusiaan perawat yang turut tertawa saat pasien dan keluarganya tertawa dan bersedih saat pasien dan keluarganya bersedih serta keinginan perawat untuk terus ingin memahami pasien menyangkut hal-hal yang dapat mendukung kesembuhannya, termasuk hubungan dengan keluarga, pekerjaan, dan lain sebagainya yang berarti bagi pasien.

e. Prinsip Sikap Positif

Hubungan terapeutik terwujud apabila perawat memiliki mental yang tetap positif saat menghadapi beragam jenis sifat, penilaian, dan perlakuan dari pasien dan keluarganya. Perawat dengan sikap positif memiliki ciri yang tidak lekas merasa bersalah yang berlebihan, ingin terus memperbaiki dan mengembangkan diri, menerima diri sebagai orang yang penting dan bernilai dalam pekerjaannya, memiliki keyakinan diri dalam mengatasi persoalan, menerima pujian dari klien dengan leluasa, turut memberi pujian kepada pasien dan keluarganya dengan tulus, atau dapat menolak dengan baik bentuk-bentuk penghargaan berbentuk materi dari pasien atau keluarganya tanpa ada rasa bersalah. Perawat yang menunjukkan sikap positif tidak hanya akan memberikan efek terapeutik pada pasien namun juga bagi dirinya.

f. Prinsip Kesetaraan

Perawat perlu memperlakukan orang lain termasuk pasien dan keluarganya secara horizontal atau setara. Meskipun perawat memiliki segudang kompetensi yang tidak dimiliki pasien dan serta memiliki wewenang dan peran sebagai

pemimpin dalam asuhan, namun perawat tidak merasa diri lebih tinggi atau lebih baik karena status atau kemampuan intelektualnya. Wujud kesetaraan ini dapat dibangun dengan berbincang pada tingkat yang sama atau upaya memberi penghargaan dan rasa hormat terhadap perbedaan pendapat antara perawat dan pasien, serta upaya perawat mempertahankan komunikasi pada jarak mata yang setara. Selanjutnya, sebagaimana hubungan yang setara, maka perawat juga perlu mengetahui bahwa pasien dan keluarganya juga perlu melihat diri mereka tidak berada pada posisi yang lebih tinggi dari perawat.

g. Prinsip Rasa Hormat

Rasa hormat berarti perawat menghargai dan menerima pasien sebagai pribadi yang unik. Menghargai dan menerima disini bukan berarti perawat sama dengan selalu menyetujui 'keunikan' yang ada. Namun penerimaan ini dilakukan agar pasien dapat merasa aman dan nyaman karena kondisi serta perasaannya diterima dan dipahami. Carl Rogers menjelaskan bahwa pandangan positif tanpa syarat ini memiliki efek terapeutik yang penting pada pasien. Lewat penerimaan ini perawat dapat mendengarkan, memahami, dan membantu pasien dengan lebih baik. Rasa hormat ini juga berhubungan dengan tindakan perawat menghargai pasien sebagai manusia. Untuk mewujudkan hubungan terapeutik, perawat harus memperkenalkan dirinya, memanggil pasien dengan panggilan yang sopan, menghargai privasi pasien, dan mempersiapkan pasien beserta keluarganya sebelum dilakukan beragam bentuk implementasi intervensi asuhan yang telah direncanakan.

h. Pendekatan Dalam Komunikasi Terapeutik

Data merupakan senjata yang penting untuk membangun komunikasi terapeutik. Semakin perawat mengenal pasien, semakin perawat mampu membangun komunikasi terapeutik yang kreatif dan yang didasarkan pada prinsip-prinsip yang telah disebutkan sebelumnya.

Terdapat tiga pendekatan komunikasi terapeutik yaitu pendekatan kultural, pendekatan sosiologis, dan pendekatan psikologis. Pendekatan kultural adalah membangun komunikasi didasari pemahaman bahasa dan dialek yang digunakan oleh pasien, serta norma dan nilai-nilai yang dipegang klien dan keluarganya sebagai bagian dari budaya yang dipegangnya. Pendekatan sosiologis berarti perawat membangun komunikasi didasari pengetahuan mengenai usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, literasi pasien terhadap informasi kesehatan dan status ekonomi klien dan keluarganya. Pendekatan psikologis merupakan upaya membangun komunikasi didasari respon psikis pasien terhadap penyakit, akibat-akibat psikologis yang menyertai perjalanan penyakit dan pengobatan yang akan diterima pasien, kepribadian pasien, spiritualitas, orang yang signifikan bagi pasien, kelompok referensi pasien, dan *support system* pasien.

3.4. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik

Di dalam membangun komunikasi pada pasien, beragam hambatan dapat terjadi antara lain disebabkan oleh (Amoah, 2018; Norouzinia, 2016). Apabila diklasifikasikan hambatan ini dapat dibagi menjadi tiga bentuk yaitu hambatan fisik, hambatan sosial, dan hambatan psikologis.

Hambatan fisik termasuk lingkungan yang sibuk, bising, rendah privasi, dan adanya pasien lain yang sedang kritis di area kerja. Hambatan sosial antara lain nilai, keyakinan, dan budaya, natur dari relasi antara perawat dan pasien, bahasa pasien dan perawat, perbedaan gender antara perawat dan pasien, perbedaan usia perawat dan pasien. Sedangkan hambatan psikologis antara lain terkait kepercayaan diri perawat rendah, tingkat emosional, stres, dan rasa nyeri yang dialami oleh pasien, tekanan kerja yang tinggi, jumlah perawat di bangsal yang kurang, masalah kesehatan, psikis, sosial, dan pengobatan/tindakan medis yang sedang diterima pasien yang mempengaruhi tingkat responsifitas pasien, serta pengalaman negatif yang dialami perawat saat menangani pasien sebelumnya. Berbagai upaya, baik yang berasal dari diri perawat maupun pihak eksternal, perlu dilakukan agar masalah

hambatan ini dapat dikurangi atau diabaikan sehingga komunikasi yang baik dapat tercipta antara perawat dan pasien.

STUDI KASUS 3.1. SANTI

Perhatikanlah dialog dibawah ini! Berdasarkan dialog tersebut, sebutkan apa saja mencirikan komunikasi terapeutik!

Santi adalah perempuan berusia 45 tahun yang akan dilakukan proses pemeriksaan biopsi serviks pada hari ini. Ia duduk di ruang tunggu sendiri, menatap jendela kaca rumah sakit tanpa banyak berkedip, mengetuk-ngetuknya kakinya kelantai, dan meremas-remas tisu di tangannya. Perawat kemudian mendekati Santi dan memperkenalkan diri, lalu mengajaknya ke belakang untuk persiapan bedah.

Perawat: “Selamat pagi Ibu Santi (*menunduk dan berupaya menatap ibu Santi dalam posisi yang sejajar*), saya suster Desi. Saya adalah perawat yang akan membantu ibu hari ini. Ibu Santi nyamannya dipanggil Bu Santi atau ibu ada panggilan lain?”

Klien: “Pagi sus, panggil saya Anti saja sus. Semua orang memanggil saya demikian.”

Perawat: (*Berjabat tangan dengan pasien*) “Senang bertemu dengan Bu Anti. Ibu sendiri atau ada yang menemani?”

Klien: “Saya sendiri saja sus. Kebetulan suami hari ini sedang ada pekerjaan yang sangat penting sehingga tidak bisa menemani.”

Perawat: “Baik ibu. Bagaimana perasaan ibu?”

Klien: “Saya takut suster”

Perawat: “Jangan khawatir ya bu. Saya akan menemani ibu hari ini. Sekarang saya akan menjelaskan apa yang akan kita lalui hari ini, menanyakan beberapa pertanyaan kepada ibu, dan menjawab jika Ibu Anti punya pertanyaan mengenai biopsinya.”

Klien: “Oh, terima kasih Sus! Saya sangat takut. Saya sudah membaca banyak pengalaman di internet semuanya menakutkan. Saya takut juga dengan hasilnya.”

Perawat: “Wajar Bu Anti, jika ibu merasa gugup menghadapi itu wajar. Kita bersama-sama berharap yang terbaik ya Bu. Kami disini akan membantu ibu. Saya coba jelaskan kembali ya bu apa yang akan kita lalui bersama.”

LEMBAR KERJA 3.2. PRINSIP HUBUNGAN TERAPEUTIK DALAM KOMUNIKASI

Cermatilah video ini di YouTube berikut ini:

Judul: *Introduction to patient 1*

URL https://www.youtube.com/watch?v=Pol_cJdtvoQ).

Ambillah secarik kertas. Kemukakanlah prinsip hubungan terapeutik apa saja yang digunakan pada video tersebut dengan menggunakan format tabel di bawah ini. Sertakan contoh kalimat verbal yang digunakan dan kemukakanlah ekspresi non-verbal apa yang anda tangkap, yang mencerminkan prinsip tersebut.

Prinsip	Kutipan verbal/ekspresi non-verbal	Menit

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang Anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Mengapa *caring* berhubungan dengan interaksi?
2. Definisikanlah dengan bahasa anda sendiri apa yang dimaksud dengan komunikasi terapeutik!
3. Sebutkanlah tujuh prinsip pembentukan hubungan terapeutik!
4. Uraikanlah pendekatan yang digunakan untuk membangun hubungan terapeutik!
5. Apa saja hambatan dalam membangun hubungan terapeutik antara perawat dan pasien?

DAFTAR PUSTAKA

- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., & Gyamfi, N. (2018). Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi South Hospital. *Cogent Medicine*, 5(1), 1459341.
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5), 339-353.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global journal of health science*, 8(6), 65.
- Pieter, H.Z. (2017). *Dasar – dasar komunikasi bagi perawat*. Jakarta: Prenada Media.
- Watson, J. (2007). Watson s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16(1), 129-135.

Sumber Gambar

Pixabay

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

BAB 4

MENDENGARKAN AKTIF

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Bicaralah. Aku hendak memahamimu. Suara rintih, gemuruh, dan kesedihanmu. Tak mau ku berumpama. Biar aku mendengarkanmu.

PENDAHULUAN

Pernahkah anda merasa tidak didengarkan saat sedang berbicara? Bagaimana perasaan anda saat itu? Apa yang membuat anda merasa bahwa anda tidak didengarkan?

Manusia cenderung lebih cepat dalam berbicara daripada saat mendengarkan dan memproses kata-kata dari orang lain. Persentase otak manusia lebih mudah terdistraksi dan berpikir kian kemari saat orang lain sedang berbicara. Padahal, mendengar adalah salah satu bagian yang sangat penting dalam komunikasi yang baik. Di dalam pelayanan keperawatan, kemampuan mendengar adalah salah satu keterampilan kunci. Dengan mendengar, hubungan saling percaya dengan pasien akan tumbuh, sehingga memudahkan asuhan keperawatan lebih mudah diterima dan dipatuhi oleh pasien.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Memahami pengertian dan manfaat mendengarkan aktif
2. Memahami sembilan teknik mendengarkan aktif
3. Mempraktikkan teknik mendengarkan aktif dalam proses komunikasi

URAIAN MATERI

4.1. Pengertian dan Manfaat Mendengarkan Aktif

Banyak orang menemukan kesulitan untuk mendengarkan dengan baik. Sering kali, manusia lebih cenderung ingin didengarkan dari pada mendengarkan. Oleh sebab itu, muncul kecenderungan untuk tidak memberikan perhatian pada orang lain yang sedang berbicara. Akibatnya, manusia cenderung tidak bereaksi saat orang lain berbicara dan tidak merespon dengan tepat pesan yang disampaikan oleh orang lain. Hal ini disebut sebagai proses mendengar yang pasif. Melakukan hal demikian pada komunikasi, pada akhirnya, akan merugikan kualitas relasi antar individu.

Mendengar adalah bagian yang sangat esensial dalam komunikasi. Mendengar disini adalah betul-betul mendengar dalam arti *listen* bukan mendengar dalam arti *hear*. Dengan kata lain, mendengar aktif (*active listening*). Komunikasi yang baik pasti melibatkan elemen ini. Mendengar aktif berarti menaruh perhatian, berespon dengan tepat sesuai pesan, dan seringkali berkaitan dengan upaya menggali dan menangkap seluruh pesan dengan tepat dan benar. Pendengar yang baik akan melandasi terbangunnya hubungan interpersonal yang baik dan berhasil.

Dalam pelayanan keperawatan, kemampuan mendengar secara aktif termasuk dalam kompetensi yang wajib dimiliki dan dikembangkan oleh perawat. Mendengar aktif adalah kegiatan yang tidak mudah dan membutuhkan konsentrasi untuk memperhatikan dan memobilisasi seluruh indera untuk menangkap pesan verbal dan non-verbal yang dipancarkan oleh setiap klien (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Mendengarkan sesungguhnya berarti menempatkan klien sebagai 'aktor' yang penting dalam proses perawatan (Gross, 2013). Seperti yang telah disebutkan, mendengarkan aktif dapat membuat klien merasa diterima, dihormati, dihargai, dan dipedulikan. Selain itu, mendengarkan aktif akan membantu membangun hubungan percaya dengan pasien dan mencerminkan upaya perawat dalam mendukung klien. Melalui mendengarkan aktif, perawat mampu mengeksplorasi kebutuhan klien yang akan menjadi kunci memecahkan masalah dan mengambil keputusan. Mendengarkan aktif juga akan

mengawal keberhasilan dalam proses pembelajaran yang dihadapi oleh klien.

Pada bagian selanjutnya, kita akan mempelajari beragam teknik yang dapat digunakan dalam mendengarkan aktif.

SIMULASI 4.1. LATIHAN MENDENGARKAN AKTIF 1

Carilah pasangan anda di dalam kelas. Secara berpasangan. mintalah lawan bicara anda menceritakan mengenai salah satu topik di bawah ini pada anda. Pada kegiatan pertama, berikanlah respon yang tidak baik, seolah anda tidak mendengarkan. Pada kegiatan kedua, berikanlah respon yang baik, seolah anda mendengar dengan penuh perhatian. Gunakanlah beberapa teknik di atas. Anda dapat melakukan kegiatan ini secara bergantian.

Topik:

1. Hobi dan bakat yang kamu banggakan
2. Hal paling lucu yang pernah terjadi dalam hidupmu
3. Cita-citamu dan tujuan hidupmu di masa depan

Diskusikanlah bagaimana perasaan anda pada kegiatan pertama dan pada kegiatan kedua bersama pasangan anda.

4.2. Teknik Mendengarkan Aktif

Di dalam mendengarkan aktif, perawat harus mampu mengutilisasi seluruh moda komunikasi verbal maupun non verbal yang ada pada anda dan pasien. Berikut adalah beberapa contoh teknik mendengarkan aktif yang dapat dipelajari.

- a. **Parafrase.** Parafrase adalah mengungkapkan kembali kalimat lawan bicara anda dalam bahasa yang sama dengan kalimat yang berbeda, tanpa mengubah maknanya.

Contoh:

Pasien: "Saya merasa tidak pernah dipedulikan oleh anak-anak saya selama saya sakit."

Perawat: "Sepertinya Ibu merasa tidak ada anak yang memperhatikan Ibu saat sakit, benar?"

Pilihan lain:

"Jadi sepemahaman saya, Ibu (parafrase) benar?"

"Maksud Ibu, (parafrase) seperti itu ya?"

- b. **Restatement.** Restatement adalah mengungkapkan kembali kalimat lawan bicara anda dalam bahasa dan kalimat yang sama, tanpa mengubah maknanya.

Contoh:

Pasien: "Saya merasa tidak pernah dipedulikan oleh anak-anak saya selama saya sakit."

Perawat: "Jadi Ibu merasa bahwa Ibu tidak pernah dipedulikan oleh anak-anak Ibu selama Ibu sakit, benar?"

- c. **Mirroring.** Mirroring adalah pengungkapan ulang kalimat/kata dalam bahasa yang sama. Pengungkapan kembali dilakukan dengan mode verbal sederhana dan non verbal yang sama (verbatim). Penggunaan mirroring dalam keperawatan tidak boleh terlalu jauh (misalnya saat pasien menangis / marah, perawat tidak ikut menangis maupun marah).

Contoh:

Pasien: "Saya tidak dapat bernafas dengan lega setiap harinya" (mengernyitkan dahinya)

Perawat: "Tidak dapat bernafas lega setiap hari" (mengernyitkan dahinya)

Pasien: "Iya, dan saya takut"

- d. **Merespon perasaan.** Merespon perasaan adalah membaca dan mengakui perasaan/emosi yang berbicara dan melakukan klarifikasi

Contoh:

Pasien: "Sudah banyak sekali obat yang saya konsumsi."

Perawat: "Dari nada suara Ibu, sepertinya Ibu sudah lelah?"

Pilihan lain:

“Saya melihat dari wajah ibu ada rasa kuatir. Apakah benar?”

“Saya lihat pagi ini ibu lebih segar dari sebelumnya.”

“Sepertinya ibu terlihat tidak nyaman. Ada yang bisa saya bantu untuk membuat ibu merasa tenang dan nyaman?”

- e. **Intentional silence.** *Intentional silence* atau diam sejenak memiliki tujuan untuk memberi waktu bagi lawan bicara mengorganisasi pikirannya dan sebagai tanda bahwa kita masih ingin mendengarkan. Yang dimaksud adalah diam dalam beberapa detik dengan kontak mata serta sikap tubuh yang relaks dan tetap fokus kepada yang berbicara. Perawat harus mampu mentoleransi seberapa lama harus diam agar tidak muncul kecanggungan (10 detik biasanya terlalu lama)

Contoh:

Pasien: “Jadi, yang harus dilakukan adalah makan bergizi, kemudian..”

Perawat: “.....” (diam sejenak)

Pasien: “berolahraga teratur dan minum obat teratur”

Pasien: “Saya merasa tidak pernah dipedulikan oleh anak-anak saya selama saya sakit.”

Perawat: “.....” (diam sejenak)

Pasien: “Sudah dua hari ini anak-anak saya tidak pernah menelepon saya.”

- f. **Accepting.** *Accepting* adalah teknik untuk menunjukkan bahwa perawat tetap fokus dan minat terus menerus kepada lawan bicara. Teknik ini dapat dilakukan dengan mengangguk atau menggelengkan kepala seiring dengan emosi lawan bicara atau mengucapkan “hmmm” atau “ya”.

Contoh:

Pasien: “Saya kehilangan suami saya tahun lalu.”

Perawat: (mengangguk)

Pasien: “Itu merupakan hal yang paling menyedihkan dalam hidup saya”

- g. **Drawing out.** Drawing out atau yang sering disebut klarifikasi adalah teknik mengembangkan atau mempertajam ide dari lawan bicara.

Contoh:

Pasien: *"Saya sering diejek oleh teman-teman sekolah"*

Perawat: *"Bisa berikan contoh bagaimana teman kamu mengejek kamu?"*

Pilihan lain:

Pasien: *.....*

Perawat: *"Jadi bapak merasa bahwa tidak ada cara lain mengobati penyakit bapak dan merasa bahwa pengobatan ini sia-sia. Apakah yang membuat bapak berpikir demikian?"*

- h. **Memfokuskan.** Teknik memfokuskan bertujuan untuk mengarahkan pembicaraan agar tetap pada jalur, fokus pada masalah dan kebutuhan pasien yang penting tanpa harus memutus pembicaraan.

Contoh:

Pasien: *"Saya merasa kepala saya sakit setiap hari. Apalagi ditambah lagi saat melihat anak-anak saya tidak bisa membantu saya merapikan rumah dan suami saya yang pulang pagi."*

Perawat: *"Pasti sulit ya bu. Coba ceritakan lebih banyak bu seperti apa sakit kepala yang ibu rasakan"*

- i. **Menanyakan pertanyaan yang berkaitan.** Menanyakan pertanyaan yang berkaitan bertujuan untuk membantu anda memahami pasien lebih menyeluruh dan tidak terfragmentasi.

Contoh:

Pasien: *"Saya merasa mual dan pusing tadi pagi"*

Perawat: *"Apakah bapak juga muntah?"*

Pasien: *"Ya dan saya juga tidak nafsu makan hari ini."*

Dalam proses mendengarkan aktif, berikut beberapa respon yang perlu dihindari oleh perawat saat melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarganya, yaitu

1. Memutus pembicaraan pasien;
2. Mengabaikan pasien dan keluarganya;
3. Merespon dengan tidak mengakui keluhan pasien;
4. Merasa keluhan atau pernyataan pasien berlebihan;
5. Menyembunyikan kebenaran atau merespon dengan tidak jujur;
6. Merespon secara blak-blakan tanpa pendekatan empati yang tepat;
7. Membuat bahasa tubuh, nada suara, dan pernyataan yang mengindikasikan sikap kurang berminat, menghakimi, menghina, merendahkan, jijik, atau ketakutan;
8. Memaksakan sudut pandang dan pengalaman pribadi atau pengalaman orang lain sebagai hal yang seharusnya diyakini dan diikuti oleh pasien atau keluarganya; dan
9. Memberikan informasi dan nasihat yang didasari asumsi sembarangan, tanpa data yang akurat, atau bukti ilmiah.

SIMULASI 4.2. LATIHAN MENDENGARKAN AKTIF 2

Pergilah ke luar dan carilah seseorang untuk anda ajak bicara. Sebaiknya, carilah orang yang telah anda kenal atau yang dekat dengan anda. Mintalah lawan bicara anda untuk menceritakan mengenai salah satu topik dibawah ini.

Topik:

- Hobi dan bakat yang kamu banggakan
- Hal paling lucu yang pernah terjadi dalam hidupmu
- Cita-citamu dan tujuan hidupmu di masa depan

Pada dua menit pertama, berikanlah respon baik, seolah anda mendengarkan dengan penuh perhatian. Setelah dua menit, berikanlah respon yang tidak baik, antara lain:

- Memutus pembicaraan
- Membuat gestur/eskpresi, nada suara, dan pernyataan yang kurang berminat, menghakimi,

menghina, merendahkan, jijik, dan sebagainya sesuai dengan cerita yang disampaikan oleh lawan bicara

- Menyatakan emosi lawan bicara berlebihan

Setelah 10 menit, sampaikanlah maksud dari proses simulasi ini. Tanyakanlah bagaimana perasaan lawan bicara anda di sepanjang proses percakapan.

SIMULASI 4.3. LATIHAN MENDENGARKAN AKTIF 3

Carilah salah seseorang di luar kelas. Upayakan bahwa orang tersebut adalah orang yang anda kenal atau dekat dengan anda. Bukalah pembicaraan pada orang tersebut.

Mintalah dia menceritakan salah satu dari topik dibawah ini. Jangan katakan bahwa anda sedang berlatih mendengarkan aktif. Lakukanlah percakapan dengan sikap mendengarkan aktif dan penuh perhatian. Gunakan setidaknya 5 dari 9 teknik diatas. Waktu percakapan adalah 30 menit.

Topik:

- Pengalaman paling sedih yang pernah terjadi dalam hidup
- Pengalaman paling bahagia pernah terjadi dalam hidup
- Harapan yang ingin diwujudkan dalam waktu dekat dan waktu panjang (di masa depan)

Setelah percakapan selesai, tanyakanlah kepada orang tersebut bagaimana perasaannya tentang percakapan yang sudah berlangsung. Hal apa yang sudah baik dari anda dan hal yang apa yang perlu ditingkatkan.

STUDI KASUS 4.1. IBU CLARA



Ibu Clara berusia 75 tahun merasakan ada sesuatu yang salah dengan dirinya pagi ini. Tubuhnya tidak bisa berjalan dengan baik dan hampir terjatuh. Dibantu oleh anak sematawayangnya, Dika, Ibu Clara berangkat ke rumah sakit dengan menggunakan mobil. Dika menceritakan kepada perawat bahwa ini merupakan kali pertama ia melihat ibunya dalam keadaan sangat lemah seperti ini.

Perawat: "Selamat pagi, Ibu Clara. Perkenalkan saya adalah perawat Sita yang akan merawat Ibu pagi ini. Bagaimana perasaan ibu?"

Pasien: "Lemas, Sus. Saat berjalan saya merasa pusing dan harus dibantu anak saya. Ini pertama kalinya saya seperti ini"

Perawat: "Baik, ini pertama kalinya seperti ini ya. Selain pusing, adakah keluhan lain yang dirasakan?"

Pasien: "Ya, tangan saya kebas. Dan seperti sulit digerakkan."

Perawat: "Apakah sebelumnya tangan ibu juga pernah kebas dan sulit digerakkan?"

Pasien: "Ya, saya beberapa kali merasakan hal tersebut dalam bulan ini. Tapi tidak pernah selemah ini. Dan, saya sembunyikan sakit ini sebenarnya tidak ingin merepotkan anak saya Dika. Meski saya sampai kesulitan untuk beraktivitas."

Perawat: "Coba ceritakan lagi bu mengenai rasa kebas tersebut?"

Pasien: "Rasa kebas ini terjadi sebentar saja, Sus. Ditangan sebelah kiri saya. Dulu orang tua saya pernah mengalami hal yang sama."

Perawat: "Jadi orang tua ibu pernah mengalami hal yang

sama.”

Pasien: Iya, dan beberapa minggu kemudian bapak saya terkena stroke dan meninggal (menangis)”

Diskusikanlah di dalam kelompok pertanyaan berikut ini:

1. Teknik mendengarkan aktif apa saja yang digunakan perawat dalam percakapan tersebut?
2. Apakah ada yang salah dalam percakapan tersebut?
3. Bila ada, bagaimana anda akan memperbaikinya?

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Apa manfaat dari mendengarkan aktif?
2. Sebutkan paling tidak lima teknik mendengarkan aktif!
3. Tuliskanlah contoh dialog yang dapat memperlihatkan penerapan minimal lima teknik mendengarkan aktif!

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam keperawatan*. Jakarta: BPPSDM Kementerian Kesehatan
- Gross, R., Kinnison, N., & Woolf, E. (2013). *Psychology for nurses and allied health professionals: Applying theory to practice*. Routledge.
- Kourkouta, L., & Papatthanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65.

Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).

Sumber Gambar

Danie Franco on Unsplash

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

BAB 5

FASE PEMBENTUKAN HUBUNGAN

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Sementara bertemu, berjalan, dan bercengkrama dengan orang asing. Meniti jalan yang tidak mudah bersama. Meraut kepercayaan dan menyulam senyuman diakhirnya.

PENDAHULUAN

Apa yang anda lakukan bila pertama kali memulai percakapan dengan orang lain yang baru pertama kali anda kenal? Apakah anda akan langsung pada inti percakapan? Tentu saja tidak. Anda mungkin akan menyapa terlebih dahulu, menanyakan nama, kabar, dan sebagainya. Dengan fase ini, proses komunikasi selanjutnya akan terjadi dengan lebih rileks dan tujuan komunikasi anda akan lebih mudah diterima oleh lawan bicara anda. Kurang lebih hal yang sama pun terjadi di dalam komunikasi dengan pasien. Anda perlu membina hubungan lewat tahapan-tahapan tertentu. Sampai akhirnya, anda harus mengakhiri percakapan secara profesional.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menyebutkan enam peran perawat
2. Menguraikan fase hubungan interpersonal perawat dan pasien
3. Mempraktikkan proses komunikasi perawat-pasien yang mengikuti fase pembentukan hubungan perawat dan pasien dengan tepat

URAIAN MATERI

5.1. Peran Perawat

Di dalam mengerjakan profesinya, perawat menjalankan enam peran. Keenam peran yang dikerjakan dengan baik dan profesional oleh perawat akan menghasilkan hubungan saling menolong yang baik antara perawat dan klien, yang nantinya akan mempengaruhi hasil akhir perawatan dan kualitas hidup pasien.

Enam peran perawat menurut Hildegard Peplau adalah:

- a. **Peran orang asing (*stranger*)**. Tujuan perawat melakukan peran orang asing adalah membangun suasana yang membangkitkan kepercayaan dan iklim penerimaan pasien. Peran ini dikerjakan dengan cara menerima pasien seperti menerima ‘orang asing’ pada situasi hidup yang lainnya. Peran orang asing biasanya sangat terasa di awal pertemuan dengan pasien.
- b. **Peran sumber (*resource*)**. Perawat sebagai sumber berarti perawat turut menyediakan informasi spesifik yang dibutuhkan oleh pasien, menjawab pertanyaan, dan menginterpretasi informasi klinis untuk membantu pemahaman pasien terhadap masalah atau situasi baru yang pasien hadapi. Peran sumber ini dapat muncul dari awal sampai akhir fase pembentukan hubungan pasien dengan perawat.
- c. **Peran pengajar (*teacher*)**. Perawat di dalam perannya sebagai pengajar ditunjukkan pada saat perawat melakukan transfer pengetahuan sesuai kebutuhan dan kepentingan pasien. Perawat dapat memberikan pendidikan atau pelatihan kepada pasien maupun keluarganya mengenai instruksi-instruksi yang penting untuk diketahui demi kemajuan pasien.
- d. **Peran pemimpin (*leader*)**. Menjadi pemimpin berarti perawat membantu pasien memahami bahwa pasien (bersama dengan perawat), perlu merasa ada tanggung jawab maksimal pada dirinya, agar tujuan dari terapi/pengobatan dapat tercapai dengan memuaskan. Peran sebagai pemimpin muncul di sepanjang fase interaksi perawat dan pasien. Terutama di fase akhir, yakni fase terminasi, perawat perlu memperkuat peran ini untuk melepaskan ketergantungan pasien pada tenaga kesehatan, sebaliknya mulai ikut bertanggung jawab terhadap

pemeliharaan kondisi dirinya dalam fase-fase pemulihan atau terapi jangka panjang.

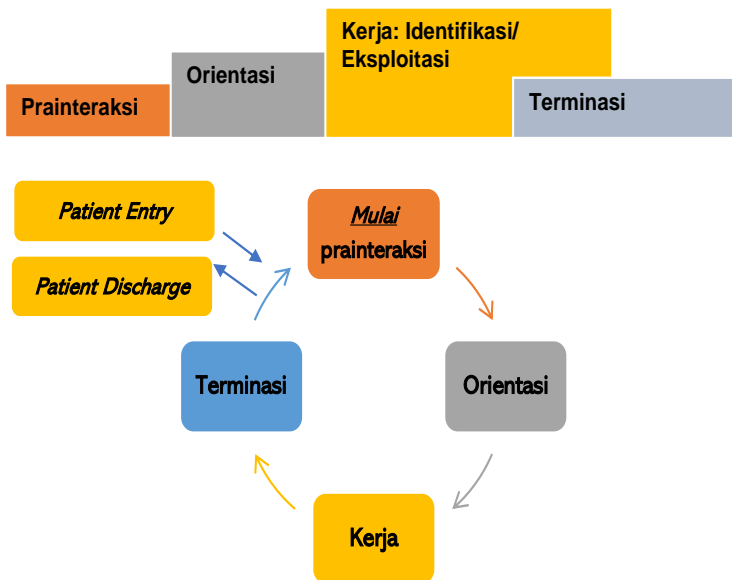
- e. **Peran konselor (*counsellor*)**. Perawat menjalankan peran sebagai konselor berarti perawat menyediakan bimbingan dan dorongan untuk membuat perubahan, membantu klien mengerti dan dapat mengintegrasikan ‘makna’ dari kondisi yang dialaminya ke arah menuju pemulihan.
- f. **Peran wali (*surrogate*)**. Perawat juga memiliki peran sebagai wali (*surrogate*) yang dalam hal ini perawat bertindak sebagai advokat bagi pasien. Perawat bekerja atas nama pasien untuk membantu pasien dapat menjangkau apa yang menjadi hak untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat juga membantu pasien memperjelas wilayah ketergantungan, saling ketergantungan, dan kemandirian.

5.2. Fase Pembentukan Hubungan Perawat dan Pasien

Membentuk hubungan antara perawat dan pasien berlangsung dalam tahapan-tahapan yang terus menerus, dimulai saat pasien bertemu pertama kali dengan perawat, berlanjut pada proses perawatan, dan berakhir saat kepulangan pasien. Interaksi yang membentuk hubungan perawat dengan pasien dimulai dari fase prainteraksi, fase orientasi, fase kerja yang dapat terbagi menjadi fase indentifikasi atau eksploitasi, dan fase terminasi.

Fase prainteraksi merupakan fase sebelum perawat bertemu dengan pasien. Disini, perawat mengumpulkan data tentang pasien, menelaah data tersebut, mengantisipasi apa yang menjadi kebutuhan pasien, memformulasikan rencana pertemuan dengan pasien, mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan diri, dan mempersiapkan berbagai alat atau material yang diperlukan untuk pertemuan dengan pasien. Fase orientasi adalah bagian awal dari setiap interaksi perawat dan pasien. Pada fase ini, perawat menyapa pasien, memperkenalkan dirinya bila pertemuan adalah kali pertama berinteraksi dengan pasien, menanyakan kondisi, memberitahukan maksud dan tujuan serta melakukan kesepakatan-kesepakatan dengan pasien. Pada fase kerja, perawat mengidentifikasi lebih lanjut kondisi klien, menggali perasaan dan pikiran, mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah

direncanakan. Pada fase terminasi, perawat melakukan evaluasi, memberitahukan hal baik yang ditemukan, menyimpulkan hal-hal yang telah dilalui bersama dengan pasien pada saat pertemuan, mengingatkan hal penting mengenai hal yang perlu diikuti dan dikerjakan oleh pasien dan keluarganya, merencanakan pertemuan berikutnya bila ada, dan memberikan salam perpisahan. Apabila pasien masih berada pada proses perawatan, perawat memberitahu bagaimana cara untuk menghubunginya bila dibutuhkan dan memberikan salam perpisahan.



Gambar 5.1. Fase pembentukan hubungan perawat dan pasien

1. Fase pra-interaksi

- a. Telaah (kembali) data pasien yang telah tersedia
- b. Tentukan rencana pertemuan
- c. Tetapkanlah strategi pelaksanaan komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan klien
- d. Eksplorasi kekuatan dan kelemahan diri dan tentukan batasan
- e. Persiapkan alat-alat yang dibutuhkan

2. Fase orientasi





- a. Lakukan prosedur higiene tangan
- b. Beri tanda kehadiran misalnya dengan mengetuk pintu atau memberi sapa dari luar tirai untuk menghormati privasi pasien
- c. Ambil jarak terapeutik dan pastikan lingkungan nyaman (ada privasi, tenang, tidak panas, cahaya cukup dan tidak menerpa wajah perawat maupun klien)
- d. Beri salam terapeutik sambil memberikan sapa selamat pagi/siang/sore/malam atau bentuk-bentuk salam lainnya yang dianggap sopan dalam kebudayaan setempat kepada pasien dan pendampingnya
- e. Perkenalkan diri
- f. Cek kesesuaian identitas pasien
- g. Menanyakan nama akrab pasien dan pendamping pasien
- h. Evaluasi dan validasi kondisi, perasaan, dan keluhan pasien
- i. Tanyakan kabar pendamping pasien bila perlu
- j. Kontrak tujuan, waktu, dan tempat



Gambar 5.2. Salam mengindikasikan prinsip hormat dan kesiapan memberikan pelayanan

Contoh Percakapan Pada Fase Orientasi

Catatan khusus:

Icon	Momen percakapan krusial dilakukan
	Ketibaan di ruangan
	Pertemuan pertama
	Dalam perjalanan perawatan
	Bila terdapat pemberian tindakan atau prosedur medis dan keperawatan dalam tujuan pertemuan

Verbal

Non Verbal Perawat

Perawat: “Selamat pagi ibu [pasien], selamat pagi pak [pendamping]”



Salam dan senyum

Pasien dan pendamping: “Selamat pagi”

Membalas dengan senyuman atau disesuaikan dengan emosi yang ditangkap dari gestur klien

Perawat: “Perkenalkan ibu [pasien], bapak [pendamping], saya perawat Sita”



Salam dan senyum

“Saya yang akan merawat ibu mulai dari pukul 7 pagi sampai pukul 2 siang nanti”



“Boleh saya melihat gelang identitas ibu untuk mencocokkan data ibu dengan kami?”



Salam diturunkan, tangan diarahkan ke dekat area pengidentifikasi pasien

Pasien: “Boleh, ini ya sus”

Perawat: “Baik, terima kasih. Boleh bantu saya, sebutkan nama lengkap ibu dan tanggal lahir ibu [pasien]?”



Dengan lembut dan sopan memegang tangan pasien

Pasien: “Nama lengkap saya Sandra Paulina Pardede. Tanggal lahir 10 Januari 1950”

Melakukan pengecekan data dengan mendengar secara cermat jawaban pasien (kehadiran pendamping untuk ikut dalam proses ini lebih baik)

Perawat: “Baik, terima kasih, Ibu [pasien]. Sesuai dengan data kami ya bu.”



Ibu boleh saya tahu, ibu senangnya dipanggil apa?



Tersenyum, kontak mata tulus, dan sedikit mencondongkan diri ke arah pasien (pertahankan jarak

terapeutik)

Pasien: “Panggil saya Sandra saja ya Sus”

Perawat: “Baik Ibu Sandra [pasien]. Bagaimana dengan nama bapak [pendamping]?”

Kontak mata dan tersenyum ke arah pendamping pasien



Pasien: “Bisa panggil saya Bapak Iwan saja sus.”

Perawat: “Baik, Pak Iwan [pendamping]. Bu Sandra [pasien], pagi ini bagaimana kabarnya?”

Kontak mata dan tersenyum ke arah pendamping dan pasien



Dapat menambah pertanyaan-pertanyaan yang disesuaikan dengan kasus dan tujuan asuhan, misalnya:

“Apakah masih ada keluhan nyeri yang ibu rasakan sore ini bu?”

“Bagaimana tidur ibu [pasien] tadi malam? Nyenyak?”

“Bagaimana makanan tadi ibu [pasien] ? Apakah sudah dihabiskan?”

Pasien: “Kabar saya baik. Sus. Tidur saya cukup nyenyak, Sus. Namun, saya merasa kedinginan.”

Perawat: “Baik bu, ibu [pasien] dapat tidur dengan cukup baik namun sempat

Menangkap emosi pasien saat menjawab, beri umpan balik kepedulian yang diwakilkan dalam

merasa kedinginan ya Bu. Apakah ibu ingin saya ambilkan selimut tambahan atau saya naikkan saja suhu ruangnya Bu?"

ekspresi wajah yang menunjukkan empati. Bila memungkinkan, berikan respon yang sigap dan tepat terhadap keluhan/kondisi yang dapat mengganggu kestabilan fisik pasien dan kepuasan pasien

Pasien: "Terima kasih, Sus. Iya sus, mungkin saya boleh dapat selimut tambahan?"

Perawat: "Baik ibu [pasien], nanti saya ambilkan ya Bu.

Mengangguk dan tersenyum ke arah pasien. Memastikan bahwa janji ini ditepati.

Bagaimana dengan Bapak? Sehat Pak Iwan?"

Tersenyum ke arah pendamping

Pendamping Pasien: "Puji Tuhan, saya sehat, Sus. Terima kasih ya Sus sudah menanyakan."

Perawat: "Syukurlah ya Bapak [pendamping] dan Ibu [pasien] dalam keadaan yang baik pagi ini. Saya senang mendengarnya.

Beri ekspresi wajah yang sesuai ke arah pasien dan pendamping.

Baik, ibu bapak, kedatangan saya pagi ini adalah untuk memonitor perkembangan suhu dan tekanan darah Ibu. Pemeriksaan akan dilakukan sambil ibu tetap berbaring dan akan memakan waktu sekitar 5-10 menit. Apakah ibu bapak bersedia?"

Memperhatikan agar tempo tidak terlalu cepat



Pasien dan Pendamping

Pasien: “Silahkan, sus.”

Perawat: “Baik, saya mulai mempersiapkan alat-alatnya dulu ya Ibu [pasien].” *Mengganggu kepala*



3. Fase kerja

a. Fase identifikasi

- 1) Lakukan pengumpulan data masalah pasien lewat wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan/atau data penunjang lain yang ada.
- 2) Menyusun diagnosa dan intervensi keperawatan

b. Fase eksploitasi



- 1) Jelaskan prosedur asuhan keperawatan pada pasien dan pendamping pasien
- 2) Lakukan prosedur higiene tangan
- 3) Implementasikan intervensi asuhan keperawatan yang telah disusun (sambil terus membangun komunikasi dengan pasien dan keluarganya dan jaga privasi pasien)
- 4) Sampaikan hasil bila ada

Contoh Percakapan Pada Fase Kerja

Catatan khusus:

Lakukan sesuai dengan tujuan, tempat, waktu yang telah ditetapkan dan disepakati.

Icon	Momen percakapan krusial dilakukan
	Bila terdapat pemberian tindakan atau prosedur medis dan keperawatan dalam tujuan pertemuan

Verbal	Non Verbal Perawat
<p>Perawat: (Melakukan praktik higiene sanitasi yang diperlukan)</p> <p></p> <p>(Sembari mencuci tangan / handrub dan mempersiapkan alat, perawat dapat melakukan percakapan kasual dengan pasien dan pendampingnya)</p> <p>Sesuaikan percakapan seterusnya dengan tujuan yang ditetapkan. Selanjutnya adalah contoh, bila tujuan pertemuan adalah mendapatkan data tekanan darah.</p>	 <p>Lakukan prosedur higiene sanitasi yang diperlukan</p> <p>Bahasa tubuh menunjukkan keluwesan, kesopanan, keterbukaan</p>
<p>Perawat: “Baik ibu [pasien], sebelumnya sudah pernah dilakukan pemeriksaan dengan alat ini?”</p>	<p>Bahasa tubuh menunjukkan keterampilan dan percaya diri.</p>
<p>Pasien: “Sudah Sus”</p>	
<p>Perawat: “Baik jika sudah, saya akan menaruh bagian alat ini ke lengan ibu ya. Karena lengan sebelah kanan ibu terpasang infus, saya pasang di sebelah kiri ya bu.”</p>	<p>Bahasa tubuh menunjukkan keterampilan dan percaya diri.</p>
<p>Pasien: ”Terima kasih, Sus”</p>	
<p>Perawat: (Sebelum memulai)</p>	<p>Bahasa tubuh menunjukkan</p>

Nah, sudah rapi ya bu. *keterampilan dan percaya diri.*
Mungkin nanti akan ada rasa tertekan sedikit di lengan.
Tidak apa ya?

Tujuan asuhan dapat beragam misalnya memberikan edukasi untuk mempersiapkan kemandirian pasien sebelum kepulangan, dan melakukan monitor pernapasan, dll.

Pasien: “Tidak apa, Sus”

Perawat: “Baik, saya mulai ya Bu [pasien]. *Bahasa tubuh penuh percaya diri*



Perawat: (Setelah selesai) *Beri umpan balik segera*
Ibu [pasien], Bapak [pendamping], tekanan darah ibu dalam keadaan yang baik ya di angka 118/80.



Pasien: “Syukurlah, Sus” *Tersenyum kepada pasien dan pendamping*




4. Fase terminasi


- a. Evaluasi kemajuan pasien (beri pujian untuk hasil-hasil yang baik dan harapan untuk hasil yang masih kurang baik)
- b. Evaluasi dan validasi perasaan pasien
- c. Ringkas dan sampaikan apa saja kemajuan dan pencapaian yang telah dialami bersama dengan pasien
- d. Ingatkan pasien dan pendamping keluarga apa saja yang perlu dilakukan dan dipertahankan
- e. Sampaikan rencana berikutnya dan lakukan kontrak kembali


- f. Tawarkan diri untuk dapat dihubungi dan jelaskan bagaimana (situasi rawat inap)
- g. Beri salam perpisahan pada pasien dan keluarganya
- h. Lakukan prosedur higiene tangan

Contoh Percakapan Pada Fase Terminasi

Catatan khusus:

Icon	Momen percakapan krusial dilakukan
	Dalam perjalanan perawatan
	Kepulangan
	Bila terdapat pemberian tindakan atau prosedur medis dan keperawatan dalam tujuan pertemuan

Verbal	Non Verbal Perawat
<p>Perawat: “Iya syukurlah ya Bu [pasien]. Bila saya melihat catatan ibu, saya melihat ada kemajuan dari tekanan darahnya ya bu. 2 hari pertama yang lalu cukup tinggi, namun sudah 2 hari ini tekanan darah selalu bagus. Tentu ini karena Ibu dan Bapak [pendamping] yang selalu semangat untuk sembuh ya. Bagaimana perasaan Ibu dan Bapak sekarang?”</p>	<p>Raut wajah mengekspresikan ketulusan melayani, sikap menyatakan reward atas kemajuan pasien atau dukungan bila tujuan belum tercapai, pertahankan kontak mata, memperhatikan tempo</p>
	

Pasien: “Saya senang sekali mendengarnya, Sus. Saya sudah rindu pada anak-anak saya di rumah. Rindu memasak untuk keluarga, Sus.”	<i>Accepting dan menunjukkan raut wajah penuh minat</i>
Perawat: “Wah, ibu [pasien] jago masak nih. Keren ya!”	<i>Raut wajah penuh minat</i>
Pendamping Pasien: “Iya, Sus. Apalagi gulai ikannya.”	<i>Accepting dan menunjukkan raut wajah penuh minat</i>
Perawat: “Ngga heran, pasti seluruh keluarga sudah kangen ya Pak.”	<i>Accepting dan menunjukkan raut wajah penuh minat</i>
Baik, apakah masih ada keluhan lain atau ada hal yang ingin ditanyakan atau disampaikan, Bu [pasien] Pak [pendamping]?	<i>Mempertahankan kontak mata</i>
	
Pasien: “Sudah sus. Belum ada sekarang.”	<i>Accepting dan menunjukkan raut wajah penuh minat</i>
Perawat: “Baik, jika begitu, saya tinggal dulu ya Bu [pasien] Pak [pendamping]. Nanti 2 jam lagi saya akan datang untuk memeriksa kembali keadaan ibu. Untuk selimut tadi, akan segera saya upayakan ya Pak Bu. Bila ada hal-hal yang ingin ditanyakan atau dibutuhkan, Ibu Bapak	<i>Tersenyum ke arah pasien dan pendamping, memperhatikan tempo</i>

**silahkan panggil saya
dengan menggunakan
tombol perawat di
samping kanan Ibu ya.”**



Contoh percakapan bila
pasien dalam proses
kepulangan dari rumah
sakit:

“Baik, senang sekali dapat
merawat ibu selama ini.
Saya juga senang dengan
kemajuan yang baik. Mudah-
mudahan informasi yang
sudah ibu terima tadi
mengenai hal-hal apa saja
yang perlu dilakukan, obat-
obatan yang ibu perlu
minum dengan rutin, dan
olahraga ringan yang harus
ibu lakukan setiap hari
dapat dijalankan dengan
baik ya ibu dan bapak. Ada
hal lain yang dapat saya
bantu untuk kepulangan
ibu?



Pasien: “Terima kasih ya
Sus. Baik.

**Perawat: “Sama-sama ibu
[pasien]. Kalau begitu saya
tinggal dulu ya. Semangat
terus ya Ibu Bapak
[pendamping]. Selamat**

istirahat.”



Contoh percakapan bila pasien dalam proses kepulangan dari rumah sakit:

“Sama-sama Ibu. Semangat selalu ya ibu dan bapak”



Salam dan senyum

Perawat: (Melakukan praktik higiene sanitasi)



Lakukan prosedur higiene tangan

PERMAINAN PERAN 5.1. MENYAPA KLIEN

Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak tiga orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien dan pendampingnya. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah enam peran perawat menurut Peplau!
2. Sebutkanlah fase-fase hubungan interpersonal perawat dan pasien!
3. Sebutkanlah ciri khas dari setiap fase pembentukan hubungan perawat dan pasien!

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam keperawatan*. Jakarta: BPPSDM Kementerian Kesehatan
- Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).
- Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). *Buku ajar keperawatan dasar* (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC
- Pieter, H.Z. (2017). *Dasar-dasar komunikasi bagi perawat*. Jakarta: Penerbit Kencana

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

Ilustrasi oleh Yosi Marin Marpaung dan Laura Marpaung

BAB 6

SENI MEWAWANCARA DALAM PENGAJIAN

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Menyelami, memaklumi, memahami. Menyingkap sekat kebingungan. Niscaya perlu, rekanku seperjalanan. Bantuku, agar ku dapat membantumu berjalan.

PENDAHULUAN

Apakah anda, keluarga, ataupun teman anda pernah merasa tidak puas bahkan jengkel dengan pelayanan di sebuah rumah sakit? Apakah masalah yang sering anda alami sebagai pasien/ pendamping pasien? Ya benar, salah satunya ketidakpuasan komunikasi oleh petugas medis. Masalah timbul karena ketidakpuasan informasi yang diberikan dan gestur saat berkomunikasi bahkan kesalahan ketika mengumpulkan data pasien. Salah satu cara mencegah terjadi permasalahan – permasalahan tersebut adalah dengan menerapkan komunikasi secara efektif, terampil dan jelas.

Perawat sebagai profesi kesehatan dituntut terampil dalam berkomunikasi efektif dan tepat sasaran menyampaikan informasi. Hal ini sangat penting dipahami sejak dini, karena komunikasi menjadi modal dasar untuk berinteraksi dengan orang lain, sarana penyampaian pesan dan senjata bagi tenaga medis untuk menimbulkan trust pasien. Ketika pasien merasa trust kepada tenaga medis khususnya perawat, maka proses pemberian asuhan maupun perawatan akan lebih mudah dilakukan sehingga pemulihan pasien juga lebih efektif.

Pada bab sebelumnya, anda telah memahami bahkan telah mampu mengenal diri sendiri dan orang lain, mendengar secara efektif dan menguasai fase komunikasi. Pada bab ini, anda akan dituntun menerapkan topik – topik tersebut ke dalam proses asuhan keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Setiap tahapan memiliki peranan penting, terkhusus tahap awal yaitu pengkajian.

Pengkajian menjadi pijakan dan langkah yang paling kritis dalam proses keperawatan. Karena apabila dalam langkah pengkajian ini tidak diselesaikan dengan cara berfokus pada pasien, perawat akan kehilangan kendali terhadap langkah proses keperawatan selanjutnya. Tanpa pengkajian keperawatan yang tepat, tidak akan diagnosis keperawatan yang berfokus pada klien, dan tanpa ada diagnosis yang tepat, tidak akan ada intervensi keperawatan yang berdasarkan bukti, mandiri, dan berfokus pada klien.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menguraikan prinsip, sikap, dan teknik seni berkomunikasi dalam pengkajian
2. Melakukan wawancara pada tahap pengkajian kepada klien dengan prinsip, sikap, dan teknik yang tepat

URAIAN MATERI

6.1. Pengkajian Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode sistematis untuk menilai, mendiagnosis, merencanakan, melaksanakan dan evaluasi keadaan pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga menjadi dasar pemecahaan secara ilmiah, dan menjadi dasar dalam praktik keperawatan. Proses tersebut harus dikerjakan secara ilmiah, rasional dan sistematis untuk menghasilkan kualitas asuhan keperawatan.

Pengkajian keperawatan adalah serangkaian proses sistematis yang menjadi dasar praktik keperawatan kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Perawat mengumpulkan informasi terkait status kesehatan pasien aktual maupun risiko dengan memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spritual. Tujuan kegiatan ini yaitu mengumpulkan, memperjelas dan mengkomunikasikan, menetapkan suatu *database* tentang respon klien terhadap perhatian pada kesehatan atau penyakit dan kemampuan untuk mengatur kebutuhan perawatan kesehatan.

6.2. Pengumpulan Data Pengkajian

Pada pengkajian dikenal data objektif dan data subjektif. Data objektif mencakup keseluruhan data yang dapat diukur, dinilai, diobservasi terkait keseluruhan kondisi pasien. Data subjektif merupakan opini pasien/ perasaan yang dialami pasien terkait kesehatannya.

Metode pengumpulan data pada tahap pengkajian dilakukan melalui tiga cara yaitu observasi, pemeriksaan dan wawancara. Ketiga cara tersebut digunakan agar data pendukung permasalahan pasien lengkap. Observasi dilakukan melalui pengamatan langsung kondisi pasien menggunakan alat indera (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman dan pengecap). Contohnya : Seorang perawat mengobservasi keluhan nyeri yang dirasakan oleh Tn. A (43 tahun) dengan diagnosa post *apendisitis*. Perawat melihat wajah pasien meringis kesakitan, memegang area lower abdomen dextra, dan mendengar rintihan pasien.

Pemeriksaan merupakan tindakan pengumpulan data menggunakan alat bantu medis. Pemeriksaan dapat berupa diagnostik, laboratorium dan fisik. Contoh : Seorang perawat melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital pasien menggunakan tensimeter, termometer, spigmomanometer, jam berdetik dan media skala nyeri. Dari hasil pemeriksaan didapati tekanan darah pasien 130/mmgHg, Suhu 37° Celsius, *respiratory rate* 24 kali/menit, *heart rate* 64 kali/ menit dan skala nyeri 4.

Wawancara merupakan sebuah kegiatan mengumpulkan informasi dengan menciptakan interaksi tanya jawab antar dua orang atau lebih. Contoh: Tn. A (43 tahun) masuk ke IGD RS M pukul 23.00 WIB. Pasien dibaringkan pada brankat di triase hijau. Perawat IGD akan datang ke tempat Tn.A dan bertanya beberapa hal kepada Tn. A dan keluarganya terkait keluhan kesehatan pasien.

6.3. Seni Mewawancara

”Pasien datang ke fasilitas kesehatan ibarat membawa selembar kertas. Kertas tersebut belum berisi coretan apapun. Dia berharap kertas tersebut akan diisi oleh berbagai tinta warna warni yang menggambarkan sebuah objek, memiliki arti, sehingga ketika pasien pulang; dia membawa kertas yang berbeda ketika datang / kertas itu diharapkan berisi coretan indah, berwarna dan mungkin layak diberikan bingkai untuk dipajang di rumah”

Kertas kosong tersebut itu akan bermakna ketika tim medis dan non medis menciptakan kesan dan pesan yang baik kepada pasien. Dan hal ini dapat dicapai, melalui komunikasi. Salah satu cara komunikasi melalui wawancara. Wawancara dalam keperawatan artinya menciptakan suatu seni penyampaian serangkaian pesan yang berkenaan dilakukan oleh perawat kepada pasien dengan tujuan pencapaian hasil keperawatan. Perawat menjadi profesi yang berada 24 jam bersama pasien, sehingga keberlangsungan proses perawatan akan bergantung penuh kepada perawat. Oleh karena itu, perawat harus mampu menciptakan suasana perasaan pasien nyaman dan aman.

Keberhasilan pengumpulan data di tahap pengkajian bergantung kepada keterampilan perawat menciptakan dialog yang komunikatif. Perawat perlu memahami dan mengingat kembali prinsip – psinsip dasar komunikasi ketika melakukan wawancara kepada pasien maupun keluarga.

Beberapa prinsip wawancara yang penting dipahami ketika melakukan pengkajian keperawatan, yaitu :

- a. **Perawat harus mengenal dirinya sendiri dan pasien.** Pasien dan perawat sebagai makhluk yang unik. Memiliki nilai, budaya, konsep diri yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Selain mengenal pasien dengan kebutuhan biopsikososikultural, pada prinsip ini, perawat juga harus bersifat profesional menilai pasien bukan sebagai objek yang hanya menerima asuhan, tapi pasien juga sebagai subjek yang ikut serta mengambil bagian dalam upaya pencapaian tujuan perawatan. Sebaiknya perawat, mengenal pasien terlebih dahulu melalui identitas awal pasien ketika masuk rumah sakit (misalnya KTP, catatan–catatan dari petugas medis sebelumnya). Selanjutnya perawat dapat bertanya terkait kondisi pasien, identitas pasien dengan lengkap, riwayat kesehatan saat ini, kesehatan masa lampau, keluarga dan sesuai kebutuhan informasi medis lainnya.
- b. **Perawat menunjukkan sikap terbuka, percaya dan menghargai.** Sikap terbuka dimulai dari motivasi dan inisiatif perawat ingin mengetahui kondisi pasien. Perawat datang tidak membawa setumpuk formulir dan bertanya kondisi pasien dengan tujuan formulir tersebut akan terisi penuh. Keterbukaan, kepercayaan dan penghargaan pasien dimulai dengan motivasi murni perawat.
- c. **Perawat harus menciptakan motivasi bagi pasien untuk terbuka akan kondisinya.** Tidak jarang pasien ragu menceritakan kondisinya secara nyata dan jelas. Maka seorang perawat harus mampu membuka komunikasi dengan pertanyaan–pertanyaan sederhana/kasual/sehari-hari seperti bertanya kabar pasien, asal daerah, makanan kesukaan, hobi, bagaimana kualitas tidurnya selama di rumah sakit dan sebagainya. Hal–hal sederhana akan menunjukkan bahwa perawat peduli dan tertarik (minat) kepada pasien.

- d. **Perawat berperan sebagai *role model* dan berpegang pada etika profesi.** Kesan pertama pasien sangat penting, karena akan menentukan keberlangsungan komunikasi selama perawatan. Pasien menilai apakah perawat tersebut menampilkan komunikasi dan tindakan yang profesional. Perawat harus mampu menunjukkan penampilan profesional dan melakukan praktik keperawatan dengan memperhatikan kode etik. Kode etik keperawatan yang perlu dipahami sejak dini, akan membantu perawat mendesain komunikasi ketika melakukan praktik keperawatan. Kode etik keperawatan sebagai berikut:
- 1) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
 - 2) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
 - 3) Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
 - 4) Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
- e. **Perawat bertanggung jawab kepada diri sendiri dan orang lain.** Perawat perlu mengingat bahwa segala informasi yang didapat dari pasien harus dijaga kerahasiaannya. Segala sesuatu informasi yang didapat dari pasien tidak untuk konsumsi umum. Pasien mempercayakan datanya, responnya bahkan mungkin hal-hal penting kepada perawat untuk mendukung kesembuhan.

Sikap perawat ketika melakukan wawancara kepada pasien adalah,

- a. **Santun.** Senyum, sapa dan sentuh. Menyebutkan kata sapaan yang sesuai dengan identitas pasien.
- b. **Berhadapan.** Posisi perawat dan pasien/keluarga sebagainya berhadapan. Hal ini akan membantu perawat memperhatikan bahasa non verbal pasien.
- c. **Sikap terbuka.** Perawat berhadapan dengan pasien, memposisikan pasien sebagai rekan bertukar informasi dua arah. Hindari posisi menekuk kaki ketika berdiri, memasukkan salah satu tangan/kedua tangan di kantong, melipat tangan atau memposisikan tangan ke belakang badan.
- d. **Mempertahankan kontak mata.** Kontak mata dapat menjadi media menilai keseriusan seseorang. Perawat harus mampu mengarahkan pasien melalui dialog–dialog agar pasien tetap menatapnya.
- e. **Membungkuk ke arah pasien.** Terkadang perlu membungkuk menghadap pasien. Hal ini dilakukan jika suara pasien terdengar kecil bahwa mempunyai keterbatasan untuk duduk tegak. Membungkuk ke arah pasien menunjukkan antusias perawat terhadap kebutuhan pasien.
- f. **Rileks dan fleksibel.** Seperti pernyataan awal sebelumnya, wawancara dalam keperawatan membutuhkan seni. Perawat harus mampu menilai situasi saat wawancara pasien. Menilai apakah pasien bersedia diwawancarai, apakah ketika wawancara berlangsung tiba–tiba pasien merasa tidak nyaman dan sebagainya. Perawat harus rileks dan fleksibel membaca situasi, dan mampu memodifikasi dialog. Tidak memaksakan formulir harus terisi saat itu.

Adapun beberapa teknik komunikasi dalam fase wawancara yang perlu diingat adalah:

- a. **Menanyakan pertanyaan yang berkaitan**

Ns. M : "Selamat pagi Ibu Ani, bagaimana kabar Ibu pagi ini?"

Pasien : "Pagi Sus. Kurang baik sus."

Ns. M : "Ohh kurang baik ya bu, tidurnya tadi malam bagaimana bu? Apakah nyeri yang ibu alami sangat mengganggu kualitas

tidur ibu?" (tujuan pertanyaan ini mengevaluasi kondisi pasien sekaligus keluhan nyeri yang dialami selama dirawat)

b. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Ibu A : "Kabar saya kurang baik pagi ini suster Mey, benar mungkin dikarenakan nyeri yang masih saya rasakan sepanjang malam suster

Ns. M : Iya ya bu (*sambil menganggukkan kepala*), kondisi ibu pagi ini kelihatan lesu karena kualitas tidur ibu terganggu akibat nyeri sepanjang malam. (*Ns. M sambil mendengarkan kondisi/respon balik dari Ibu A*)"

c. Mengklarifikasi dan memfokuskan ucapan pasien

Ns. M : Benar bu, kondisi ibu pagi ini kelihatan lesu karena kualitas tidur ibu terganggu akibat nyeri sepanjang malam.

d. Melakukan observasi bahasa verbal dan non verbal

Ns. M : Kalau boleh saya tau, kira2 diantara angka 1 – 10 nyeri yang ibu rasakan diangka berapa? (*sambil memperhatikan ekspresi Ibu A dan ucapannya*)

Ibu A : Di angka 5 suster, sakitnya seperti ditusuk (*wajah pasien meringis sambil menunjuk abdomen kanan atas yang nyeri*)

e. Menawarkan informasi

Ns. M : Ibu, karena nyerinya saat ini masih di skala 6 yang berarti kategori sedang. Bagaimana kalau saya mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri ibu? Apakah ibu bersedia? Waktu yang dibutuhkan sekitar 5 menit.

f. Menciptakan dialog secara berurutan

Ns. M : Selamat pagi.. Apa kabar Bapak/Ibu? Bagaimana tidurnya sepanjang malam?

Ibu A : Kabar baik suster. Tidurnya kurang nyenyak suster. Sekarang kepala saya pusing dan terasa berat.

Ns. M : Iya ya bu, Kelihatan wajah ibu lesu pagi ini, kurang bersemangat seperti biasanya. Izin, saya mengukur tekanan darah ibu terlebih dahulu. Tindakan ini

untuk memastikan kondisi ibu dan perencanaan terapi yang sesuai dengan keluhan ibu saat ini.

Ibu A : Baik suster, silahkan.. semoga hasilnya bagus ya suster

Ns. M : Amin bu, saya periksa dulu ya bu... (Ns. M mengukur tekanan darah) Ibu hasilnya 145/90 mmHg, pagi ini tekanan darah ibu lebih tinggi dari biasanya Hal ini dikarenakan nyeri yang ibu alami, dan tidur yang kurang berkualitas. Kalau begitu, saat ini ibu sebaiknya coba istirahat dulu ya, kalau mau ke toilet ibu tekan bell, agar saya ataupun perawat lainnya bisa membantu ibu ke toilet. Karena jika ibu beranjak dari tempat tidur tanpa bantuan, bisa beresiko jatuh melihat tekanan darah ibu tinggi dan keluhan pusing yang ibu alami.

Ibu A : Baik suster. Terima kasih

Ns. M : Baik ibu, saya izin dulu ya kembali melihat terapi ibu. Selamat istirahat (*sambil memasang penghalang tempat tidur dan meninggalkan ruangan pasien*)

g. Memberikan reward kepada pasien

Ns. M : Ibu, karena nyerinya saat ini masih di skala 5 yang berarti kategori sedang. Bagaimana kalau saya mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri ibu? Apakah ibu bersedia? Waktu yang dibutuhkan sekitar 5 menit.

Ibu A : Baik suster, saya bersedia.

Ns. M : Cara seperti ini ibu.. Saat ini saya mengatur posisi ibu dulu ya, saya beri 2 bantal di punggung ibu agar pernafasan ibu lebih rileks. Pertama, ibu lihat dan dengarkan ucapan saya terlebih dahulu. Kedua, ibu akan praktikkan sendiri. Saat ini ibu tarik nafas dari hidung dengan nafas panjang sambil menghitung dalam hati 1..2..3..4..5 tahan sejenak sekitar 3 detik lalu hembuskan nafas melalui hiung secara perlahan – lahan sambil menghitung kembali 1..2..3..4..5. Mudah kan bu? Sekarang ibu praktikkan..saya beri

aba..aba.. (pasien mempraktikkan).. wah bagus sekali bu..ibu mampu mempraktikkan dengan cara yang tepat dan benar. bagaimana perasaannya?

Ibu A : Mudah ya suster.. nyerinya jadi berkurang sedikit.
Benar ibu, teknik relaksasi nafas dalam baik dilakukan ketika ibu merasakan nyeri. Saya harap apa yang kita praktikkan hari ini, dalam ibu terapkan untuk mengatasi nyeri. Saya pamit dulu ya bu.

Ns. M : Terima kasih suster.

PERMAINAN PERAN 6.1. MENGENAL KLIEN

KASUS

"Ny. M (55 tahun) masuk ruang perawatan Melati di RS X. Pasien mengalami diaforesis (berkeringat berlebihan), sesak nafas dan pucat. Pasien berada di ruangan perawatan seorang diri, tidak didampingi oleh keluarga. Pasien berasal dari sebuah daerah terpencil di Sumatera. Dari identitas awal, pasien tidak mengetahui penyakitnya, statusnya menikah dan berpendidikan Sekolah Dasar".

Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak dua orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi.

Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah prinsip berkomunikasi dalam pengkajian keperawatan!
2. Sebutkanlah teknik-teknik yang harus dikuasai oleh perawat dalam melakukan komunikasi pada fase pengkajian!

DAFTAR PUSTAKA

- Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezehgne, D., & Teklay, H. (2017). A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Nurs*, 16: 54.
- Jannah, M. (2019). Metode Pengumpulan Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan. Diunduh 17 Agustus 2019, pukul 23.00 WIB melalui <https://doi.org/10.31219/osf.io/c5dvt>
- Potter, Patrician Ann, and Anne Griffing Perry, eds. *Fundamental of nursing*. Mosby, 20025.
- Pieter, H.Z. (2017). *Dasar – dasar komunikasi bagi perawat*. Jakarta: Prenada Media.
- Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). *Buku ajar keperawatan dasar* (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC.

BAB 7

KOMUNIKASI PADA USIA ANAK

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Bagimu rekan seperjalananku. Yang matanya sedang tak binar hari ini. Tubuh yang kecil tak lantas membuatmu luput dari perhatianku. Sampaikanlah. Aku berharap panjang dan penuh ria perjalananmu di dunia.

PENDAHULUAN

Seringkali anak tidak dilibatkan dalam proses komunikasi di dalam pelayanan kesehatan. Padahal, rasa percaya dari anak juga perlu diraih untuk memudahkan penerimaan dan kepatuhan terhadap perawatan dan pengobatan. Meningkatnya partisipasi anak juga akan mendukung keberhasilan upaya promotif dan preventif pada kelompok anak. Oleh sebab itu, keterampilan komunikasi pada usia anak sangat diperlukan. Komunikasi pada anak adalah keterampilan yang kompleks dan akan berkembang seiring dengan pengalaman. Namun, terdapat prinsip dan teknik yang dapat menjadi strategi komunikasi pada anak mengikuti ciri khas perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial pada anak, sesuai rentang usianya. Hari ini, Anda akan belajar mengenai hal tersebut dan diajak mencoba berbagai strategi tersebut dalam komunikasi.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menyebutkan kelompok usia perkembangan anak
2. Menguraikan beberapa karakteristik penting dalam perkembangan anak
3. Menguraikan prinsip komunikasi pada anak
4. Menyebutkan strategi komunikasi pada anak sesuai usia
5. Melakukan proses komunikasi perawat-pasien anak dan keluarganya pada setiap fase dengan tepat sesuai usia

URAIAN MATERI

7.1. Perkembangan Usia Anak

Pertumbuhan dan perkembangan pada usia anak berlangsung dengan cepat. Usia perkembangan anak dapat dibagi menjadi 5 kelompok usia. Berikut ini akan diuraikan kelompok usia anak beserta dengan beberapa karakteristik yang penting untuk diketahui pada setiap tahapannya (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

- a. **Bayi (*infant*) adalah kelompok anak berusia 0-1 tahun (neonatus dihitung sejak usia 0-28 hari)**



Gambar 7.1. Bayi baru lahir dan anak pada usia satu tahun

Tabel 7.1. Sekilas karakteristik perkembangan anak usia bayi
PERKEMBANGAN FISIK

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">● Bayi baru lahir (0-28 hari) memiliki sistem termoregulasi dan imunitas yang belum matang, pemenuhan glukosa perlu diperhatikan, serta sensitif terhadap rasa nyeri.● Terdapat perilaku refleks yang khas misalnya refleks moro, darwinian, rooting, dan babinski.● 3/4 waktu dalam sehari atau sekitar 18 jam digunakan untuk tidur.● Indra sentuhan dan pendengaran sensitif dan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

berkembang lebih awal (bahkan sejak dari kandungan).

- Indra penglihatan berkembang secara progresif sejak lahir mulai dari mampu melihat warna hitam, putih, abu-abu saat lahir, mulai dapat membedakan terang dan gelap dan hanya dapat melihat objek dengan jarak dekat 20-30 cm dari wajahnya pada usia 2 minggu, dapat mengikuti objek yang bergerak terkhusus berwarna pekat pada usia 2-4 bulan, mengenali wajah pengasuh dan dapat melihat spektrum warna dengan baik pada usia 5-8 bulan, sampai dengan mengkordinasikan mata dan tangan untuk mengambil benda atau memegang benda pada usia 9-12 bulan.
- Mengenali bau dan suara ibunya.
- Menyukai rasa dan bau manis serta material dan lingkungan yang hangat dan tenang.
- Dapat melakukan kegiatan motorik sederhana seperti berguling, duduk, mengambil sesuatu.

PERKEMBANGAN KOGNITIF

- Berada pada tahap sensorimotor (Piaget).
- Banyak belajar mengenai lingkungan sekitar lewat penggunaan indra dan kemampuan motorik.
- Mulai dapat belajar melalui pengalaman masa lalu.
- Belum memahami sebab-akibat dan sudut pandang orang lain.
- Mulai mencapai konsep permanensi objek yakni pemahaman bahwa objek tetap ada meskipun tidak dapat disaksikan.
- Mulai melakukan pengulangan tindakan yang memberikan efek menyenangkan.

PERKEMBANGAN BAHASA

- Berada pada tahapan pralinguistik yakni menangis, menggumam, mengoceh atau berceloteh, mengimitasi suara tanpa memahami maknanya.
- Mulai mengenal nama.
- Mulai menghubungkan suara dengan makna.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN EMOSI

- Memasuki tugas perkembangan percaya versus tidak

percaya (Erik Erikson). Bila anak menemukan bahwa orang lain dapat dipercaya, maka akan menimbulkan virtue yakni hope (harapan). Anak mengembangkan salah satu kekuatan hidup yakni memiliki harapan.

- Dapat kecewa bila yang dikehendaki tidak terjadi.
- Pada usia 6 atau 8 bulan mulai muncul kecemasan perpisahan, berada di dekat orang asing, atau situasi yang baru.
- Lebih tenang dengan suara, sentuhan, dan berada bersama dengan orang yang terdekat.
- Dapat menyampaikan rasa tidak suka atau tidak nyaman lewat unsur suara (biasanya menangis) dan gestur tubuh yang kaku.

b. Batita (*toddler*) adalah kelompok anak berusia 1-3 tahun



Gambar 7.2. Anak usia batita

Tabel 7.2. Sekilas karakteristik perkembangan anak usia batita

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none">● Indra penglihatan, pendengaran, sentuhan, pengecap dan pembau dalam kondisi yang baik.

- Dapat melakukan kegiatan motorik kasar yang lebih kompleks misalnya melompat, memanjat, berjalan .

PERKEMBANGAN KOGNITIF

- Berada di tahap akhir sensorimotor dan masuk ke tahapan transisi ke fase praoperasional (Piaget).
- Melakukan pengulangan tindakan yang memberikan efek menyenangkan.
- Dapat menyatakan ingatan akan objek atau tingkah laku tertentu melalui simbol-simbol.
- Egosentris yakni merasa bahwa orang lain memiliki perspektif seperti dirinya atau sulit memahami cara pandang orang lain terhadap sesuatu.

PERKEMBANGAN BAHASA

- Mengeluarkan kata-kata dan kalimat pendek dan sederhana.
- Menghasilkan gestur atau isyarat yang bermakna.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN EMOSI

- Memasuki tugas perkembangan otonomi versus rasa malu dan ragu (Erik Erikson). *Virtue* yang diharapkan adalah *will* (kemauan). Apabila anak menemukan dirinya dapat berada di dalam lingkungan yang memberikan otonomi bagi anak, kekuatan untuk percaya diri dan memiliki kekuatan keinginan akan berkembang.
- Mulai muncul dorongan untuk mandiri, memiliki kendali, mencoba ide dan preferensi.
- Mulai menggunakan fantasi dalam bermain.
- Lebih tenang di dekat pengasuhnya dan terkadang cemas dengan perpisahan.

- c. Anak prasekolah (*preschool age*) adalah kelompok anak berusia 3-6 tahun



Gambar 7.3. Anak usia prasekolah

Tabel 7.3. Sekilas karakteristik perkembangan anak usia prasekolah

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none">• Indra penglihatan, pendengaran, sentuhan, pengecap dan pembau dalam kondisi yang baik.• Aktivitas motorik kasar semakin berkembang dan lebih kompleks misalnya memanjat, melompat-lompat, meluncur, dsb.• Aktivitas motorik halus semakin berkembang dan kompleks misalnya melepas baju, mencuci tangan, mewarnai, menggambar, dsb.• Kebutuhan tidur 10-12 jam dalam sehari.• Fenomena enuresis (mengompol).
PERKEMBANGAN KOGNITIF
<ul style="list-style-type: none">• Berada pada tahap praoperasional (Piaget).• Penggunaan simbol-simbol seperti angka-angka, gambar-gambar, dan kata-kata yang dilekatkan pada makna tertentu terlihat kuat.

- Menyukai sesuatu yang visual.
- Perkembangan empati.
- Masih fokus pada sudut pandangnya.
- Penggunaan logika sebab akibat belum matang sehingga dapat mengaitkan dua kejadian yang muncul berdekatan dalam sebab dan akibat.
- Memori mengenai rasa nyeri dapat masuk ke dalam ingatan episodik dan ingatan otobiografis yaitu ingatan jangka panjang, bersifat pribadi, dan spesifik sehingga berpotensi mengakibatkan kecemasan dan meningkatkan sensitifitas nyeri ketika mengalami hal yang sama di masa depan.

PERKEMBANGAN BAHASA

- Mengeluarkan banyak pertanyaan.
- Penguasaan kosakata progresif dan cepat.
- Dapat membentuk kalimat-kalimat yang cukup panjang baik berbentuk pernyataan atau pertanyaan dan cerita-cerita yang panjang.
- Belum dapat merasionalisasikan urutan perintah yang lebih dari satu langkah.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN EMOSI

- Memasuki tugas perkembangan inisiatif versus rasa bersalah (Erik Erikson). *Virtue* yang diharapkan adalah *purpose* (tujuan). Apabila anak diberikan lingkungan yang mengizinkannya untuk mencoba dan mengeksplorasi hal baru, anakan akan mengembangkan tujuan dan ambisi.
- Ingin mencoba melakukan hal-hal baru sendiri.
- Mulai mengenal rasa bangga, malu, rasa bersalah.
- Melihat diri bagian dari keluarga dan mulai dapat mendeskripsikan diri dan keinginan untuk konsep diri.
- Mulai muncul perilaku prososial dan membayangkan perasaan senang, sedih.
- Saudara kandung sebagai sahabat, teman bermain, dan muncul konflik-konflik mengenai kepemilikan.
- Orang tua sangat penting bagi anak.

- Muncul ketakutan-ketakutan yang didorong fantasi dan sering tidak nyata.
- Dapat muncul kondisi temper tantrum.

d. Anak usia sekolah (*school-age children*) adalah kelompok anak berusia 6-12 tahun



Gambar 7.4. Anak usia sekolah

Tabel 7.4. Sekilas karakteristik perkembangan anak usia sekolah

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none"> ● Pertumbuhan fisik tidak secepat sebelumnya. ● Permasalahan kesehatan fisik yang penting adalah kurang buah dan sayur, higienisitas rendah, cedera, masalah gigi, kurang istirahat.
PERKEMBANGAN KOGNITIF
<ul style="list-style-type: none"> ● Masih berada pada tahap praoperasional (usia 6 tahun) namun mulai masuk ke tahap operasional konkret (7-12 tahun) (Piaget). ● Orientasi pada nasihat dan aturan.

- Kurang dapat memahami manfaat untuk jangka panjang dan masa depan.
- Egosentrisme berkurang.
- Mulai dapat menemukan strategi belajar yang efektif.
- Strategi *mnemonic* (alat bantu eksternal, pengulangan, pengorganisasian, dan elaborasi) dapat digunakan untuk membantu edukasi.

PERKEMBANGAN BAHASA

- Mampu mengeluarkan kalimat yang semakin kompleks dengan kata kerja yang semakin kaya, namun belum cukup mampu menggunakan kalimat pasif dan menggunakan pengandaian dan konjungsi.
- Mulai mengerti kiasan dan perumpamaan.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN EMOSI

- Memasuki tugas perkembangan produktif versus inferioritas (Erik Erikson). *Virtue* yang diharapkan adalah *competence* (kompetensi). Jika anak dapat mengerjakan pekerjaan dengan cukup baik, anak akan mengembangkan kemampuan untuk sungguh dalam mengerjakan dan menyelesaikan sesuatu.
- Muncul dorongan untuk belajar hal-hal baru terutama sesuatu yang dimengerti anak sebagai hal yang dia dapat kuasai.
- Hubungan dengan teman sebaya yang umumnya satu gender, tinggal berdekatan, atau satu sekolah sangat penting.
- Dapat muncul gangguan emosional antara lain gangguan perilaku disruptif seperti ODD (membangkak, tidak patuh, permusuhan, mudah marah) dan ADHD (sulit berkonsentrasi, impulsif, dan hiperaktif) ; gangguan kecemasan misalnya fobia sekolah, fobia sosial; dan depresi.
- Beberapa anak dapat memiliki resiliensi menghadapi stres yang dapat dibangun lewat hubungan keluarga, hubungan di luar keluarga, dan kemampuan sosial dan kognitif anak.

- e. Anak remaja (*teenagers*) adalah kelompok anak berusia 12-18 tahun



Gambar 7.5. Anak usia remaja

Tabel 7.5. Sekilas karakteristik perkembangan anak usia remaja

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat perubahan hormonal dimana terjadi kematangan ciri seks primer (fungsi reproduksi) dan sekunder (payudara, rambut kemaluan, rambut ketiak, perubahan suara, otot, dan lain-lain). • Beberapa isu kesehatan yang penting pada remaja adalah kurang aktivitas fisik, masalah tidur, diet tinggi kolesterol, lemak, dan karbohidrat, narkoba, merokok, depresi, higienisasi diri, permasalahan citra tubuh.
PERKEMBANGAN KOGNITIF
<ul style="list-style-type: none"> • Perkembangan otak pada lobus frontalis (korteks prefrontal) mencapai kematangan paling akhir (usia 23-25 tahun) oleh sebab itu remaja masih belum matang dalam fungsi berpikir tentang masa depan, merencanakan, <i>problem-solving</i>, membuat keputusan,

<p>kontrol emosi, kontrol perilaku, dan menunda gratifikasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terjadi peningkatan mielinisasi atau proses pembentukan selubung saraf sehingga proses menangkap informasi dapat lebih cepat. • Kapasitas ingatan semakin besar dan dapat menyimpan informasi-informasi deklaratif, prosedural, konseptual dalam jangka panjang. • Berada pada tahap operasional formal (Piaget) sehingga dapat berpikir abstrak, membuat dan menguji hipotesis, mendalami karya seni dan sastra, punya idealisme.
<p>PERKEMBANGAN BAHASA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menggunakan konjungsi dengan lebih baik. • Dapat berdiskusi hal-hal abstrak. • Mengembangkan kosakata baru yang mencerminkan identitas pergaulan remaja
<p>PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN EMOSI</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Memasuki tugas perkembangan identitas versus kebingungan identitas (Erik Erikson) sehingga membuat remaja dapat mengalami krisis identitas, mencoba hal-hal baru untuk menguji minat dan kemampuan. <i>Virtue</i> yang diharapkan adalah <i>fidelity</i> (kesetiaan). Anak yang dapat menemukan identitas akan mengembangkan kekuatan untuk menerima, memiliki keyakinan, dan percaya diri dalam menjalani peran. • Waktu bersama keluarga menurun. • Waktu bersama kelompok sebaya meningkat dan muncul hubungan romantis. • Pengaruh kelompok sebaya dapat muncul dengan kuat. • Amigdala dan hipotalamus pada otak sedang berkembang sehingga remaja cenderung <i>moody</i> dan dapat memunculkan ledakan emosi.

7.2. Strategi Komunikasi Pada Rentang Usia Anak

Terdapat prinsip-prinsip umum yang perlu diingat oleh perawat dalam membangun komunikasi pada anak. Pertama,

perawat perlu menyadari kehadiran anak dan membina hubungan percaya dengan anak. Pelibatan partisipasi anak dalam komunikasi perlu diraih. Pada anak-anak yang belum atau tidak dapat menyuarakan secara lisan kebutuhannya, maka komunikasi lewat elemen-elemen non-verbal, atau dengan simbol dan tulisan dapat ditonjolkan. Komunikasi yang aktif dan efektif pada anak harus dilakukan sesuai dengan perkembangan usia anak. Kemudian, perawat harus senantiasa membina hubungan saling percaya dengan orangtua atau pengasuh anak lewat pemberian informasi secara aktif, edukatif, dan bersifat advokatif sesuai kebutuhan. Oleh sebab itu, penguasaan kompetensi terkait beragam indikator dan parameter sehat pada anak sesuai usianya harus dimiliki oleh perawat. Selanjutnya, perawat harus berkolaborasi dengan orangtua dalam asuhan keperawatan dan mengajak orangtua menginformasikan segera pada perawat bila ada tanda masalah yang muncul pada anak yang sedang sakit. Kebutuhan anak sakit harus dipenuhi segera. Apabila terdapat tindakan orang tua atau anggota keluarga atau pengasuh yang dinilai dapat membahayakan kesehatan anak, perawat harus mau dan mampu melakukan edukasi dan persuasi dengan tetap menghormati beragam pendekatan keluarga pada anak.



Gambar 7.6. Pelibatan anak dan keluarga dalam proses komunikasi

1. Komunikasi Pada Anak Usia Bayi dan Batita

Strategi komunikasi pada rentang usia bayi dan batita perlu disesuaikan dengan perkembangannya baik fisik, kognitif, maupun psikososialnya. Pada tahap ini, tujuan komunikasi secara umum adalah menghilangkan kecemasan dan stres pada anak dengan penggunaan moda non-verbal yang lebih ditonjolkan.

Strategi komunikasi yang secara khusus perlu diperhatikan pada anak usia 0-1 tahun, diuraikan sebagai berikut:

- a. Perhatikan *pralinguistic speech* pada bayi seperti menangis, menggemam, berceloteh, dan mengimitasi adalah bentuk komunikasi. Menangis sendiri dapat berarti lapar, marah, sakit, atau frustrasi.
- b. Komunikasi sesuai perkembangan indra.
 - **Taktil.** Gunakan moda komunikasi non-verbal lewat sentuhan sebagai indra pertama yang berkembang pada bayi. Karena kulit bayi yang sensitif, maka perhatikan cara yang dilakukan saat menyentuh. Perawat dapat mengelus, mengayun dengan pelan, mengusap atau memijat dengan lembut untuk memberi rasa nyaman dan rileks.
 - **Olfaktori dan gustatori.** Bayi mengenal bau ibunya. Maka, libatkan ibu dalam pemberian asuhan keperawatan. Selain itu, bayi juga menyukai dan tenang dengan bau dan rasa manis (ASI dirasa manis oleh bayi). Oleh sebab itu, dalam pemberian obat misalnya, perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk memungkinkan pemberian obat setelah atau saat menyusui, menyesuaikan rasa obat, atau penggunaan jus buah. Disisi lain, bayi tidak menyukai rasa pahit, asam, dan bau menyengat. Sehingga bilamana tidak memungkinkan menghadirkan bau dan rasa yang ramah bagi anak, familiarisasi anak terlebih dahulu dengan bau dan rasa yang muncul tersebut baik yang mungkin datang dari material atau instrumen atau ruang

perawatan. Terakhir, karena bayi dapat terkejut dan kurang nyaman dengan penggunaan material logam yang dingin, maka gunakan sendok plastik atau spuit dalam pemberian obat oral.

- **Auditori.** Bayi menyukai suara dan detak jantung ibu. Maka, libatkan suara ibu dan dekapan ibu sebagai tanda kehadiran yang membuat rasa rileks pada bayi. Selain itu, perawat juga dapat menggunakan parentese atau permainan intonasi pada anak. Permainan nada ini akan menarik atensi anak untuk fokus pada lawan bicaranya. Pastikan tetap menggunakan volume yang lembut saat berbicara dengan bayi. Hindarkan bayi dari dentuman dan suara keras yang akan memunculkan rasa khawatir dan tangis pada bayi.
 - **Visual.** Berkomunikasi pada jarak dekat dengan bayi. Sesuaikan jarak dengan perkembangan visualnya. Pada bayi baru lahir, jarak harus dekat sekitar 20-30cm dari wajah bayi. Selanjutnya, jika ingin membuat pengalaman yang menyenangkan bagi bayi, perawat dapat meletakkan objek/mainan dengan warna pekat dan terang dengan pinggiran yang lekuk dan objek mainan dengan suara pada jangkauan visual bayi.
- c. Ketahui lebih dari satu metode distraksi nyeri (manajemen nyeri non-farmakologi) pada anak termasuk di antaranya menyusui, menaruh anak di dekapan orang tua, memperdengarkan anak dengan musik yang menyenangkan, memberi anak mengisap dot, memainkan mainan favorit, memberi selimut favorit, memperlihatkan buku bersuara atau gambar bergerak.
 - d. Memasuki usia 6 bulan atau 8 bulan, umumnya anak lebih cepat cemas saat berpisah dengan orangtua/pengasuh dan dengan kehadiran orang asing. Sehingga, saat situasi anak sakit, pastikan terdapat kehadiran orangtua/pengasuh ada dekat/terlihat oleh anak.
 - e. Pada anak yang tidak dalam kondisi kritis atau penurunan kesadaran, mulai pemeriksaan dari bagian yang paling

nyaman yakni mulai dari kaki, perut, dada, kemudian area kepala (*toe-to-head*).

Strategi komunikasi yang secara khusus pada anak usia 1-3 tahun, diuraikan sebagai berikut:

- a. Bangun hubungan percaya dengan anak. Jangan datang hanya saat pemeriksaan/tindakan saja. Perawat perlu meluangkan waktu untuk datang dan bercengkrama singkat dengan anak agar anak merasa perawat adalah seorang yang menyenangkan bukan menakutkan.
- b. Bicara pada jarak mata yang setara pada anak dan bila perlu jongkok bila anak sedang berdiri.
- c. Jauhkan alat-alat medis dari pandangan anak. Gunakan alat-alat tersebut hanya saat diperlukan atau dibutuhkan.
- d. Pemberian pesan pada anak adalah pendek, sederhana, dan jelas.
- e. Mulai pemeriksaan dari bagian yang paling nyaman yakni mulai dari kaki, perut, dada, kemudian area kepala (*toe-to-head*).
- f. Izinkan anak membawa benda yang disukainya misalnya selimut, boneka, dan mainan lain untuk membuatnya merasa aman, terutama saat situasi yang menegangkan.
- g. Gunakan 'permainan khayalan' untuk mengenali dan mengurangi kecemasan anak pada prosedur pemeriksaan dan tindakan keperawatan. Perawat dapat melakukan simulasi tindakan keperawatan pada boneka milik anak atau menggunakan dirinya sendiri dan pendamping anak dalam sebagai simulasi. Dengan cara seperti ini, pemeriksaan yang dilakukan tidak akan terlalu menegangkan bagi anak. Sebagai contoh, saat pemeriksaan pernapasan, perawat dapat 'pura-pura' terlebih dahulu memeriksa ibu dari anak. Selanjutnya, meminta izin kepada anak untuk memeriksa anak. Atau, perawat melanjutkan memberikan kesempatan bagi anak bergantian memeriksa ibunya, yang diakhiri dengan meminta izin anak agar bergantian dengan dirinya melakukan hal yang sama pada anak.
- h. Tawarkan pilihan untuk memberi anak kontrol dan kemandirian. Hal ini dapat dilakukan misalnya dengan cara menanyakan

“Apakah adik ingin dipasang di jempol kiri atau jempol kanan?”. Hindari bertanya pertanyaan, “Apakah adik mau dipasang alat ini?”.

- i. Memberi *reward* anak saat berhasil melalui proses pemeriksaan dan tindakan. Penghargaan ini dapat diberikan pada anak lewat pujian atau hadiah berupa material berwarna dan bergambar seperti *stiker* atau kertas bergambar. Makanan sehat juga dapat menjadi pilihan.
- j. Ajak anak mengenal perilaku sehat dan tidak sehat dengan melibatkan indra atau fungsi sensorik dan motoriknya. Misalnya untuk memperkenalkan makanan sehat, makanan sehat dapat disajikan *colorful* dan pengalaman makan dibuat lebih menyenangkan.
- k. Pada anak yang tidak dalam kondisi kritis atau penurunan kesadaran, pemeriksaan dapat dilakukan dalam urutan *toe-to-head*.



Gambar 7.7. 'Permainan khayalan' untuk menurunkan kecemasan anak

2. Komunikasi Pada Anak Usia Prasekolah

Strategi komunikasi pada rentang usia prasekolah perlu disesuaikan dengan perkembangannya baik fisik, kognitif, maupun psikososialnya. Pada tahap ini, komunikasi ditujukan untuk menurunkan kecemasan, menggali gejala, dan perasaan tidak nyaman pada anak, dan fungsi edukatif.

Berikut adalah beberapa strategi yang dapat diterapkan antara lain:

- a. Gunakan pesan yang sederhana dan jelas dengan kalimat aktif.
- b. Hindari mengejek dan mempermalukan anak.
- c. Posisikan diri pada kontak mata yang sejajar dengan anak. Bila perlu jongkok bila anak dalam posisi berdiri.
- d. Untuk menggali aspek kognitif dan emosi anak, perawat dapat mengeksplorasi anak menggunakan hal yang familiar dan pengalaman yang menyenangkan bagi anak. Misalnya, perawat dapat mengajak anak bermain, menggambar, dan mewarnai. Sebagai contoh dengan menggambar, anak dapat diminta untuk menggambarkan apa yang ada di pikirannya mengenai suatu tindakan keperawatan.
- e. Manfaatkan arena bermain, berjalan, dan bergerak di area perawatan anak untuk menurunkan ketegangan anak terhadap lingkungan fasilitas kesehatan.
- f. Libatkan anak berpartisipasi mengambil tanggung jawab perawatan dan hygiene diri, di antaranya misalnya mengganti pakaian, menggosok gigi, mencuci tangan, makan secara mandiri, dsb.
- g. Maklumi dan dukung anak mengatasi rasa takutnya misalnya mendengar suara petir, berada di dalam kegelapan, kecemasan berpisah dgn orangtua, dan lain-lain.
- h. Berikan respon positif saat anak menunjukkan pakaian, mainan, atau benda-benda kesukaannya.
- i. Perawat menggunakan *scrub* atau atribut lainnya yang menarik dan ramah bagi anak dan instrumen medis yang digunakan oleh anak dapat ditemplei sesuatu yang bergambar atau memang di desain khusus untuk anak-anak.

- j. Beri *reward* yang terlihat dan dapat disentuh (*tangible*) dan berikan pujian kepada pasien anak sesaat setelah anak berhasil melewati prosedur. Hindari berlambat-lambat dalam memberikan penghargaan bagi anak.
- k. Gunakan kegiatan menggambar, membaca buku cerita bergambar, atau mendongeng dengan boneka saat ingin melakukan edukasi.
- l. Di dalam edukasi, tunjukkan manfaat langsung yang diterima anak dari melakukan perilaku sehat (sebelum-sesudah). Misalnya, tunjukkan gigi yang kotor dan gigi yang bersih setelah menyikat gigi.
- m. Gunakan strategi *modelling* aktif dan interaktif misalnya
 - Contoh 1: Untuk meningkatkan konsumsi makanan sehat, perawat dapat berkolaborasi dengan orangtua/pengasuh dengan meminta mereka melakukan persuasi lewat memakan dan menikmati makanan sehat di depan anak sambil berkata dengan antusias, “Wow, mangganya enak sekali!” atau ”Sedapnya makanan mama ini!”.
 - Contoh 2: Untuk menurunkan kecemasan pasien anak dengan pemeriksaan, perawat dapat mengajak pasien anak bermain “*Tell-Show-Do*”.
- n. Perawat dapat mempelajari beberapa bentuk manajemen nyeri non-farmakologi pada anak usia prasekolah antara lain:
 - Memperkenalkan anak dengan instrumen medis dan prosedur dengan melakukan permainan khayalan.
 - Melakukan teknik distraksi (misalnya bernyanyi, memperdengarkan musik, menonton video anak-anak, dan lain-lain).
 - Memberi kesempatan anak memilih, misalnya ingin duduk di kursi atau duduk di pangkuan orangtua/pengasuh.
 - Mengizinkan anak untuk memegang selimut atau mainan favoritnya.
 - Mengatakan *pain-denying feedback* misalnya “Dinda hebat, tidak menangis, dan tidak merasa terlalu sakit” (Bruck et al., 1995).

- o. Apabila perawat ingin memberikan instruksi, maka kalimat perintah lebih dari satu harus sesuai urutan sebab anak prasekolah sulit melogika kalimat perintah lebih dari satu langkah. Misalnya perawat meminta anak bernama Ana agar makan terlebih dahulu baru kemudian boleh bermain kembali, maka kalimat “Dik Ana, kamu boleh kembali bermain setelah makan dulu”, bisa diartikan bahwa perawat meminta bermain dulu baru kemudian makan. Sebaiknya ganti kalimat menjadi ”Dik Ana, kamu mandi dulu baru boleh main kembali ya”.
- p. Oleh karena perilaku prososial mulai berkembang pada usia ini, maka komunikasi yang berasal dari teman seusia dapat didorong untuk mendukung anak yang sedang sakit.

3. Komunikasi Pada Anak Usia Sekolah

Strategi komunikasi pada rentang usia sekolah perlu disesuaikan dengan perkembangannya baik fisik, kognitif, maupun psikososialnya. Pada tahap ini komunikasi ditujukan untuk menurunkan kecemasan, menggali informasi dari anak mengenai gejala dan ketidaknyamanan, mendorong partisipasi anak dan kepatuhan anak, dan fungsi edukatif.

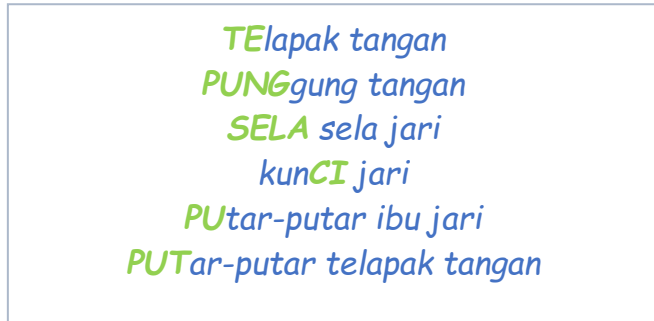


Gambar 7.8. Edukasi kesehatan dengan menggunakan properti yang ramah anak

Berikut adalah beberapa strategi yang dapat diterapkan antara lain:

- a. Gunakan pesan yang sederhana, jelas, dan gunakan kosakata sederhana yang biasanya digunakan oleh anak-anak. Dan, sebaiknya gunakan kalimat aktif bukan pasif. Misalnya, "Kamu harus menyikat gigi sebelum tidur." bukan "Sebelum tidur, gigi harus disikat oleh kamu".
- b. Familiarisasi diri dengan isu-isu yang kerap menjadi permasalahan kesehatan anak usia sekolah misalnya terkait nutrisi dan diet, higiene diri, kecukupan tidur, pencegahan cedera, dan lain-lain.
- c. Nasihat "sehat itu penting untuk masa depan" tidak begitu dimengerti oleh anak usia sekolah. Maka, perawat perlu mengajak orangtua untuk membuat aturan yang jelas, sistem *reward* atas perilaku patuh dan bentuk konsekuensi atas perilaku tidak patuh terhadap aturan untuk perilaku sehat dan perilaku terkait perawatan dan pengobatan yang disepakati dengan anak. Misalnya, perawat dapat meminta orang tua membuat jadwal tidur, mandi, sikat gigi, minum obat, dan lain-lain.
- d. Perawat menggunakan *scrub* atau atribut lainnya yang menarik dan ramah bagi anak.
- e. Beri *reward* yang terlihat dan dapat disentuh (*tangible*) dan berikan pujian kepada pasien anak sesaat setelah anak berhasil melewati prosedur. Hindari berlambat-lambat dalam memberikan penghargaan bagi anak.
- f. Perumpamaan dan kiasan yang dapat dimengerti anak dapat digunakan dalam proses komunikasi untuk tujuan persuasi.
- g. *Modelling* dan strategi *mnemonic* (jembatan keledai) sudah dapat mulai digunakan dalam edukasi.
- h. Pada anak dengan harga diri rendah dan demotivasi akibat sakit jangka panjang atau cedera hebat yang berakibat cacat fisik, perawat dapat memberikan dukungan dengan cara sebagai berikut
 - Menemukan dan meyakinkan anak akan potensi dirinya.

- Mengizinkan suasana dimana anak dapat tetap dapat berelasi dengan teman, belajar, dan mengembangkan diri.
- Mengizinkan dukungan dari keluarga besar bahkan relawan peduli anak.
- Mengkomunikasikan pada orang tua agar merujuk anak pada psikolog anak.



Gambar 7.9. Contoh mnemonic saat mengajarkan anak cuci tangan pakai sabun



Gambar 7.10. Komunikasi pada jarak mata yang sejajar dengan anak

4. Komunikasi Pada Anak Usia Remaja

Strategi komunikasi pada rentang usia remaja perlu disesuaikan dengan perkembangannya baik fisik, kognitif,

maupun psikososialnya. Komunikasi verbal pada tahap ini dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan, menggali informasi mengenai gejala dan ketidaknyamanan, mendorong partisipasi dan kepatuhan, fungsi edukatif, dan membuat keputusan bersama.

Berikut adalah beberapa strategi komunikasi yang dapat diterapkan pada anak remaja antara lain:

- a. Berkomunikasi dengan gaya bersahabat, tidak menghakimi, tidak otoriter, menghargai privasi remaja dan dapat menjaga rahasia pasien remaja (sepanjang tidak membahayakan remaja tersebut).
- b. Hindari kontak mata hanya tertuju penuh kepada orang tua/pengasuh tanpa sesekali melihat pada anak remaja.
- c. Berkomunikasilah dengan anak remaja. Izinkan pula mereka untuk berpartisipasi dalam pembuatan tujuan dan pengambilan keputusan yang dituntun bersama dengan orangtua atau pengasuh.



Gambar 7.11. Pentingnya menyadari keberadaan klien remaja dalam proses komunikasi

- d. Memaklumi berbagai kosakata remaja yang merepresentasikan identitas pergaulan remaja yang unik pada eranya seperti *gaje*, *santuy*, *kuy*, *mantul*, dll yang banyak terdengar akhir-akhir ini.

- e. Memaklumi emosi yang berubah-ubah oleh karena sistem limbik remaja yang sedang berkembang.
- f. Kuasai berbagai pengetahuan terkait isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan remaja misalnya terkait isu diet tinggi karbohidrat, lemak, kolesterol dan rendah serat, gangguan citra tubuh, penggunaan obat-obatan terlarang, perilaku merokok, depresi, kurang aktivitas fisik, masalah kesehatan reproduksi, dan lain-lain.
- g. Oleh karena pemrosesan informasi lebih cepat terjadi pada anak usia remaja (mielinisasi meningkat) dan perkembangan kosakata yang sudah lebih luas, maka edukasi relatif lebih mudah dilakukan. Namun, remaja dapat saja lebih kritis dalam bertanya sehingga perlu bersiap untuk menjawab berbagai pertanyaan terkait 'apa', 'mengapa' dan 'bagaimana' dari anak remaja. Perawat juga perlu memastikan dirinya bahwa bahwa informasi yang ia berikan jelas, akurat, dan relevan bagi anak.
- h. Penyusunan pesan bisa berupa konsep abstrak misalnya menghubungkan kebersihan gigi dengan interaksi sosial pada teman sebaya.

Contoh Dialog Komunikasi Pada Rentang Usia Anak

DESKRIPSI SINGKAT MENGENAI ANAK

Inisial pasien	: An. Jenny Santoso
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 5 tahun
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Mentari, No. 8, Jakarta Barat
Penyakit	: Suspek DHF
Keluhan	: Demam tinggi, lemas
Tanggal MRS	: 5 Maret 2020
Jam MRS	: 23.00 WIB
Nama pendamping	: Ny. Ratna Pribadi
Hubungan dengan pendamping:	Orangtua pasien

FASE PRAINTERAKSI

6 Maret 2020 (07.00 WIB)

1. Menelaah kembali data pasien yang tersedia
2. Menentukan rencana pertemuan dan menyusun strategi pelaksanaan komunikasi
3. Menyiapkan pemahaman mengenai penyakit dan keluhan pasien
4. Menelaah diri, mempersiapkan mental, menentukan batasan, dan mengingat prinsip hubungan terapeutik
5. Mempersiapkan alat dan membersihkan alat

FASE ORIENTASI

Perawat : *(Mencuci tangan, mengetuk pintu, kemudian masuk)* "Selamat pagi ibu. Pagi adik."

Pendamping : "Selamat pagi sus"

Perawat : *(Salam welas asih, mengarahkan kontak mata pada orangtua dan pasien, tersenyum)* "Perkenalkan bu, dik, nama saya Suster Ana Maria. Ibu dan adik bisa panggil saya Suster Ana. Hari ini saya yang akan merawat putri ibu mulai pukul 07.00 pagi sampai dengan pukul 2 siang nanti. *(Menunjuk ke gelang identitas pasien)* Boleh dibantu nama lengkap putri ibu dan tanggal lahirnya? Saya perlu mencocokkan dengan data kami, agar tidak ada kesalahan dalam proses keperawatan."

Pendamping : "Boleh sus."

Perawat : "Baik, sebentar ya dik" *(menyentuh dengan lembut lengan pasien, melihat gelang identitas pasien dan mencocokkan dengan dokumen pasien)*

Pendamping : "Nama anak saya Jenny Santoso, tanggal lahirnya 15 Maret 2013."

Perawat : "Siap. Sudah sesuai ya bu. *(Mengarahkan kontak mata ke pasien kemudian pendamping, tersenyum)* Boleh saya tahu nama panggilan akrab putri bu?"

Pendamping : "Biasa di rumah kami panggil dia, kakak Jenny"

	sus. Kebetulan putri saya ini anak sulung. Sudah punya adik usia dua tahun. Jadi kami sering panggil dia kakak Jenny. Dia juga senang dipanggil begitu.”
Perawat	: ”Baik. Kalau ibu bagaimana? Sebaiknya saya panggil apa?”
Pendamping	: ”Panggil saya, Bu Ratna saja sus.”
Perawat	: ”Siap (<i>Mengarahkan pandangan ke pasien yang berada dalam keadaan pucat, menunjukkan ekspresi empati dan menyentuh kening pasien</i>) Hai kakak Jenny. Ini suster Ana. Apa kabarnya kak? Bagaimana kondisinya kak pagi ini?”
Pendamping	: ”Ayo kak Jen, gimana nak masih sakit?” (<i>tersenyum</i>)
Pasien	: (<i>Diam sejenak kemudian mengangguk</i>)
Perawat	: (<i>Menunjukkan ekspresi wajah empati</i>) sepertinya masih lemas ya bu dan kulitnya juga masih terasa hangat. Adik merasa sakit kepala? (<i>Menunjuk kearah kepala</i>)
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)
Perawat	: Bagaimana tidurnya tadi malam bu?”
Pendamping	: ”Ya sus, tadi malam tidurnya sempat gelisah.”
Perawat	: (<i>Diam sejenak</i>)
Pendamping	: ”Saya sempat lari-lari panggil suster tadi malam dan syukurlah suster langsung bergerak cepat. Suster bilang itu karena suhu tubuhnya yang tinggi.”
Perawat	: (<i>Menunjukkan ekspresi wajah empati ke arah pendamping</i>) ”Dari wajah ibu, ibu terlihat letih.”
Pendamping	: (<i>Sambil mengelus rambut pasien</i>) ”Ya sus. Saya tidak bisa tidur. Tapi tidak apa demi anak saya.”
Perawat	: ”Sabar ya bu. (<i>Memandang pendamping dan memandang dengan empati</i>). Bagaimana makan paginya hari ini?”
Pendamping	: ”Syukurlah dia bisa makan sus. Makanannya habis. Dari kemarin makannya dikit. Tapi pagi ini bisa habis, tadi saya kasih pelan-pelan”

Perawat	: ”Syukurlah. Bagus bu. Kita sama-sama berdoa untuk kesembuhan putri ibu ya. Ada beberapa anak yang pernah datang kesini dengan kondisi yang sama dan dapat pulang dalam keadaan sehat (<i>Tersenyum</i>). Baik, saya akan coba periksa suhu tubuh putri ibu pagi ini, untuk melihat perkembangannya ya. Saya juga akan mengukur kembali denyut nadi, tekanan darah, dan laju pernafasan kakak Jenny. Pemeriksaan sekitar 10-15 menit dan akan dilakukan sembari putri ibu berbaring disini. Apakah ibu bersedia?”
Pendamping	: ”Baik silahkan sus”
FASE KERJA	
Perawat	: ”Sebelumnya bu, apakah putri ibu pernah menunjukkan tanda-tanda kecemasan dengan alat-alat pengukuran yang saya bawa disini?”
Pendamping	: ”Saya belum pernah lihat sus. Kemarin alat-alat ini juga dipakai, namun posisinya anak saya memang sedang sangat terlelap tidurnya sampai tidak terbangun. Jadi, saya belum tahu reaksinya kalau pas bangun gini. Namun di rumah saya sering menggunakan alat termometer ini. Mungkin untuk alat yang ini dia belum familiar.” (<i>menunjuk ke stetoskop, spigmomanometer, dan pulse oxymeter</i>)
Perawat	”Baik terima kasih bu informasinya. (<i>Mengecek infus kemudian, mencuci tangan menyejajarkan mata dengan pasien</i>) Kak Jenny yang cantik dan hebat (<i>Tersenyum</i>), suster Ana mau ukur panasnya dulu ya. Nah, nanti suster pakai ini (<i>Menunjukkan termometer yang belum dikeluarkan dari wadah</i>). Suster nanti akan taruh di ketiak kakak seperti ini (<i>Memeragakan ke diri sendiri</i>). Ditahan sebentar disini. Nanti ada bunyi ’bibiiipp’. Berarti sudah selesai. Mudah kan? (<i>Tersenyum</i>) Nah suster taruh ya?”
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)

Perawat	: (Mencuci tangan dengan alkohol, melakukan prosedur pengukuran suhu, setelah prosedur dilakukan menatap pasien secara sejajar) "Nah, kak Jenny hebat sekali! Suster minta kak Jenny untuk menahan sebentar ya seperti ini. Bu Ratna, mohon dibantu agar termometer tetap menempel ya bu"
Pendamping	: "Baik suster"
Perawat	: (Mempersiapkan pulse oxymeter) "Kak, suster Ana juga punya ini. Nanti alat ini akan suster taruh di jari Kak Jenny seperti ini untuk mengukur denyut nadi kakak. Nah, nanti saat ditempelkan akan bercahaya di jarinya kakak saat dihidupkan seperti ini (Memeragakan ke tangan pendamping)"
Pasien	: "Mama sakit?"
Pendamping	: "Enggak nak. Tidak ada lah rasa sakit. Tidak ada rasa apa-apa" (Tersenyum sambil menunjukkan jarinya)
Perawat	: (Membersihkan alat) "Kak Jenny mau juga suster taruh?"
Pasien	: (Pasien menangguk dan memberikan jarinya dan melakukan prosedur pengukuran denyut nadi)
Perawat	: "(Kontak mata sejajar dengan pasien) Nah, bercahaya kan! Kak Jenny, suster kasih tugas supaya alatnya tidak lepas ya. Bisa?"
Pasien	: (Mengangguk)
Pendamping	: "Ayo bilang 'bisa suster Ana' begitu nak"
Pasien	: "Bisa suster Ana!"
Perawat	: "Haha, terimakasih Kak Jenny yang hebat. Baik, sepertinya suster sudah bisa ambil alat di jari kakak. (Membaca hasil) Ok, syukurlah hasilnya baik ya di 110 denyut per menit berada pada batas normal ya bu. (Termometer berbunyi). Wah termometernya sudah berbunyi (Tersenyum). Suster lepas ya. (Membaca hasil) suhunya 37.6 derajat celcius sudah mulai turun dari tadi malam"

	ya kak bu. Namun memang masih diatas normal. Seharusnya sekitar 36.67 – 37 derajat. Namun ini hasil yang baik. Kita terus monitor ya. Obat penurun panas masih kita berikan dan jumlah cairan harus terpenuhi (<i>Tersenyum kepada Jenny dan pendamping</i>)
Pendamping	: ”Syukurlah sus. Baik sus.”
Perawat	: ”Sekarang, suster akan coba untuk ukur laju pernafasannya ya. Kak Jenny, suster punya alat ini. Kakak mau pegang?
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)
Perawat	: (<i>Memberikan stetoskop ’mainan’ kepada anak</i>) Nah suster akan memakainya seperti ini, Kak Jenny juga bisa pakai seperti ini (<i>memeragakan dibantu oleh pendamping</i>). Nanti suster akan menaruh di bagian sini untuk mendengarkan suara di dalamnya (<i>menunjuk ke bagian dada pasien</i>). Kakak mau mendengarkan suara di suster dulu?
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)
Perawat	: ”Ok. (<i>Mengarahkan stetoskop mainan anak ke perawat dan membiarkan anak mendengarkan sesuatu</i>) Kakak bisa mendengarkan sesuatu?
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)
Perawat	: ”Suster boleh gantian mendengar suara di dalam Kak Jenny?”
Pasien	: (<i>Mengangguk</i>)
Perawat	: (<i>Melakukan prosedur pengukuran laju pernapasan</i>) ”Baik sudah selesai ya. Laju pernafasan 20 kali per menit dalam rentang yang normal. Nah terakhir Kak, suster Ana punya alat ini (<i>menunjukkan spigmomanometer</i>). Boleh suster pasang di tangan Kak Jenny? Nanti alatnya bisa peluk tangan kak Jenny sebentar. Kak Jenny mau coba?
Pasien	: ”Mau sus”
Perawat	: ”Oke. Suster masukkan ya. (<i>Memasang</i>

	<i>spigmomanometer</i>). Nah suster akan pakai ini lagi (<i>memperlihatkan stetoskop</i>) untuk mendengarkan suara di dalam ya.”
Pasien	: (<i>Mengangguk sambil melihat tangannya</i>)
Perawat	: (<i>Melakukan prosedur pemeriksaan tekanan darah</i>) ”Hasilnya juga baik ya kak, bu. 110/70. Suster sangat senang. Beri tos dulu Kak!”
Pasien	: (<i>Memberikan 'tos' kepada perawat</i>)
Perawat	: (<i>Tertawa</i>)
FASE TERMINASI	
Perawat	: ”Nah sudah selesai ya. Karena Kak Jenny sudah berhasil hari ini, suster kasih stiker tempel ya. Suster akan tempel di sini (<i>menunjukkan sticker board</i>). Kakak mau pink atau biru?
Pasien	: ”Mau yang pink!”
Perawat	: ” Baik.” (<i>menempelkan stiker di lengan anak</i>)
Pasien	: ”Hore!”
Perawat	: (<i>Tersenyum</i>) ”Baik, secara garis besar dari pemeriksaan tanda-tanda vital, kondisinya cukup baik. Namun, harus dimonitor terus dan obat penurun panas tetap kita berikan. Nanti saya akan kembali lagi ya bu bersama dengan dokter untuk mendiskusikan lebih lanjut mengenai hasil pemeriksaan laboratorium dan hal-hal yang perlu dilakukan. Ada yang ingin ditanyakan bu?”
Pendamping	: ”Belum ada sus. Terima kasih banyak suster” (<i>Tersenyum</i>)
Perawat	: ”Dengan senang hati, bu (<i>Tersenyum</i>). Kak Jenny, suster tinggal dulu ya. Nanti suster ke sini lagi. Oke?”
Pasien	: ”Iya suster.” (<i>Tersenyum</i>)
Perawat	: ”Iya (<i>Tersenyum</i>). Ibu, nanti kalau ada sesuatu yang perlu bisa memanggil kami dengan tombol di samping tempat tidur ya. Saya pamit dulu, selamat istirahat ya.

KOMUNIKASI DALAM PROSES KEPERAWATAN PADA KLIEN RENTANG USIA ANAK

PERMAINAN PERAN 7.1. KOMUNIKASI PADA ANAK

LIHAT KASUS DIBAWAH. Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak tiga orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien dan pendampingnya. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI

Inisial pasien : An. A

Nama : Ana

Jenis kelamin : Perempuan

Umur: 7 tahun (5 Mei 20..)

Pekerjaan : -

Agama : Katolik

Pendidikan : -

Alamat domisili : Jl. ABCD, Jakarta Selatan

Alamat KTP : -

Nama pendamping : Ibu Blandi

Alamat domisili : Jl. ABCD, Jakarta Selatan

Alamat pendamping : Jl. ABCD, Jakarta Selatan

Pekerjaan pendamping : Guru

Hubungan dengan pasien : Ibu pasien (30 tahun)

Diagnosa medik : Diare akut

Tanggal & waktu MRS : 29 Juni 20...; 20.00 WIB

Keluhan utama MRS: Lemah, demam, anak rewel, haus, buang air lebih dari 6 kali encer berlendir tanpa darah, tidak nafsu makan

TTV MRS : TD: 100/60; S:38.7°C, N:100 kali/menit; RR: 20 kali/menit

Kondisi hari ini

Hari ini tanggal 1 Juli 2021, seluruh TTV pada anak sudah normal, anak terlihat ceria, keluhan sudah tidak ada. Dokter menyatakan anak dapat pulang hari ini. Namun, orangtua tidak memahami pencegahan diare, agar kasus ini tidak berulang. Anda akan merawat pasien dari pukul 07.00-14.00 WIB untuk pertama kalinya.

Tujuan komunikasi

Mempersiapkan keputungan pasien ke rumah, memberikan edukasi kepada orang tua dan anak terkait pencegahan diare.

I. FASE PRAINTERAKSI

- *Tuliskan apa yang perlu dilakukan pada fase prainteraksi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
- *Tuliskan apa yang akan anda lakukan pada fase kerja dan terminasi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
-

II. FASE ORIENTASI

Tuliskan dialog pada fase orientasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

III. FASE KERJA

Tuliskan dialog pada fase kerja dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

IV. FASE TERMINASI

Tuliskan dialog pada fase terminasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah pengelompokan rentang usia anak!
2. Uraikanlah setidaknya tiga karakteristik penting dalam perkembangan anak pada setiap rentang usianya.
3. Sebutkanlah minimal lima prinsip komunikasi pada setiap rentang usia anak.
4. Buatlah satu dialog yang dapat memperlihatkan penggunaan minimal lima strategi komunikasi pada usia anak!

DAFTAR PUSTAKA

- Bruck, M., Ceci, S. J., Francoeur, E., & Barr, R. (1995). "I hardly cried when I got my shot!" Influencing children's reports about a visit to their pediatrician. *Child Development*, 66(1), 193-208.
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (1999). Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 481.
- Ginsburg, K. R. (2001). Setting the stage for effective communication with the adolescent patient. *CommonHealth: The Journal of the American International Health Alliance*, 9(1), 25-27.
- Newton, J. T., & Harrison, V. (2005). The cognitive and social development of the child. *Dental update*, 32(1), 33-38.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). Human development: Perkembangan manusia buku 1. *Jakarta: Salemba Humanika*.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). Human development: Perkembangan manusia buku 2. *Jakarta: Salemba Humanika*.

Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

Freepik.com

Pixabay

Los Muertos Crew on Unsplash

Arr N on Unsplash

Jonathan Borba from Pexels

Julia M Cameron from Pexels

BAB 8

KOMUNIKASI PADA RENTANG USIA DEWASA

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Bagimu rekan seperjalananku. Yang sementara meninggalkan tugasmu, citamu, dan cintamu. Yang tubuhnya tidak lagi cepat berlari atau melompat tinggi. Kuberharap harapan dan keberanian selalu mengiringi jalan lekuk ini.

PENDAHULUAN

Kelompok dewasa sering ditandai dengan ciri kemandirian dan kematangan sehingga seringkali disebut sebagai kelompok yang kompeten, untuk memutuskan bagi dirinya layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Meskipun demikian, semakin bertambahnya peran dan tanggung jawab pada orang dewasa membuat masa dewasa bagi sebagian orang sebagai masa yang penuh tantangan, apalagi saat kehadiran penyakit mulai muncul di masa-masa yang tidak diduga. Faktor ekonomi, peran gender, ekspektasi sosial, keberadaan dukungan sosial dapat membuat menentukan keputusan terkait kesehatan menjadi mudah atau malah menjadi rumit.

Komunikasi pada usia dewasa yang memperhatikan keseluruhan aspek perkembangan usia dewasa menjadi penting. Misalnya, munculnya penuaan yang salah satunya ditandai dengan menurunnya fungsi-fungsi tubuh membuat perawat perlu untuk menyesuaikan teknik komunikasi yang sesuai. Pada bab ini, anda akan diajak memahami secara singkat ciri perkembangan yang penting pada usia dewasa, prinsip umum dalam berkomunikasi pada usia dewasa, sekaligus mencoba berbagai strategi tersebut dalam komunikasi pada pasien dewasa.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menyebutkan beberapa ciri penting perkembangan pada usia dewasa
2. Menguraikan prinsip umum komunikasi pada usia dewasa
3. Menyebutkan strategi komunikasi pada usia dewasa muda, madya, dan lanjut
4. mempraktikkan proses komunikasi perawat-pasien dewasa pada setiap fase dengan tepat dan mengaplikasikan strategi komunikasi sesuai perkembangan usia

URAIAN MATERI

8.1. Perkembangan Usia Dewasa

Rentang usia dewasa adalah rentang yang paling panjang dalam kehidupan manusia. Usia dewasa dapat diklasifikasikan menjadi tiga periode yaitu dewasa awal/dewasa muda (20-40 tahun), dewasa tengah/dewasa madya (40-60 tahun), dan dewasa akhir/dewasa lanjut (>60 tahun). Menjadi dewasa seringkali diidentikkan dengan kematangan, kemandirian, bertambahnya tanggung jawab, dan penurunan fungsi tubuh secara gradual. Berbagai ciri khas perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial pada usia dewasa akan mempengaruhi strategi komunikasi pada rentang usia dewasa. Berikut diuraikan beberapa karakteristik tersebut menurut (Papalia, Olds, & Feldman, 2013).

- a. Dewasa awal atau sering disebut dewasa muda adalah kelompok dewasa berusia 20-40 tahun



Gambar 8.1. Usia dewasa awal identik dengan tanggung jawab baru

Tabel 8.1. Sekilas karakteristik perkembangan dewasa muda

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none">● Secara umum kondisi fisik sangat fit dan sehat.● Kemampuan melihat, mengecap, membau masih sangat tajam.● Sensitivitas terhadap sentuhan, nyeri, dan suhu masih baik.● Kemampuan mendengar perlahan-lahan mulai menurun semakin bertambahnya usia.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL

- Tahap perkembangan psikososial yakni intimasi vs isolasi (Erikson). Apabila mampu menjalin komitmen pribadi dengan orang lain maka terbentuk intimasi. Apabila tidak mampu menjalin hubungan erat dengan orang lain maka akan menjadi pribadi yang terisolasi dan terpaku pada diri sendiri.
- Membutuhkan beragam ekspresi intimasi antara lain memiliki persahabatan, cinta, dan hubungan seksualitas yang baik.
- Memerlukan hubungan yang kuat, stabil, dekat, penuh perhatian, dan terbuka.

b. Dewasa tengah atau dapat disebut dewasa madya adalah kelompok dewasa berusia 40-60 tahun



Gambar 8.2. Kelompok dewasa tengah biasanya mulai merasakan dengan nyata berbagai penurunan fungsi fisik

Tabel 8.2. Sekilas karakteristik perkembangan dewasa tengah

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none">● Ketajaman penglihatan mulai menurun.● Kemampuan mendengar secara berkesinambungan menurun dan paling progresif dialami pada usia 50 tahun.● Kemampuan mengecap dan membau mulai menurun.● Sensitivitas terhadap sentuhan dan nyeri mulai menurun.● Kemampuan menoleransi rasa nyeri mulai menurun.● Penuaan dan perubahan penampilan mulai terlihat lebih jelas.● Kepadatan tulang, fungsi-fungsi organ, termoregulasi, respon imunitas, reproduksi, dan kualitas tidur mulai menurun.
PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL
<ul style="list-style-type: none">● Tahap perkembangan psikososial yakni generativitas vs stagnasi (Erikson). Apabila mendapat peluang membangun, membimbing, mempengaruhi generasi berikutnya maka akan merasa diri 'hidup'. Apabila tidak aktif membangun, membimbing, mempengaruhi generasi berikutnya, maka akan merasa diri 'tidak hidup'. Generativitas yang dimaksud antara lain biologis (mengandung, melahirkan anak), orangtua (mengasuh, membesarkan anak), teknis (mengajar beragam keterampilan), dan budaya (menularkan budaya).● Menyesuaikan diri untuk memperlakukan anak sebagai orang dewasa● Berada pada kondisi dimana anak-anak mulai perlahan meninggalkan rumah.● Mulai mendapatkan peran baru mengasuh dan merawat orangtua yang lanjut usia.

- c. Dewasa akhir atau sering disebut dewasa lanjut atau kelompok lanjut usia (lansia) adalah kelompok dewasa berusia lebih dari 60 tahun



Gambar 8.3. Usia lanjut identik dengan hilangnya beragam peran

Tabel 8.3. Sekilas karakteristik dalam perkembangan dewasa akhir

PERKEMBANGAN FISIK
<ul style="list-style-type: none"> ● Kemampuan melihat dan mendengar semakin menurun. ● Kualitas tidur semakin menurun dimana tidur lebih sedikit, terbangun lebih mudah, atau muncul kesulitan tidur yang dapat menyebabkan stres atau depresi ● Sensitivitas terhadap suhu lebih tinggi terutama pada suhu dingin. ● Kekuatan, keseimbangan tubuh, refleks menurun sehingga risiko jatuh lebih besar. ● Fungsi-fungsi organ semakin menurun cepat. ● Dapat muncul masalah yang berhubungan dengan memori antara lain pada kelompok yang mengalami demensia atau alzheimer.
PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL
<ul style="list-style-type: none"> ● Tahap perkembangan psikososial yakni integritas diri vs keputusasaan (Erikson) apabila hasil penilaian mengenai

diri sendiri positif, dapat menerima jalan kehidupan sebelumnya positif, dapat menerima realita 'kematian' maka akan muncul integritas diri yakni merasa hidup bermakna, tidak ada penyesalan, tidak menguatkirkan hal-hal didepan. Apabila sebaliknya, hasil evaluasi diri dan hidup negatif maka akan muncul keputusan.

- Muncul isu kehidupan setelah pensiun, kekhawatiran untuk hidup sendiri, kehilangan orang-orang terdekat.
- Membutuhkan strategi koping untuk mengatasi berbagai stres.
- Membutuhkan peran dan menjadi bermanfaat bagi sekitar.
- Membutuhkan kesejahteraan spiritual yang baik dan peran agama menjadi penting (terutama di Indonesia) untuk bertahan hidup, sejahtera batin, dan puas dalam hidup.
- Hubungan yang dekat dengan pasangan, sesama saudara kandung dapat meningkatkan rasa bahagia (sekaligus kemungkinan kesedihan yang teramat dalam saat kehilangan).

Pada dewasa, perkembangan kognitif berada pada tahap operasional formal (Piaget). Kelompok dewasa dapat berpikir abstrak, membuat dan menguji hipotesis, mendalami karya seni dan sastra, dan punya idealisme. Dibandingkan remaja, fungsi-fungsi eksekutif seperti merencanakan, berinisiatif, dan pengorganisasian dapat dilakukan dengan lebih baik. Dewasa juga dapat berpikir reflektif dengan lebih baik, yakni melakukan pertimbangan yang cermat akan bukti dan implikasi suatu hal secara terus-menerus. Selanjutnya, dewasa mampu menghadapi ketidakpastian dan berkompromi, mendefinisikan masalah menggunakan pengalaman masa lalu, intuisi, perasaan, dan logika, dan membuat solusi yang logis.

Selain itu. pada usia dewasa kecerdasan kristal terus meningkat sementara kecerdasan cair menurun perlahan. Kecerdasan cair menurun menandakan kemampuan dewasa memecahkan masalah baru yang belum pernah dialami atau

dilihat sebelumnya relatif lebih sulit. Sementara kecerdasan kristal yang meningkat menandakan dewasa lebih mudah mengingat dan menggunakan informasi yang dilihat dan sudah dipelajari untuk memahami masalah, menimbang, membuat solusi, mengorganisasi, dan mengeksekusinya.



Gambar 8.4. Penurunan fungsi pendengaran dan penglihatan pada masa tua dapat menghambat komunikasi

8.2. Strategi Komunikasi Pada Usia Dewasa

Prinsip-prinsip umum melakukan komunikasi pada kelompok usia dewasa yang perlu diperhatikan. Pertama, untuk komunikasi terapeutik yang berhasil, perawat perlu senantiasa membina hubungan percaya dengan pasien dan keluarganya, melakukan kolaborasi dengan pasien dan keluarganya, menunjukkan sikap positif, hormat, dan penerimaan, dan berikan dukungan yang kontinu. Di dalam berkomunikasi, perawat harus selalu memperhatikan komunikasi non-verbalnya. Penampilan, suara, sikap tubuh dan langkah, dan elemen lainnya harus menunjukkan sikap melayani dan menunjukkan profesionalisme. Perawat juga perlu melatih diri dengan beragam teknik-teknik mendengarkan aktif. Keterampilan ini akan sangat bermanfaat digunakan dalam proses komunikasi terapeutik yang dilakukan pada usia dewasa ini. Melalui teknik mendengarkan aktif, upayakan dapat mengenali pasien untuk mengetahui kekuatan, tantangan, dan kepribadian pasien. Selanjutnya, perkembangan fisik yang terjadi pada rentang usia dewasa juga dapat mempengaruhi proses komunikasi. Hindari istilah atau jargon medis saat berkomunikasi dengan klien. Misalnya, pada usia lanjut, fungsi penglihatan yang menurun dapat

membuat pasien tidak dapat membaca dengan jelas tulisan yang kecil. Oleh sebab itu, perawat perlu memastikan tulisan lebih besar dan dapat dibaca dengan jelas oleh pasien usia lanjut. Dengan kata lain, perawat harus memperlengkapi diri dengan berbagai perubahan fisik yang terjadi sesuai perkembangan fisik usia dewasa. Termasuk dalam hal ini, perawat harus menguasai isu-isu kesehatan yang sering berhubungan dengan rentang usia dewasa. Penyakit yang umum terjadi pada usia dewasa (misalnya, demensia, depresi, penyakit-penyakit degeneratif), termasuk yang sering terjadi di wilayahnya dan faktor-faktor risiko yang sering dikaitkan harus dikuasai oleh perawat.



Gambar 8.5. Perawat menawarkan diri untuk mendoakan pasien sambil tetap memperhatikan latar belakang kepercayaan dan budaya pasien

Perawat juga dapat memberikan dukungan untuk kesejahteraan spiritual pasien. Perawat dapat menawarkan diri berdoa bersama pasien dan keluarganya, mengizinkan akses pada konten spiritual atau bantuan spiritual dari luar, mengkoneksikan pasien dengan alam/lingkungan terbuka, atau hal lain yang dinilai sebagai kebutuhan spiritual dari pasien. Pelajari pula teknik konseling, teknik memberitahu berita buruk, komunikasi dalam

situasi dan emosi yang sulit. Terakhir, perawat dapat mendorong dan mempertemukan pasien dengan lingkaran dukungan sosial sebaya, bila diperlukan untuk memotivasi pasien menghadapi penyakitnya.



Gambar 8.6. Dukungan rekan sebaya penting bagi kelompok lanjut usia

Strategi komunikasi khusus dewasa akhir. Berikut adalah teknik-teknik yang perlu diperhatikan dalam melakukan komunikasi pada rentang usia dewasa akhir atau usia lanjut.

- a. Lansia bukan anak-anak, hindari pendekatan verbal dan non verbal seperti kepada anak-anak (*patronizing*).
- b. Panggil pasien dengan hormat layaknya kepada orang dewasa dengan penggunaan bapak atau ibu.
- c. Pastikan penerangan yang baik tersedia dan cahaya ruangan tidak mengganggu.

- d. Hindari sinar atau cahaya menerpa wajah yang dapat membuat pasien tidak dapat melihat kita dengan baik.
- e. Berbicara dalam jarak yang cukup dekat dan nyaman.
- f. Berbicara dengan volume normal (tidak terlalu pelan dan tidak kencang).
- g. Berbicara dengan tempo normal (tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat).
- h. Sabar, luangkan waktu lebih, dan tidak lekas kesal apabila pasien lansia belum dapat mendengar dan memahami apa yang anda sampaikan.
- i. Hindari berbicara dalam kerumunan atau ruang yang berisik.
- j. Tulisan pada media apapun usahakan dicetak / ditulis lebih besar.
- k. Tanyakan apakah lansia membutuhkan alat bantu untuk berkomunikasi. Usahakan lansia dapat mengakses alat bantu tersebut (sediakan bila memungkinkan). Pastikan kacamata, lensa pembesar, alat bantu dengar, atau alat bantu jalan yang dimiliki klien ada pada posisi yang terjangkau atau posisi yang dikenali dengan baik oleh klien.
- l. Komunikasikan kepedulian lewat hal-hal sederhana yakni:
 - Memastikan makanan dan minuman hangat
 - Cek apakah suhu ruangan nyaman
 - Selimut terpasang
 - Baju tidak basah/lembab dan cukup hangat
 - Cek apakah tidur nyaman
 - Pastikan penanda risiko jatuh terpasang
- m. Komunikasikan setiap prosedur mengenai pemeriksaan, pembedahan, pengobatan secara lengkap. Luangkan waktu lebih saat menjelaskan instruksi, prosedur pemeriksaan, pembedahan, pengobatan, dan lain-lain.
- n. Libatkan pasien berpartisipasi dalam membuat keputusan secara mandiri sesuai kebutuhan. Persetujuan (consent) sebelum segala tindakan adalah penting. Hargai keputusan dan sudut pandang pasien.
- o. Dorong lansia untuk menyalurkan potensi baik lansia ke dalam kegiatan yang positif dan bermakna.
- p. Dalam edukasi dan penyampaian informasi:

- Minimalkan hal-hal yang dapat mendistraksi penerimaan informasi pada pasien. Sebelum menyampaikan informasi pastikan klien dan lingkungan dalam kondisi yang siap.
- Lebih baik lakukan sesi edukasi di pagi hari sekitar pukul 9-12 pagi. Hindari sesi edukasi di sore dan malam hari dimana energi klien telah menurun.
- Fokus pada “informasi yang perlu” disampaikan untuk mencegah arus informasi yang terlalu banyak diterima oleh pasien usia lanjut.
- Untuk tujuan pemeliharaan kesehatan, utamakan terlebih dahulu agar klien dapat mengingat “perilaku yang diinginkan” daripada “perilaku yang dihindari”. Contoh, saat ingin mengedukasi klien dengan penyakit jantung, perawat dapat lebih menonjolkan berbagai pilihan makanan yang sehat bagi jantung dari pada memberitahukan lebih intens pada klien berbagai pilihan makanan yang dilarang.
- Untuk pesan yang bersifat instruksional, gunakan pesan yang konkrit bukan abstrak. Misalnya, saat memberikan edukasi terkait manajemen hipertensi, hindari menyampaikan ”jaga tekanan darah agar selalu normal”. Sebaiknya sampaikan ”periksa tekanan darah paling sedikit satu kali seminggu di Puskesmas”.
- Gunakan media visual dan cues yang dapat memudahkan lansia mengingat informasi yang diberikan.
- Hindari memberikan poin-poin pembelajaran yang panjang dalam satu waktu. Amati juga respon non-verbal lansia sepanjang proses penyampaian informasi. Apabila pasien terlihat lelah sudahi sesi edukasi.
- Hindari jargon medis yang dapat membingungkan pasien. Perhatikan latar belakang pasien pada fase pra-interaksi untuk mempersiapkan diri dan menyesuaikan isi informasi dengan pasien.
- Pada akhir sesi edukasi, perawat dapat mengulangi kembali beberapa informasi yang esensial atau yang penting untuk diingat oleh pasien.

- Minta pasien untuk mengulang pesan yang disampaikan untuk menilai pemahaman pasien akan informasi yang telah diberikan perawat.
- Berikan pasien bahan atau materi esensial yang dapat ia atau keluarganya pelajari kembali di rumah. Materi dapat disiapkan sebelum atau sesudah sesi edukasi. Sesuaikan desain dengan usia dewasa akhir.

KOMUNIKASI DALAM PROSES KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM TUBUH

PERMAINAN PERAN 8.1. KOMUNIKASI PADA USIA DEWASA

LIHAT KASUS DI BAWAH. Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak dua orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI

Kasus

Inisial pasien : Tn.M

Nama : Martinus Watimena

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 70 tahun (2 Januari 19...)

Pekerjaan : Pedagang Pasar Tradisional

Agama : Kristen Protestan

Pendidikan : SMP

Alamat domisili : Jl. ABCD, Bekasi Timur

Alamat KTP : Jl. XYZ, Alor

Nama pendamping : -

Alamat pendamping : -

Hubungan dengan pasien : -

Diagnosa medik : Diabetes melitus tipe 2

Tanggal & waktu MRS : 1 Juli 20.., 10.00 WIB

Keluhan utama MRS : Pusing, sesak, penglihatan berkunang-kunang, dan agak demam

TTV MRS : TD: 150/95; N: 120 kali/menit; S: 37.0 °C; RR:23 kali per menit

Hasil pemeriksaan penunjang : Gula Darah Sewaktu (GDS) 370mg/dl HbA1c 6.5%

Riwayat penyakit: Diabetes sejak 2010

Kondisi hari ini

Hari ini (2 Juli 20..), keluhan Tn. M sudah berkurang, namun Tn. M masih merasakan sedikit pusing dan lemas. Anda akan merawat pasien sampai pukul 21.00 WIB. Pasien mengeluhkan lemas, pusing, tidak nyaman di dada dan tinggal jauh dari keluarga.

Tujuan komunikasi

Mendapatkan data TTV terkini, mengubah posisi pasien agar dapat lebih nyaman bernafas, dan memberikan dukungan.

I. FASE PRAINTERAKSI

- *Tuliskan apa yang perlu dilakukan pada fase prainteraksi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
- *Tuliskan apa yang akan Anda lakukan pada fase kerja dan terminasi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
-

II. FASE ORIENTASI

Tuliskan dialog pada fase orientasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

III. FASE KERJA

Tuliskan dialog pada fase kerja dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

IV. FASE TERMINASI

Tuliskan dialog pada fase terminasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah pengelompokan rentang usia dewasa!
2. Uraikanlah setidaknya tiga karakteristik penting dalam perkembangan dewasa di setiap rentang usianya.
3. Sebutkanlah minimal lima prinsip komunikasi pada setiap rentang usia dewasa.
4. Buatlah satu dialog yang dapat memperlihatkan penggunaan minimal lima strategi komunikasi pada usia dewasa!

DAFTAR PUSTAKA

Miller, M. A., & Stoeckel, P. R. (2017). *Client Education: Theory and Practice*. Burlington: Jones & Bartlett

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). *Human development: Perkembangan manusia buku 1*. Jakarta: Salemba Humanika.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). Human development: Perkembangan manusia buku 2. *Jakarta: Salemba Humanika*.

Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

Freepik

CDC on Unsplash

Tristan Le from Pexels

Andrea Buccelli on Unsplash

Vino Li on Unsplash

ThisisEngineering RAEng on Unsplash

Tyler Morgan on Unsplash

Zhang kaiyv on Unsplash

BAB 9

KOMUNIKASI PADA KELUARGA PASIEN

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

*Wahai kawan dari rekan seperjalananku. Aku tersenyum dan belajar.
Selimut kalut dari hatimu hari ini tidak lantas membuatmu duduk, diam.
Bak energi dari langit ketujuh, engkau menerobos batin yang sendu
dengan langkah yang sigap, terus menjaga. Bantu aku belajar darimu.
Biarku juga bergerak menolongmu. Bekerja bersama.*

PENDAHULUAN

Dalam perjalanan menuju pemulihan, keluarga juga memainkan peran yang teramat penting. Sehingga, tak hanya pada pasien, perawat juga perlu membangun hubungan dan komunikasi dengan pihak keluarga. Keluarga dapat memegang beragam peran kritikal dalam perawatan pasien. Hari ini, anda akan diajak memahami peran tersebut dan mencoba melakukan komunikasi yang berfokus pada keluarga pasien.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menyebutkan berbagai peran keluarga dalam perjalanan penyakit dan pemulihan pasien
2. Mempraktikkan proses komunikasi perawat-keluarga pasien yang sesuai dengan prinsip komunikasi terapeutik

URAIAN MATERI

9.1. Peran Keluarga Pasien

Keluarga memiliki peran penting dalam keberlangsungan proses perawatan pasien. Sebagai pendamping, keluarga dapat mengambil peran sebagai pelaku rawat bagi pasien. Dalam pelayanan keperawatan, komunikasi tidak hanya berputar pada pasien. Keluarga merupakan pihak yang tidak mungkin dilepaskan dalam komunikasi. Bahkan seringkali pelibatan keluarga amat krusial untuk pemulihan pasien.

Berbagai peran yang diambil oleh keluarga antara lain:

- a. Memberi dukungan emosional bagi pasien melewati pengobatan dan prosedur medis
- b. Mempengaruhi pasien dalam membuat keputusan
- c. Dalam situasi tertentu (pasien dianggap belum kompeten, dalam situasi kritis, atau telah dinyatakan meninggal) keluarga/wali yang sah menjadi pembuat keputusan
- d. Menjadi sumber informasi tentang pasien yang dapat diandalkan (misalnya terkait situasi medis, riwayat penyakit, gaya hidup, bagaimana strategi koping pasien sehari-hari, dan sebagainya)
- e. Membantu tenaga medis berkomunikasi lebih efektif kepada pasien, termasuk bila ada masalah hambatan komunikasi seperti perbedaan bahasa, budaya, disabilitas, dan lain-lain.
- f. Membantu tenaga medis 'membaca' kondisi pasien (keluarga menjadi '**mata**', '**telinga**', dan '**mulut**' pasien)
- g. Menjadi perpanjangan tangan tenaga medis memastikan terjaminnya kontinuitas pengobatan dan perawatan pasien di rumah

REFLEKSI 9.1. MENGENAL PERASAAN KELUARGA

Tidak ada yang pernah tahu. Kami adalah keluarga normal, hidup bahagia, namun suatu hari, sebuah kecelakaan mobil yang menimpa Ibu kami mengubah segalanya. 6 Juli 2004, di tengah perjalanan pulang, Ibu mengalami kecelakaan dengan sebuah truk berkecepatan tinggi. Luka yang dialami ibu sangat parah. Ibu kehilangan sangat banyak darah, ada luka di bagian dada dan



kepala, paru-paru dan organ-organ lain. kritis. Ibu sekarang berada di ruang operasi sudah 8 jam lebih.

Hari ini, Ibu dinyatakan koma oleh dokter.

Perasaan kami hancur. Ayah tampak sangat bersedih. Seperti biasa, dia memang tidak bisa menangis. 3 bulan sudah Ibu terbaring di ICU. Kami tidak pernah membayangkan setiap malam menjadi menakutkan di RS. Di hadapan kami ibu dipasangkan mesin, selang, dan alat-alat yang banyak. Hidup kami ada di tangan para tenaga medis. Beberapa dari mereka mencoba menenangkan kami. Oh, kami betul-betul belum siap. Tidak ada buku panduan atau siapa pun yang mempersiapkan kami menghadapi ini.

Adaptasi dari Boyle (2015)

Bayangkanlah, apabila kamu yang berada di posisi keluarga tersebut dan jawablah pertanyaan berikut ini.

1. Apa yang kamu rasakan?
2. Apa yang kamu pikirkan?
3. Apa yang kamu inginkan dan butuhkan dari perawat dan rumah sakit?
4. Apa yang akan kamu lakukan untuk mendapatkan apa yang kamu butuhkan dari perawat?

Bagikanlah jawaban anda pada kelas. Buatlah presentasi singkat di depan kelas dengan menggunakan gambar-gambar yang mewakili jawaban kelompok anda. Dan tunjukkan perwakilan kelompok untuk menyampaikan kesimpulan kelompok Anda di hadapan kelas!

LEMBAR KERJA 9.1. PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN

Ambillah searik kertas. Perhatikanlah gambar-gambar di bawah ini dan jawablah pertanyaan berikut ini:

1. Tuliskanlah sebuah cerita untuk masing-masing gambar berikut.
2. Diskusikanlah apa peran keluarga dalam perawatan pasien?
3. Bagaimana keluarga dapat membantu tenaga kesehatan dalam proses komunikasi kepada pasien?





9.2. Strategi Komunikasi Pada Keluarga Pasien

Berikut ini adalah strategi yang perlu diperhatikan pada pelaksanaan komunikasi dengan keluarga pasien.

- a. Kenali siapa keluarga/wali yang sah dan libatkan mereka dalam setiap dialog yang anda lakukan dengan pasien (dengan persetujuan pasien, sesuai kompetensi pasien, dan mempertimbangkan privasi pasien). Pastikan tidak meninggalkan keluarga dalam memutuskan sesuatu.
- b. Kenali nama anggota keluarga yang mendampingi pasien. Berkenalanlah dengan mereka.
- c. Terapkan prinsip empati. Tunjukkan minat yang tulus secara verbal dan non-verbal dalam mendengarkan dan menjelaskan.
- d. Bangun hubungan percaya. Tunjukkan komitmen dalam perawatan, jadi sumber informasi yang dapat dipercaya, dan jadi advokat bagi pasien dan keluarganya.
- e. Perhatikan kenyamanan anggota keluarga. Anda tidak mungkin bisa selalu memenuhi kebutuhan keluarga, namun anda bisa memberi/menyatakan kepedulian.
- f. Beri informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien dengan jelas dan terus-menerus serta beri kesempatan bertanya.
- g. Sampaikan rencana asuhan/pengobatan/tindakan (jangan membiarkan keluarga bingung).
- h. Edukasi keluarga pasien (ingat pasien adalah perpanjangan tangan tenaga medis memastikan terjaminnya kontinuitas pengobatan dan perawatan pasien di rumah).

REFLEKSI 9.2. DIBALIK KEMARAHAAN KELUARGA PASIEN

Anda tentu pernah mendengar peristiwa kemarahan keluarga pasien yang disampaikan baik verbal maupun non verbal kepada perawat. Carilah satu artikel atau satu video dari media cetak maupun elektronik yang dapat menceritakan alasan keluarga pasien melakukan hal tersebut mengenai kasus tersebut.

Analisalah, apakah ada yang salah dengan pendekatan tenaga kesehatan tersebut? Analisalah, apakah ada yang salah dengan komunikasi keluarga pasien! Kira-kira, menurut anda, apakah ada tujuh prinsip komunikasi terapeutik yang tidak diikuti oleh tenaga kesehatan? Bagikanlah hasil penelaahan anda di hadapan kelas!

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang Anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah tiga peran penting keluarga dalam perjalanan penyakit dan pemulihan pasien!
2. Buatlah satu dialog singkat yang mencerminkan penerapan strategi komunikasi yang tepat antara perawat dan keluarga pasien yang sesuai dengan prinsip komunikasi terapeutik

DAFTAR PUSTAKA

- Boyle, B. (2015). The critical role of family in patient experience. *Patient experience journal*, 2(2), 4-6.
- Educational Commission for Foreign Medical Graduates (2020). Families. Diperoleh dari <https://www.ecfmg.org/echo/team-patients-family.html>
- Slowther, A. M. (2006). The role of the family in patient care. *Clinical Ethics*, 1(4), 191-193.
- Rush, B., & Cook, J. (2006). What makes a good nurse? Views of patients and carers. *British Journal of Nursing*, 15(7), 382-385.

Sumber Gambar

- Dokumentasi Yosi Marin Marpaung
Laurynas Mereckas on Unsplash

BAB 10

KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN DISABILITAS

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Wahai rekan seperjalananku. Ketika sekeliling hanya melihat kekurangan darimu. Aku melihat kesempatan untuk belajar hal baru. Karena aku pun tidak sempurna. Sini ku bantu menaruh balok untuk tumpuan kakimu, agar kita bisa melihat dunia dalam jarak yang sama.

PENDAHULUAN

Pernahkah Anda merasa canggung untuk berinteraksi dengan kelompok yang mengalami disabilitas. Apa yang muncul di benak anda pada saat itu? Tahukah kamu keterbatasan interaksi yang dialami oleh kelompok disabilitas ini ternyata dapat menjadi faktor pemicu kesenjangan kesehatan pada kelompok tersebut. Perawat sebagai profesi yang mengedepankan pelayanan tanpa diskriminasi perlu mengembangkan kemampuan komunikasi yang ramah bagi kelompok ini. Pada bab ini, anda akan mendapatkan informasi mengenai urgensi pelayanan kesehatan yang inklusif bagi kelompok dewasa dengan gangguan tersebut. Anda juga akan menerima informasi mengenai strategi komunikasi dan mencoba mengaplikasikannya.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menjelaskan pentingnya layanan kesehatan yang inklusif dan kesenjangan dalam komunikasi yang masih terjadi pada beragam jenis disabilitas komunikasi pada orang dewasa
2. Menguraikan dan dapat mempraktikkan strategi komunikasi pada pasien dewasa dengan disabilitas komunikasi

URAIAN MATERI

10.1. Pentingnya Komunikasi Kesehatan yang Inklusif

Jumlah penyandang disabilitas diestimasi telah mencapai lebih dari 15% populasi dunia atau sekitar 1 miliar (*World Health Organization [WHO], 2010*) dan akan terus meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan ini tidak dapat dihindari seiring dengan jumlah penduduk dunia yang juga meningkat, populasi menua, beban penyakit tidak menular, dan semakin canggihnya metode untuk menilai disabilitas (*WHO, 2020*).

Disabilitas dapat dimengerti sebagai kelemahan tubuh atau mental yang menimbulkan kesulitan dan keterbatasan bagi individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk berinteraksi dan berpartisipasi dengan lingkungan sekitarnya. Terdapat beragam jenis gangguan yang dapat dikelompokkan sebagai disabilitas mulai dari gangguan pada fisik, emosional, perilaku, dan kemampuan belajar. Pada bab ini, gangguan yang dapat menyebabkan kesulitan dalam komunikasi akan dibahas. Diantara banyaknya jenis gangguan yang mengkaitkan disabilitas, gangguan dengar, lihat, dan gangguan bahasa dan bicara adalah tiga area yang akan dibahas dalam bab ini. Hal ini disebabkan ketiga kelompok ini sering terabaikan dalam proses komunikasi dalam pelayanan kesehatan.

“Blindness cuts us off from things, but deafness cuts us off from people,” dalam bahasa Indonesia berarti, ketidakmampuan melihat memutus kita dari objek-objek disekeliling kita namun kehilangan pendengaran memutus kita dari orang-orang disekeliling kita. Begitulah ungkapan yang disampaikan oleh Hellen Keller, salah seorang penyandang disabilitas ganda yang telah banyak memberikan inspirasi bagi dunia dan mengingatkan kita mengenai kesenjangan komunikasi yang dialami oleh penyandang disabilitas, secara khusus disabilitas dengar. WHO (2018) mencatat ada sekitar 466 juta penduduk dunia mengalami gangguan dengar yang berpotensi melumpuhkan kemandirian. Jumlah ini diprediksi meningkat hingga 630 juta jiwa pada tahun 2030 dan 900 juta penduduk di tahun 2050 (*WHO, 2019a*). Di Indonesia, melalui tes konversasi, Riset Kesehatan Dasar (*Riskesmas*) mencatat jumlah penduduk usia 5 tahun ke atas yang mengalami gangguan

pendengaran dan ketulian mendekati 3 persen atau sekitar 6 juta penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2013). Jumlah ini diprediksi lebih besar sebab penyandang tuna wicara yang juga berpotensi besar mengalami hambatan dalam pendengaran diesklusi dari tes konversasi. Pada tahun 2018, prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian tidak dilaporkan dalam hasil Riskesdas. Namun, WHO memprediksi bahwa terdapat sekitar 18.5 juta kasus pada tahun 2018 pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia (WHO, 2018).

Dampak dari gangguan pendengaran dan ketulian masih sering dihubungkan dalam populasi menua, padahal kasus ini terjadi di seluruh rentang usia, mulai dari anak-anak sampai dewasa. Selain menimbulkan kesenjangan dalam sosial dan ekonomi, kesenjangan kesehatan juga dialami oleh populasi Tuli dan sulit dengar (*Deaf or Hard of Hearing*, DHH) mulai dari usia anak hingga lanjut usia (World Bank, 2020; Emond *et al.*, 2015; Fellingner, Holzinger, & Pollard, 2012; Roland *et al.*, 2016; Ciorba *et al.*, 2012). Bila dibandingkan dengan kelompok dengar, beberapa studi menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah, penurunan kesehatan fisik yang lebih cepat, dan meningkatnya kerentanan kelompok ini terhadap berbagai penyakit, (Tsimplida, Kaitelidou, & Galanis, 2018; Sirch, Salvador, & Palese, 2017, Emond *et al.*, 2015), termasuk penyakit tidak menular yang penting, antara lain ditunjukkan dengan tingginya angka obesitas dan perilaku berisiko antara lain tingkat konsumsi alkohol, kebiasaan merokok, tekanan darah tinggi, dan rendahnya aktivitas fisik dibandingkan dengan kelompok dengar (Emond, *et al.*, 2015). Kerentanan ini juga semakin menguat karena literasi kesehatan yang kurang memadai. Beberapa studi menunjukkan rendahnya literasi kesehatan pada individu DHH dibanding dengan mayoritas individu dengar (Enns, 2009; McKee, 2015; Barnett *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2017; Naseribooriabadi, Sadoughi, & Sheikhtaheri, 2017). Literasi kesehatan yang rendah ini terutama banyak terjadi pada penduduk usia dewasa yang mengalami kehilangan pendengaran sejak lahir atau pada masa anak-anak awal (Barnett *et al.*, 2011), diakibatkan perkembangan bahasa yang tertunda (WHO, 2020).

Pada kasus gangguan penglihatan, secara global terdapat 2.2 miliar manusia yang mengalaminya (WHO, 2021). Sekitar 1 miliar dari gangguan penglihatan tersebut merupakan gangguan penglihatan jarak jauh dengan tingkat kesulitan sedang sampai dengan berat yang terjadi oleh sebab-sebab yang dapat dicegah, antara lain karena gangguan refraksi yang tidak ditangani (88,4 juta), katarak (94 juta), glaukoma (7,7 juta), opasitas kornea (4,2 juta), diabetic retinopati (3,9 juta), trakoma (2 juta), dan presbiopia yang tidak ditangani (826 juta) (WHO, 2021). Klasifikasi dalam disabilitas Netra atau Tunanetra sendiri terdiri dari tingkat *low vision* (kurang lihat/lemah penglihatan) meskipun dibantu kaca mata, *partially blind* (dapat melihat sebagian), dan *totally blind* (tidak dapat melihat sama sekali). Di Indonesia, berdasarkan estimasi Kementerian Kesehatan yang disampaikan dalam siaran pers Persatuan Tunanetra Indonesia, jumlah tunanetra mencapai 1,5 % dari seluruh penduduk. Apabila terdapat 250 juta penduduk Indonesia, maka diestimasi terdapat 3,750,000 tunanetra, baik kategori *totally blind* maupun lemah penglihatan (*low vision*) (Pertuni, 2017).

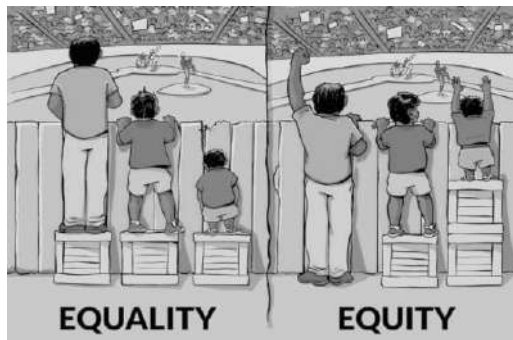
Berbagai dampak baik secara personal maupun ekonomi dirasakan oleh kelompok disabilitas tunanetra. Apabila kondisi ini muncul sejak kecil, maka terhambatnya perkembangan fisik, bahasa, emosi, sosial, dan kognitif dapat terjadi dan berdampak disepanjang kehidupan. Apabila kemunculannya terjadi di masa sekolah, kesulitan untuk meraih pencapaian akademik dapat terjadi. Pada orang dewasa, kondisi gangguan penglihatan dapat menurunkan kesempatan kerja, meningkatkan tingkat kecemasan, depresi, isolasi sosial, dan keselamatan (WHO, 2021). Pada layanan kesehatan, penyandang disabilitas Netra juga mengalami kesulitan dalam mengakses layanan, masalah pembiayaan kesehatan, transportasi, dan penolakan layanan (Spencer *et al.*, 2009). Risiko pada status kesehatan juga ditemukan, terutama pada populasi tua dengan gangguan penglihatan. Studi Muurinen *et al.*, (2014) menemukan bahwa potensi malnutrisi yang lebih tinggi ditemukan pada mereka dengan gangguan penglihatan pada populasi tua. Kondisi kronis seperti hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, stroke, arthritis, asma, PPOK, kanker, gangguan fungsi

ginjal, diabetes, hepatitis, depresi dan gangguan dengar juga lebih tinggi kemungkinannya untuk terjadi pada orangtua dengan gangguan penglihatan (Crews et al., 2017).

Selain kehilangan kemampuan mendengar dan melihat, kesulitan komunikasi juga dapat dialami oleh mereka yang mengalami permasalahan pada bagian otak yang mengontrol kemampuan berbahasa, berbicara, dan bersuara. Gangguan berbahasa, berbicara, dan bersuara dapat disebabkan oleh beragam hal antara lain karena sebab biologis yakni trauma pada otak, tumor pada otak atau laring, stroke atau sebab kognitif seperti demensia. Beberapa diantaranya yang sering menjadi perhatian pada orang dewasa adalah apraksia, disartria, dan afasia. Apraksia adalah gangguan mengekspresikan pesan yang diinginkan ke dalam bentuk verbal dan non-verbal dengan jelas dan tempo yang baik diakibatkan oleh adanya kerusakan neurologis. Disartria adalah gangguan menyampaikan pesan akibat kendali otot wicara yang terganggu antara lain ditunjukkan dengan kekakuan atau lemasnya gerak otot bicara. Sedangkan afasia adalah gangguan berbahasa yang dapat menyerang proses penerimaan, pemahaman pesan, dan/atau penyampaian pesan diakibatkan oleh fungsi otak yang berperan dalam bahasa. Tiga kategori afasia yang umum adalah afasia broca, afasia wernicke, dan afasia global. Pada afasia broca atau yang sering disebut afasia motorik, individu sulit menyusun kata dan kalimat dengan baik dan tepat seperti apa yang dipikirkannya. Pada *afasia wernicke*, individu akan mengalami kesulitan memahami pesan dari orang lain, bahkan dari dirinya sendiri saat berbicara. Pada afasia global, kedua kesulitan yang dijabarkan sebelumnya akan dialami. Individu akan sulit untuk memahami pesan yang disampaikan dan sulit untuk menuturkan pesan pada orang lain. Tidak banyak data yang dapat ditemukan agar dapat memahami angka kejadian gangguan-gangguan ini di tingkat global. Salah satunya dikarenakan berbagai jenis gangguan yang dapat muncul bersamaan dan sulit dibedakan. Meski demikian, mengingat faktor penyebab yang sering berkaitan dengan penyakit kronis, perhatian pada bentuk-bentuk gangguan ini perlu ditingkatkan. Stransky et al., (2018) menunjukkan orang dewasa yang mengalami gangguan komunikasi secara signifikan

berisiko dapat mengalami isu kesehatan kronis dan mengalami kesehatan yang lebih buruk dibandingkan kelompok tanpa gangguan komunikasi terkait.

Salah satu upaya kunci yang dapat dilakukan untuk menekan kesenjangan pada kelompok disabilitas adalah memastikan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas menyentuh kelompok disabilitas ini. Selain itu perlu dipastikan bahwa pemberian pelayanan kesehatan pada individu dengan disabilitas agar tidak hanya dihubungkan dengan etiologi medis dari gangguan yang dialaminya, namun juga terhadap pemenuhan kebutuhan individu tersebut sebagai ‘manusia’ seutuhnya (Sheppard, 2014).



Gambar 10.1. Equality dan equity adalah dua konsep yang berbeda

Indonesia mengambil peran sebagai salah satu negara di dunia yang ikut meratifikasi konvensi PBB mengenai hak penyandang disabilitas. Indonesia ikut berkomitmen dalam menjamin terwujudnya penghormatan, pelaksanaan, pemenuhan, dan perlindungan hak penyandang disabilitas, termasuk dalam lingkup kesehatan. Konvensi ini menegaskan bahwa penyandang disabilitas harus ikut menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai tanpa diskriminasi atas dasar disabilitas. Harmonisasi komitmen ini pun dibunyikan dalam Undang-Undang No 36/2009 tentang Kesehatan pasal 139 yang menyatakan adanya jaminan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi disabilitas, dan Undang-Undang No. 8/2016 tentang Penyandang Disabilitas yang menegaskan bahwa disabilitas berhak memperoleh pelayanan

kesehatan yang setara (*equity*) dan bermutu dan dapat berpartisipasi aktif dan mandiri dalam pelayanan kesehatan.

Menanggapi hal diatas, penting dilakukannya beragam pendekatan di pelayanan kesehatan untuk mewujudkan layanan yang inklusif bagi penyandang disabilitas. Salah satu pendekatan yang dapat dilakukan adalah memahami strategi yang disesuaikan dengan tantangan atau ragam kebutuhan yang dihadapi oleh kelompok disabilitas.

Beberapa tantangan komunikasi dihadapi oleh disabilitas dengar antara lain, mode komunikasi yang melelahkan, miskonsepsi gestur tubuh, miskonsepsi ekspresi wajah, isu orang ketiga, isu privasi, isu instrumen medis, isu prosedur di ruang tunggu, dan disparitas akses informasi (Emond *et al.*, 2015; Kuenburg *et al.*, 2016; Steinberg *et al.*, 2006; Sheppard, 2014). Pada kelompok disabilitas netra, ketidakmampuan melihat ekspresi wajah, minimnya penjelasan informasi lewat audio, sulitnya melihat informasi-informasi tertulis baik yang terpajang di fasilitas kesehatan maupun yang tercetak (Mahoney *et al.*, 2008), dan ketidakpekaan tenaga kesehatan terhadap kebutuhan-kebutuhan spesifik yang dihadapi oleh mereka dengan gangguan lihat (Cupples *et al.*, 2012). Sedangkan pada gangguan bicara, bahasa, dan suara, antara lain merasakan minimnya waktu yang diberikan untuk memproses atau mengungkapkan informasi saat berinteraksi dengan tenaga medis, merasa dianggap sebagai spesimen daripada manusia seutuhnya, isu orang ketiga atau seolah dianggap 'tidak hadir' saat interaksi dengan tenaga medis tenaga medis berbicara terlalu cepat atau menggunakan bahasa yang kompleks, hilangnya kontak mata, dan tidak adanya informasi-informasi kunci yang tertulis (Morris *et al.*, 2015; Nordehn *et al.*, 2015).

Dibawah ini akan diuraikan secara strategi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mendukung komunikasi pada disabilitas terkait yang telah dibahas pada bagian ini.

10.2. Strategi Komunikasi Pada Klien Tuli / Sulit Dengar

Tenaga kesehatan perlu mengetahui terlebih dahulu bahwa disabilitas dengar dapat disebut pula dengan kelompok Tuli dan

Sulit Dengar (D&HH atau *Deaf and Hard of Hearing*). Kata “*Deaf*” berarti hampir tidak mendengar atau tidak bisa mendengar sama sekali. Kelompok ini seringkali bergantung kepada bahasa isyarat untuk komunikasi. Sedangkan “*Hard of Hearing*” berarti masih dapat mendengar meskipun mengalami kesulitan-kesulitan mulai dari sedang sampai berat. Kelompok ini masih dapat berinteraksi dalam lingkungan yang mendengar dengan mengambil manfaat alat bantu dengar atau implan koklea. Tuli (‘T’ kapital dalam ‘Tuli’) merujuk pada individu yang tergabung dalam komunitas D&HH yang memandang status pendengarannya sebagai identifikasi budaya dan umumnya menggunakan bahasa isyarat sebagai bahasa pertama (WHO, 2019b; Wijaya, 2018; Fileccia, 2011).



Gambar 10.2. Perawat mengambil perhatian pasien tuli di ruang tunggu dengan mendatangi pasien dan menepuk lembut bahu pasien tuli

Beberapa strategi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan strategi komunikasi yang baik bagi pasien Tuli/sulit dengar adalah:

- a. Untuk mencari perhatian (Wijaya, 2020):
 - Berdiri di tempat yang terlihat dan buat gerakan yang dapat mencuri perhatian pasien (misalnya lambaian tangan).

- Tepuk meja atau permukaan yang keras misalnya lantai untuk mengeluarkan getaran agar pasien mengetahui anda.
 - Dengan lembut meletakkan tangan anda ke bahu pasien atau ke lengan pasien.
 - Mati/hidupkan lampu di dalam ruangan.
- b. Bagi kelompok Tuli, hindari penyebutan kerusakan pendengaran/tuna rungu. Pilihlah sebutan yang lebih baik yakni Tuli/sulit dengar.
 - c. Beberapa metode komunikasi pada tuli yang dapat digunakan:
 - Bahasa isyarat: lebih disukai oleh kelompok Tuli.
 - Metode oral (auditori-verbal atau aural): dapat dilakukan namun sangat rentan menimbulkan kesalahan dalam memaknai kata/kalimat dan memerlukan ketergantungan yang besar pada kualitas alat bantu/implan koklea.
 - Menulis: dapat dilakukan bila kedua mode sebelumnya sulit dijalankan, namun perlu diingat bahwa mode ini adalah mode yang melelahkan baik bagi perawat dan pasien dan dapat menyebabkan kaburnya interaksi emosional dalam proses komunikasi.
 - d. Sapa pasien dengan mengucapkan salam/ jabat tangan secara langsung pada pasien.
 - e. Posisikan diri berhadapan dengan pasien. Pertahankan kontak mata dengan pasien.
 - f. Ingat, ekspresi wajah anda sangat perlu dalam komunikasi dengan pasien Tuli. Pastikan di belakang anda tidak ada sorotan lampu atau cahaya yang terang yang berpotensi menyilaukan pandangan pasien. Namun pastikan pula cahaya tidak terlalu gelap agar pasien masih bisa memandang wajah anda.
 - g. Bila pasien menggunakan penerjemah atau membawa orang ketiga, posisikan diri anda bertatapapan langsung dengan pasien bukan dengan penerjemah atau orang ketiga.
 - h. Bila pasien menunjuk agar berbicara kepada pendamping, tetap posisikan diri anda berhadapan dengan pasien (bukan pendamping) dan pastikan sorot mata anda tetap terutama diarahkan kepada pasien. Upayakan agar pasien juga tetap dapat “menyuarakan” diri dan memberi keputusannya.

- i. Bila tidak menggunakan penerjemah atau orang ketiga, tanyakan bagaimana cara terbaik dan nyaman berkomunikasi dengan pasien.
- j. Hindari menggunakan orang ketiga saat bertanya pada pasien.
- k. Salah: “Bapak (pendamping), mohon tanyakan Ibu (pasien) apa yang dia rasakan”.
- l. Lebih baik: “Ibu (pasien), apa perasaan anda saat ini?”.
- m. Sebaiknya kuasai minimal percakapan dalam bahasa isyarat sederhana. Misalnya, memperkenalkan diri, memberi salam perpisahan, dan lain-lain.
- n. Bila perawat dan pasien sepakat menggunakan pembacaan gerak bibir:
 - Tambahkan gerak tangan alamiah menunjukkan arah dan tindakan dan tambahkan ekspresi wajah untuk menunjukkan emosi/perasaan dari pesan.
 - Upayakan tidak ada masker yang menutupi mulut anda.
 - Jauhkan tangan dan kertas dari area wajah anda terutama mulut.
 - Jangan melebihi-lebihkan gerak bibir namun juga jangan membuka mulut terlalu “hemat”.
 - Hindari ungkapan-ungkapan yang akan sulit untuk ditangkap oleh pasien.
 - Tidak perlu berteriak atau meninggikan suara.
 - Suara tetap normal namun harus jelas.
- o. Bila perawat-pasien sepakat dengan tulisan:
 - Pastikan pasien tuli dapat menulis dengan leluasa.
 - Pastikan tulisan anda terbaca.
 - Persiapkan beberapa pertanyaan umum sebelum masuk ke ruangan.
 - Tetap berikan interaksi yang menunjukkan empati dan minat secara non-verbal (eksplorasi ekspresi dan gerak tubuh). Misalnya, tersenyum, mengangguk tanda setuju, jempol tanda kondisi pasien dalam keadaan baik, dan sebagainya.
- p. Media edukasi dapat dibantu dengan media gambar, tulisan, atau video bergambar dengan subtitle.
- q. Lakukan pengecekan kembali apakah pasien sudah memahami pesan anda.



Gambar 10.3. Perawat menggunakan bahasa isyarat Indonesia saat menanyakan nama pasien adalah salah satu contoh komunikasi yang inklusif dalam layanan kesehatan

10.3. Strategi Komunikasi Pada Klien Disabilitas Netra

Telah disebutkan sebelumnya bahwa klasifikasi pada disabilitas netra dapat dibagi menjadi *low vision*, *partially blind*, dan *totally blind*. Sebelum mengetahui strategi komunikasi pada disabilitas netra, mari kita berada di sepatu mereka terlebih dahulu. Anda dapat mencari di platform YouTube beragam video yang menunjukkan pengalaman jika kita berada di kaki mereka. Pada saat menonton, gunakanlah fungsi pendengaran anda lebih tajam dari biasanya. Setelah menonton beberapa video tersebut, apa yang anda dapat rekomendasikan mengenai komunikasi pada teman netra? Untuk membantu anda, berikut strategi yang dapat anda lakukan:

- a. Dalam konteks Indonesia, hindari penyebutan “buta” atau “orang buta”. Gunakan netra, teman netra, atau disabilitas netra.
- b. Andalkan fungsi auditori (kata-kata dan unsur suara), taktil (sentuhan), dan olfaktif (pembauan):
 - Auditori: gunakan intonasi yang jelas, sistematis, dan sederhana (tidak perlu berteriak atau sangat memperlambat kata per kata yang disebutkan).

- Olfaktif: gunakan pembauan untuk membantu menjelaskan mengenai objek yang sedang dipelajari.
 - Gunakan media komunikasi khusus (buku *braille*) untuk media pembelajaran atau berikan kesempatan meraba objek/instrumen medis yang sedang dipelajari atau yang akan dia gunakan (sepanjang tidak membahayakan).
- c. Arah:
- Jangan menunjuk dengan telunjuk tangan.
 - Bisa gunakan jarum jam (bila pasien familiar).
 - Bisa gunakan “kiri” atau “kanan” (ingat bila anda berdiri berhadapan dengan pasien maka sebelah kiri anda adalah sebelah kanan pasien).
- d. Bila anda menemui pasien:
- Beritahu anda telah tiba.
 - Beritahu identitas, posisi anda terhadap pasien, dan tujuan anda disana.
- e. Bila pasien menemui anda:
- Beritahu pasien apabila dia sudah tiba di tempat yang dituju (misalnya, saat dia berjalan ke pos perawat atau ke meja registrasi/penerimaan).
 - Informasikan aktivitas apa yang sedang anda lakukan di tempat tersebut.
 - Jangan abaikan pasien. Tanya apa yang dapat anda bantu dan tujuan dari pasien.
- f. Saat hendak berinteraksi atau mewawancarai:
- Tanyakan terlebih dahulu sejauh apa kondisi penglihatan pasien.
 - Upayakan posisi diri berada pada level mata yang sama dan perhatikan pasien saat berbicara.
 - Jangan mengeraskan suara.
 - Tunggu pasien netra berbicara sampai dengan selesai dan menyimpulkan pernyataannya.
 - Jangan menggunakan teknik *intentional silence*.
 - Misalkan anda sedang menulis/mencatat atau sambil melakukan kegiatan lain, informasikan alasan mengapa anda diam.

- Jangan menunggu pasien berbicara atau bertanya, picu pasien untuk berbicara.
- g. Di ruang rawat inap:
- Orientasikan pasien ke lingkungan sekitarnya dengan menunjukkannya arah dimana kamar mandi, pintu keluar, telepon, dan tombol pemanggil perawat.
 - Upayakan tidak ada benda-benda yang berpotensi menghalangi langkah pasien ke area-area tersebut di atas.
 - Bila anda harus memindahkan telepon, botol minum, atau barang-barang pribadi pasien kembalikan ke tempat semula dan pastikan pasien mengetahuinya.
 - Sebelum makan, gunakan kontras warna pada nampan dan alat makan (bila memungkinkan) dan orientasi lokasi nampan, gelas, piring, dan makanan.
 - Daripada menyalakan TV (video) lebih baik gunakan radio/mp3 (audio).
- h. Saat menuntun:
- Perhatikan usia pasien dan apakah ada disabilitas yang lainnya.
 - Tanyakan detail kemana pasien ingin pergi.
 - Jika pasien masih mampu berjalan, pastikan anda berdiri di depan pasien dan letakkan tangan pasien di lengan anda.
 - Jangan menarik pasien, jangan terlalu cepat berjalan, beri aba-aba apabila ada hambatan atau ingin berhenti saat anda berjalan.
 - Saat berjalan bersama pasien, tetap berikan orientasi lingkungan sekitar dengan sederhana misalnya “Sekarang ibu telah ada di sudut tempat tidur, kita sekarang belok ke kiri”, “Pintu WC ada di depan ibu..” agar pasien makin menguasai area tempatnya dirawat.
 - Sampaikan bila akan menaiki tangga atau area yang lebih tinggi. Pastikan pasien memegang *handrail* dengan aman dan mantap, dan perhatikan apakah langkah pertamanya aman. Pada saat akan sampai di atas tangga, pastikan anda melangkah cukup lebar agar pasien punya cukup ruang untuk berdiri.



Gambar 10.4. Menuntun teman Netra



Gambar 10.5. Menuntun teman Netra saat melewati tangga

- i. Saat mengarahkan untuk duduk:
 - Jangan memaksa atau menarik pasien untuk duduk.

- Arahkan pasien untuk menyentuh/meraba tempat duduk terlebih dahulu dan deskripsikan tipe kursi apa yang dia akan duduki (kursi tinggi, sofa, kursi dengan tempat lengan, bangku, dan lain-lain).
- Setelah duduk, minta dengan sopan pasien untuk melepaskan tangannya dari anda dan tempatkanlah tangannya di area kursi.



Gambar 10.6. Menuntun teman Netra saat hendak duduk

- j. Saat berpisah:
- Apabila percakapan sudah selesai, pastikan tidak meninggalkan pasien tanpa pemberitahuan.
 - Pada saat menuju kepulangan, ucapkan selamat berpisah, sentuh dan jabat tangannya (tetap sesuaikan dengan budaya/agama pasien atau bila ditawarkan), kemudian ikuti pasien sampai ke pintu keluar.

10.4. Strategi Komunikasi Pada Klien dengan Gangguan Bicara dan Bahasa

Berikut ini adalah strategi komunikasi yang perlu diperhatikan oleh tenaga medis pada saat berinteraksi dengan klien yang memiliki gangguan bicara dan bahasa (Morris *et al.*, 2015; Nordehn *et al.*, 2015).

- a. Selalu mulai dengan menanyakan mode komunikasi apa yang diinginkan saat berkomunikasi (ini dapat dilakukan dengan menanyakan pertanyaan tertutup).

- b. Jika pasien mengalami kesulitan memahami informasi, maka berikan izin bagi pasien dan pendamping untuk merekam sesi komunikasi.
- c. Pastikan lingkungan tenang, tidak berisik, dan jauh dari distraksi.
- d. Berinteraksilah seperti dengan orang dewasa yang kompeten. Hindarilah membuang muka, tidak memberikan perhatian pada pasien, dan memberikan kontak mata hanya atau lebih banyak pada pendamping pasien.
- e. Dengarkan pasien dengan sabar dan sungguh-sungguh.
- f. Perhatikan bahasa tubuh termasuk ekspresi wajah dari pasien.
- g. Dorong atau bantu pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam saat berkomunikasi.
- h. Berbicaralah dengan tempo yang lebih lambat dan konsisten sampai pada akhir pertemuan dengan pasien.
- i. Gunakan segala bentuk mode komunikasi verbal dan non-verbal untuk memaksimalkan komunikasi, termasuk alat bantu visual.
- j. Gunakan kata dan kalimat-kalimat yang sederhana, tanpa jargon-jargon medis, dan lakukan parafrase dan ulangi bila diperlukan.
- k. Cek pemahaman pasien dengan menanyakan 'apakah sudah jelas?'
- l. Untuk membantu pasien dengan kesulitan berbicara, tuliskan beberapa kata atau frasa pada kertas atau papan yang mungkin menjadi jawaban pasien dan minta pasien menunjuk dengan jari saat menjawab.
- m. Berikanlah waktu yang cukup untuk pasien untuk berbicara dan menerima informasi.
- n. Jika pasien keluar dari topik, kembali pusatkan percakapan pada topik dengan hati-hati.
- o. Tuliskanlah pesan-pesan kunci pada secarik kertas dan berikan ringkasan singkat tersebut pada pasien di akhir pertemuan.

KOMUNIKASI DALAM PROSES KEPERAWATAN PADA KLIEN RENTANG USIA DEWASA DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS

PERMAINAN PERAN 10.1. KOMUNIKASI PADA KASUS DISABILITAS

LIHAT KASUS DIBAWAH. Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak dua orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI

Inisial pasien: Ny. P

Nama : Putu Ayu

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 40 tahun (24 Februari 1981)

Pekerjaan : Pedagang Pasar Tradisional

Agama : Hindu

Pendidikan : -

Alamat domisili : Jl. ABCD, Depok

Alamat KTP : Jl. ABCD, Depok

Nama pendamping : -

Diagnosa medik : Demam Berdarah Dengue (DBD)

Tanggal MRS : 1 Juli 2021; 18.00 WIB

Keluhan utama MRS : Demam, lemah, kepala pusing, mual, muntah, tidak nafsu makan

TTV MRS : TD: 100/70; S= 39°C, N= 70 kali/menit; RR: 18

kali/menit

Kondisi hari ini

Hari ini Ny.P tiba di rawat inap pukul 21.30 WIB, setelah pemeriksaan dan perawatan di IGD. Anda akan merawat pasien sampai pukul 07.00 WIB pagi keesokan harinya. Ny. P adalah seorang disabilitas netra. Ny. P tidak pernah lepas dari tongkat putihnya kemanapun Ny. P pergi.

Tujuan komunikasi

Membina hubungan percaya, melakukan orientasi ruangan, mempersiapkan pasien untuk istirahat di ruang perawatan tanpa pendamping.

I. FASE PRAINTERAKSI

- *Tuliskan apa yang perlu dilakukan pada fase prainteraksi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
- *Tuliskan apa yang akan anda lakukan pada fase kerja dan terminasi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*

II. FASE ORIENTASI

Tuliskan dialog pada fase orientasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

III. FASE KERJA

Tuliskan dialog pada fase kerja dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

IV. FASE TERMINASI

Tuliskan dialog pada fase terminasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Berikanlah dua alasan mengapa penting layanan kesehatan yang inklusif bagi kelompok berkebutuhan khusus?
2. Sebutkan setidaknya lima strategi komunikasi pada pasien dengan gangguan dengar, gangguan penglihatan, dan gangguan bicara dan bahasa!

DAFTAR PUSTAKA

- Barnett S, McKee M, Smith SR, Pearson TA. (2011). Deaf sign language users, health inequities, and public health: opportunity for social justice. *Prev Chronic Dis* 2011;8(2)
- Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical interventions in aging*, 7, 159.
- Crews, J. E., Chou, C. F., Sekar, S., & Saaddine, J. B. (2017). The prevalence of chronic conditions and poor health among people with and without vision impairment, aged \geq 65 years, 2010–2014. *American journal of ophthalmology*, 182, 18-30.
- Costa, K. N. D. F. M., Pagliuca, L. M. F., de Almeida, P. C., Cardoso, M. V. L. M. L., & de Almeida Rebouças, C. B. (2009). Aspects of verbal communication between nurses

- and visually impaired people. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(2), 29-36.
- Cupples, M. E., Hart, P. M., Johnston, A., & Jackson, A. J. (2012). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *Bmj*, 344.
- Emond, A., Ridd, M., Sutherland, H., Allsop, L., Alexander, A., & Kyle, J. (2015). Access to primary care affects the health of Deaf people. *Br J Gen Pract*, 65(631), 95-96.
- Enns, C. (2009). Critical literacy: Deaf adults speak out. *Exceptionality Education International*, 19(2), 3-20.
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.
- Fileccia, J. (2011). Sensitive care for the deaf: a cultural challenge. *Creative nursing*, 17(4), 174-179.
- Hench, C. (2015). Communicating With Deaf Patients: What You Need to Know. *Home healthcare now*, 33(9), 507-508.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Rikesdas%202013.pdf>
- Mahoney, E. K., Kumar, N., & Porter, S. R. (2008). Effect of visual impairment upon oral health care: a review. *British dental journal*, 204(2), 63.
- McKee, M. M., Paasche-Orlow, M. K., Winters, P. C., Fiscella, K., Zazove, P., Sen, A., & Pearson, T. (2015). Assessing health literacy in deaf American Sign Language users. *Journal of health communication*, 20(sup2), 92-100.
- Middleton, A., Niruban, A., Girling, G., & Myint, P. K. (2010). Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss. *BMJ*, 341, c4672.
- Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and health journal*, 8(2), 208-215.
- Muurinen, S. M., Soini, H. H., Suominen, M. H., Saarela, R. K., Savikko, N. M., & Pitkälä, K. H. (2014). Vision impairment

- and nutritional status among older assisted living residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 384-387.
- Naseribooriabadi, T., Sadoughi, F., & Sheikhtaheri, A. (2017). Barriers and facilitators of health literacy among D/deaf individuals: A review article. *Iranian journal of public health*, 46(11), 1465.
- Nordehn, G., Meredith, A., & Bye, L. (2006). A preliminary investigation of barriers to achieving patient-centered communication with patients who have stroke-related communication disorders. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 68-77.
- Pertuni. (2017, 4 Maret). *Siaran pers: peran strategis pertuni dalam memberdayakan Tunanetra di Indonesia*. Diperoleh dari <https://pertuni.or.id/siaran-pers-peran-strategis-pertuni-dalam-memberdayakan-tunanetra-di-indonesia/>
- Roland, L., Fischer, C., Tran, K., Rachakonda, T., Kallogjeri, D., & Lieu, J. E. (2016). Quality of life in children with hearing impairment: systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 155(2), 208-219.
- Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2017). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 368-377.
- Sheppard, K. (2014). Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(9), 504-510.
- Stevens, S. (2003). Assisting the blind and visually impaired: guidelines for eye health workers and other helpers. *Community eye health/International Centre for Eye Health*, 16(45), 7-9.
- Stransky, M. L., Jensen, K. M., & Morris, M. A. (2018). Adults with communication disabilities experience poorer health and healthcare outcomes compared to persons without communication disabilities. *Journal of general internal medicine*, 33(12), 2147-2155.

- Souza, M. F. N. S., Araujo, A. M. B., Sandes, L. F. F., Freitas, D. A., Soares, W. D., & Vianna, R. S. M. (2017). Main difficulties and obstacles faced by the deaf community in health access: an integrative literature review. *Rev CEFAC*, 19(3), 395-405.
- Spencer, C., Frick, K., Gower, E. W., Kempen, J. H., & Wolff, J. L. (2009). Disparities in access to medical care for individuals with vision impairment. *Ophthalmic epidemiology*, 16(5), 281-288.
- Tsimpida, D., Kaitelidou, D., & Galanis, P. (2018). Determinants of health-related quality of life (HRQoL) among deaf and hard of hearing adults in Greece: a cross-sectional study. *Archives of Public Health*, 76(1), 55.
- Wijaya, L. L. (2018). *Bahasa Isyarat Indonesia sebagai panduan kehidupan bagi tuli*. Diperoleh dari
- Wijaya, L.L. (2020, 11 Mei). *Selamat datang ke dunia Tuli* [power point slides]. Pusat Bahasa Isyarat Indonesia.
<http://repositori.kemdikbud.go.id/11034/1/Bahasa%20Isyarat%20Indonesia%20sebagai%20Panduan%20Kehidupan%20bagi%20Tuli.pdf>
- World Health Organization. (2019a). Prevention of blindness and deafness: estimates. Diperoleh dari <https://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/>
- World Health Organization. (2019b). Deafness and hearing loss. Diperoleh dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- World Health Organization. (2018). World hearing day infographic: hearing loss is on the rise. Diperoleh dari <https://www.who.int/deafness/world-hearing-day/World-Hearing-Day-Infographic-EN.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021, 26 Feb). *Blindness and vision impairment*. Diperoleh dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

BAB 11

KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN EMOSI YANG SULIT

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Wahai rekan-rekan seperjalananku. Bagimu yang merasa nestapa membuat lambat langkahmu. Kuharap cepat engkau menemukan jawab. Bagimu yang meradang. Kurahap lekas engkau menemukan tenang. Aku hadir untukmu.

PENDAHULUAN

Berinteraksi dengan pasien atau keluarganya dengan emosi yang sulit merupakan sebuah tantangan sendiri bagi perawat. Emosi yang sulit dapat terjadi oleh karena tekanan yang dihadapi pasien atau keluarganya karena penyakitnya, pengaruh pengobatan, sampai pada rasa kecewa terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Berikut ini anda akan belajar mengenai sebab, rentang, dan strategi berkomunikasi pada pasien dengan kecemasan, kemarahan, dan depresi. Anda juga akan diajak mencoba mengaplikasikan strategi komunikasi tersebut.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Memahami pengertian, efek, dan rentang kecemasan dan kemarahan
2. Memahami penyebab kecemasan dan kemarahan pada konteks pelayanan kesehatan
3. Mengetahui pengertian, faktor risiko, dan dampak depresi pada pelayanan kesehatan
4. Memahami dan mengaplikasikan strategi berhadapan dengan kecemasan dan kemarahan, dan pasien dengan depresi

URAIAN MATERI

11.1. Mengetahui Kecemasan dan Kemarahan

11.1.1. Pengertian Kecemasan dan Kemarahan

Kemarahan adalah keadaan emosional yang negatif yang umumnya disertai dengan reaksi fisiologis dan pikiran antagonistik yang ditujukan pada seseorang atau objek yang dipandang sebagai penyebab dari suatu kejadian yang merugikan (Friedman, 2015). Sedangkan, kecemasan adalah perasaan yang tidak menyenangkan yang seringkali muncul tanpa alasan yang jelas, dipicu oleh bahaya atau ancaman yang belum dapat diprediksi,antisipasi peristiwa di masa depan, ingatan masa lalu, atau perenungan tentang diri sendiri (Strickland, 2011; Tikkanen, 2021). Kecemasan mirip dengan perasaan takut. Namun, ketakutan dan kecemasan adalah dua hal yang berbeda, meskipun demikian, keduanya sering tumpang tindih dalam penggunaannya dalam komunikasi sehari-hari. Ketakutan adalah respon alarm yang bangkit akibat adanya deteksi bahaya atau ancaman yang nyata, jelas, dan yang akan segera terjadi (*American Psychological Association*, 2020). Ketakutan merupakan respons jangka pendek pada ancaman yang jelas saat ini, sementara kecemasan adalah respons jangka panjang yang berorientasi pada masa depan dengan karakteristik ancaman yang beragam dan menyebar (*American Psychological Association*, 2020). Pada bagian bab ini, kita akan menggunakan istilah rasa takut dan cemas dalam artiannya yang tumpang tindih dalam komunikasi. Dengan demikian, segala bentuk respons alarm atau perasaan yang tidak menyenangkan yang diakibatkan ancaman yang jelas dan segera maupun yang sulit diantisipasi atau diprediksi di masa depan, kita akan ungkapkan dalam terminologi 'kecemasan'.

Baik kemarahan dan kecemasan adalah reaksi yang normal yang dapat muncul sehari-hari, dan sebenarnya diperlukan (Towsend, 2017). Dalam menghadapi suatu ancaman, rasa sakit, kecewa, maupun gangguan, respon *fight* atau *flight* akan 'berbunyi' (Yadav et al., 2017).

Kecemasan dalam kadar tertentu yang dapat melahirkan motivasi untuk pencapaian tentu menjadi daya dorong pertumbuhan dan perkembangan yang baik pada diri seseorang serta mendukung *survival* dalam hidup (Towsend, 2017). Adapun kecemasan menjadi sesuatu yang tidak normal atau bersifat patologis apabila kecemasan terus ada meskipun bahaya dan ancaman tidak lagi ada dan rasa cemas tersebut mulai merasuk dan mengganggu fungsi sosial, aktivitas kerja, dan fungsi-fungsi lain yang penting dalam kehidupan seseorang (Towsend, 2017). Di sisi lain, kemarahan dapat menjadi sesuatu yang baik ketika dapat dimanajemen dengan baik. Kemarahan yang dapat dikelola dengan baik, dapat menghasilkan manfaat antara lain perasaan relaks, bahagia, bahkan relasi yang lebih baik dengan orang lain (Yadav et al., 2017). Sedangkan kemarahan yang tidak dikelola dengan baik misalnya kemarahan yang disimpan, disembunyikan, atau ditekan di dalam diri dan kemarahan yang diledakkan dapat merusak baik fisik dan hubungan dengan orang lain.

Dalam kaitan dengan komunikasi, kemarahan dan kecemasan dapat mengakibatkan efek baik fisiologis, perilaku, maupun kognitif yang dapat mengganggu proses komunikasi antara perawat dengan pasien dan keluarganya. Berikut adalah efek yang perlu diantisipasi yang dapat muncul oleh emosi tersebut.

Tabel 11.1. Efek Fisiologis, Perilaku, dan Kognitif Dari Kemarahan Dan Kecemasan (Yadav et al., 2017; Hendricks et al., 2013; Smith, 2015; Burns et al., 2008; Chipdiza et al., 2016; Denollet et al., 2010; Stuart, 2006 dalam Annisa & Ildil, 2016)

Kecemasan		
Efek Fisiologis	Efek Perilaku	Efek Kognitif
Memicu peningkatan tekanan darah, laju pernafasan, perubahan rona wajah	Perilaku normal sehari-hari tampak berubah, menjadi diam, menghindar,	Sulit membuat keputusan dengan tepat dan cepat, sulit menilai hal baik pada objek kemarahan, sulit

menjadi memerah/pucat , kenaikan asam lambung, ketegangan otot, penurunan sistem imun, sakit kepala, tangan gemetar, berkeringat, derajat nyeri yang dirasakan meningkat.	acuh, berteriak, memaki atau mengeluarkan kata kotor, makan berlebihan, sulit tidur, menangis, cenderung lebih ingin menghukum dengan lebih keras, kompromi terhadap pengobatan, tidak kooperatif terhadap tenaga medis.	mempercayai, cenderung membuat pilihan berisiko, sulit memproses informasi secara mendalam (berpikir lebih dangkal, cenderung mengambil <i>cue</i> yang ada dipermukaan dari pada kualitas argumen).
Kemarahan		
Efek Fisiologis	Efek Perilaku	Efek Kognitif
Pusing, sakit kepala, tangan berkeringat, mual, mulut kering, hiperventilasi, palpitasi, tidak nafsu makan, rona wajah memerah/pucat .	Gelisah, tegang, tremor, bicara cepat, kurang kordinasi, lebih mudah mengalami cedera, menarik diri dari relasi interpersonal, melarikan diri dari masalah, sikap waspada yang tinggi, lebih mudah marah, sulit tidur.	Sulit berkonsentrasi, mudah lupa, kreativitas dan produktivitas menurun, bingung, takut pada gambaran visual.

11.1.2. Pemicu Kemarahan dan Kecemasan dalam Konteks Pelayanan Kesehatan

Kemarahan dalam konteks pelayanan kesehatan dapat dipicu oleh beragam hal antara lain:

- a. **Masalah medis.** Masalah yang berhubungan dengan penyakit, trauma, atau gangguan pada tubuh misalnya demensia, alzheimer, hipoglikemia, insomnia, sindrom pra-menstruasi, cedera traumatik pada otak, epilepsi, delirium, dapat menyebabkan sensitifitas dan emosi negatif menjadi lebih mungkin terjadi (Chipidza et al., 2016).
- b. **Penggunaan zat (*substance-related*).** Penggunaan zat-zat tertentu antara lain steroid (Midgley et al., 2001), metamfetamin (Zweben et al., 2010), fensiklidin (Graeven et al., 2009), dan keracunan alkohol dapat menyebabkan perilaku agresi baik verbal maupun fisik kepada orang lain lebih mungkin terjadi pada beberapa orang (Eckhardt & Crane, 2008; Norstrom & Pape, 2010).
- c. **Psikososial.** Depresi, rasa nyeri, kepribadian tipe-D, faktor gender, gangguan kepribadian, *post-traumatic disorder*, dan kedukaan juga dapat menyebabkan respon kemarahan, bahkan yang tidak dapat dikelola baik, menjadi lebih mungkin terjadi (Chipidza et al., 2016).
- d. **Hubungan pasien, petugas kesehatan dan sistem layanan.** Beberapa hal yang dapat memicu kemarahan pasien terhadap petugas kesehatan antara lain misdiagnosis atau kesalahan tindakan medis lainnya, *bedside manner* yang buruk, cara penyampaian kabar buruk yang tidak baik, terlambat datang, komunikasi pada pasien yang tidak baik, kurang responsif, tidak mengenal atau kurang mengeksplorasi pasien. Pada sisi pasien, ketidakmampuan untuk menerima diagnosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan, pengalaman buruk dengan tenaga kesehatan di masa lalu (transferensi) dan komplikasi atau efek samping dari terapi dapat menimbulkan potensi kemarahan. Pada sisi layanan kesehatan, tingginya biaya kesehatan,

kurangnya pelatihan terhadap tenaga kesehatan untuk manajemen pasien dengan kemarahan, *burnout* pada tenaga kesehatan, sistem kesehatan yang tidak efisien sehingga pasien harus berulang-ulang melakukan hal yang sama atau menunggu terlalu lama (Chipidza et al., 2016).

Terkait kecemasan, penyebab yang mungkin terjadi dalam kaitan dengan kesehatan antara lain sebagai berikut.

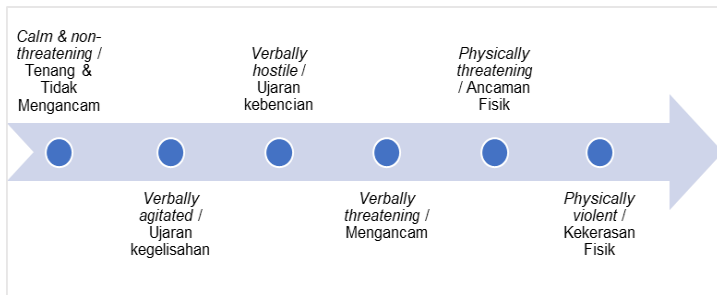
a. **Kecemasan kesehatan dan perkembangan penyakit.**

Terdapat beberapa kondisi dimana seseorang dapat memiliki kekhawatiran yang besar terhadap kesehatannya dan merasa mengalami suatu penyakit, meskipun keyakinan tersebut belum tentu benar adanya. Dalam kasus tertentu, kita mendengar kondisi *nosophobia* atau rasa cemas akibat merasa telah mengalami suatu penyakit tertentu (penyakit yang biasanya dikenal oleh masyarakat dan bersifat mengancam nyawa), bahkan dalam kondisi yang tidak merasakan gejala apapun; dan *hypochondria* atau rasa cemas yang diakibatkan perasaan bahwa diri mengalami suatu penyakit yang mengancam nyawa setelah mengalami gejala-gejala ringan (Legg, 2019). Pasien yang mengalami hal ini akan memiliki potensi lebih besar untuk lebih *alert* terhadap dirinya, lebih sensitif terhadap gejala pada dirinya dan menginterpretasi berbagai gejala tubuh sebagai sebuah tanda kehadiran penyakit. Mereka akan mengungkapkan kebutuhan akan tenaga kesehatan untuk mengonfirmasi ketakutannya (Tyrer, 2020). Yang dalam kondisi tertentu (misalnya, *hyperchondria*) pun masih merasa ada keraguan pada tenaga kesehatan setelah dinyatakan bahwa tidak ada bukti keberadaan penyakit (Belling, 2012). Kondisi kekhawatiran yang berlebihan ini bahkan dapat berkembang menjadi *cyberchondria* atau sering melakukan pengecekan diri lewat bantuan internet (Tyrer, 2020).

- b. **Diagnosis dan pengobatan.** Kecemasan dapat ditimbulkan oleh ancaman dari penyakit yang telah terdiagnosa oleh tenaga kesehatan, terutama penyakit dengan tingkat keparahan yang tinggi dan episode yang panjang. Hal ini tidak hanya dapat menjadi penyebab kecemasan pada pasien namun bagi pendamping atau keluarga pasien. Pasien dan keluarga dapat memiliki pertanyaan mengenai seberapa lama penyakit ini harus ditanggung atau diderita, seberapa efektif pengobatan dan rencana tindakan medis yang diberikan, atau seberapa banyak biaya yang ditanggung. Hal-hal ini dapat menjadi pemicu kecemasan.
- c. **Kecemasan terhadap rumah sakit dan "white coat syndrome".** Kecemasan tidak selalu berhubungan dengan penyakit. Berada di rumah sakit itu sendiri juga dapat menjadi sumber kecemasan pada beberapa orang. Melihat tenaga kesehatan dengan atribut-atribut yang dikenakannya atau yang dikenal dengan 'white coat syndrome' juga dapat menjadi penyebab ansietas bagi pasien dan keluarganya (Nevada State College, 2018).
- d. **Psikososial dan ekonomi.** Dari faktor psikososial, perempuan, kelompok usia muda dan remaja, seseorang dengan masalah sosial, dan memiliki riwayat gangguan kejiwaan dianggap lebih rentan terhadap masalah ansietas (House & Stark, 2002). Selain itu, semakin lama periode penyakit, maka kecemasan akan beban sosial dan ekonomi yang ditanggung menjadi lebih mungkin terjadi. Misalnya, penyakit kronis dapat mengakibatkan hilangnya peran sosial normal sehari-hari dan kesulitan yang dihadapi oleh pasien yang harus merasa dirinya terus-menerus *dependent* kepada orang lain. Dampak akibat tanggungan ekonomi bagi pasien/keluarganya juga dapat dipersepsikan lebih berat, sehingga menjadi pemicu kecemasan.

11.1.3. Rentang Kemarahan dan Kecemasan

Kemarahan tidak serta merta selalu langsung diungkapkan dalam bentuk yang agresif. Kemarahan dapat dimulai dalam bentuk yang tenang dan terus meningkat sampai pada bentuk agresi fisik, apabila tidak diatasi (Wilder & Sorensen, 2001) atau memang karena secara fisiologis fungsi dari prefrontal korteks belum matang atau terganggu (Hendricks et al., 2013). Berikut adalah rentang kemarahan (kontinum agresi) dalam layanan kesehatan menurut Wilder & Sorensen (2001).

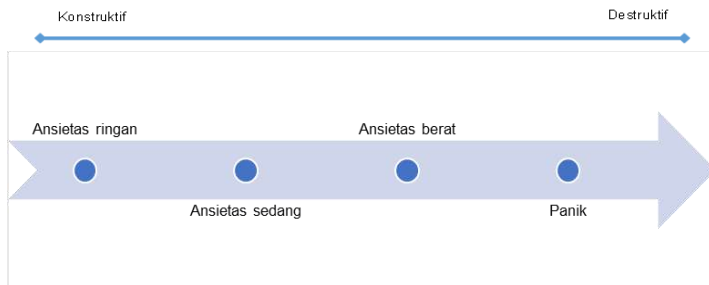


Gambar 11.1. Rentang kemarahan (Wilder & Sorensen, 2001)

Berdasarkan kontinum kemarahan (Gambar 11.1), respon marah dapat dimulai dalam bentuk yang tenang dan tidak mengancam. Meskipun muncul perasaan tidak menyenangkan, pasien atau keluarganya dalam tahapan ini terlihat tenang dan tidak ada agitasi. Pada tahapan ujaran kegelisahan, pasien atau keluarganya telah mengungkapkan kemarahannya secara verbal namun belum mengungkapkan kemarahannya secara spesifik ke arah objek atau orang tertentu, dan tidak mengancam petugas kesehatan. Pada tahap selanjutnya, pasien dapat mengungkapkan kemarahannya secara kasar dan terdapat kebencian atau ketidaksukaan di dalamnya. Dalam hal ini, pasien/keluarganya mengungkapkan kemarahannya secara verbal namun dalam tingkatan emosi yang lebih tinggi antara lain dalam bentuk menangis atau volume suara yang lebih tinggi dan berdetur. Respon

kemarahan dapat berlanjut dalam bentuk mengancam secara verbal. Pasien/keluarga mulai mengarahkan kemarahan kepada orang/objek yang spesifik, menunjukkan kebutuhan adanya tindakan atau aksi, membuat ancaman atau konsekuensi apabila kebutuhan ini tidak dipenuhi. Selanjutnya, secara ancaman secara fisik dapat terjadi. Pasien/keluarga mengambil sikap yang mengarah pada kekerasan, dapat memindai area sekitar untuk menemukan benda-benda atau 'senjata' untuk melakukan kekerasan, dan melakukan gerakan-gerakan agresif terhadap tenaga kesehatan. Di akhir kontinum, pasien/keluarganya dapat memberikan serangan atau kekerasan secara nyata pada tenaga kesehatan.

Pada masalah kecemasan (ansietas), Stuart & Laraia (2005 dalam Nurhalimah, 2016) menyatakan 4 rentang kecemasan. Mulai dari ringan sampai dengan panik.



Gambar 11.2. Rentang kecemasan (Stuart & Laraia, 2005 dalam Nurhalimah, 2016)

Kecemasan ringan disebut sebagai tingkatan kecemasan yang muncul sehari-hari dalam kehidupan pasien/keluarganya dan menyebabkan mereka waspada. Meskipun respon-respon fisiologis seperti nafas pendek, ketegangan otot, sulit untuk duduk atau berperilaku dengan tenang dapat muncul, namun tingkat kecemasan ini disebut sebagai sesuatu yang secara umum positif karena dapat memberikan motivasi untuk daya kreatif dan daya juang untuk mencapai sesuatu.

Pada tingkatan sedang, pasien/keluarga menjadi lebih selektif dan memusatkan perhatian ke satu hal dan cenderung

mengabaikan yang lain. Dalam hal ini, seseorang terlihat tidak tenang dan merasa tidak aman, lebih cepat dan lebih banyak berbicara namun masih dapat melakukan sesuatu dengan terarah. Pada tingkatan ansietas yang berat, persepsi pasien/keluarga menyempit, sulit berpikir untuk hal-hal lain dan hanya ingin segera melepaskan ketegangan. Pasien/keluarga merasakan ancaman yang meningkat, tidak melibatkan diri dalam hubungan interpersonal, dan sulit mengatasi masalah. Pada tahap panik, pasien/keluarga memperlihatkan ketakutan, merasakan teror, sulit mengikuti arahan dengan baik, lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu berpikir dengan justifikasi yang baik, dan sulit terlibat dalam relasi interpersonal. Pada kondisi ini, kemarahan yang agresif secara verbal dan fisik dapat terjadi.

11.2. Strategi Komunikasi Pada Kemarahan dan Kecemasan

Komunikasi pada pasien dengan emosi yang sulit membutuhkan strategi yang tepat. Berikut akan diuraikan strategi umum dan strategi secara khusus yang dapat dilakukan.

Adapun strategi umum yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut.

- a. Penyebab kemarahan dan kecemasan dapat sangat bervariasi, maka pertama-tama, *do not take it too personally*. Beri postur yang tetap tenang, profesional, berpikir positif, bersikap positif, dan bertindak positif.
- b. Pada fase pra-interaksi, pelajari dengan baik data mengenai pasien. Temukan, apakah ada hal-hal yang berpotensi membuat pasien atau keluarganya menjadi lebih rentan terhadap rasa cemas dan marah.
- c. Lewat komunikasi yang empatetik, identifikasi sebab/akar/sumber kecemasan dan kemarahan pasien. Pelajari kembali teknik-teknik *active listening* yang telah diajarkan pada bab sebelumnya untuk melakukan hal ini dengan baik.
- d. Tunjukkan rasa hormat dan tunjukkan minat (empati) yang tulus untuk membantu pasien dan keluarganya. Perhatikan sikap non-verbal anda. Hindari membuat ekspresi wajah, sikap tubuh, unsur suara yang menunjukkan bahwa anda

merendahkan, tidak peduli, bahkan ikut larut dalam emosi kemarahan dan kecemasan yang dialami oleh pasien atau keluarganya.

- e. Nilai rentang kecemasan dan kemarahan pasien dan dampak kecemasan dan kemarahan pasien tersebut terhadap proses perjalanan penyakitnya.
- f. Rencanakan dan berikan intervensi keperawatan yang diperlukan, terutama beri perhatian pada kasus gangguan kecemasan yang telah mengarah pada kategori abnormal atau patologis.
- g. Hindari mengucapkan sesuatu seperti hafalan.

Pada klien dengan kemarahan, adapun strategi tambahan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut.

- a. Ambil jarak yang nyaman dan aman dengan pasien.
- b. Gunakan pendekatan asertif (dapat menggunakan prinsip CARE dibawah) yang mengedepankan kesejahteraan bersama baik diri maupun pasien, bukan hanya salah satu pihak seperti yang terjadi pada pendekatan pasif, pasif agresif, dan agresif.
- c. Bila kemarahan berada pada rentang amuk dan sampai melakukan kekerasan, maka menghindarlah dan minta pertolongan pada pihak keamanan
- d. Bila terjadi kemarahan dan penyebabnya adalah murni kelalaian anda, maka sampaikan permohonan maaf. Misalnya, *“Maaf Bapak/Ibu atas kelalaian/kesalahan saya. Kedepannya hal ini tidak terulang kembali. (Tunggu respon pasien). Kalau begitu,...(sampaikan rencana tindak lanjut)”*. Apabila pasien sudah menerima dan mereda, segera tunjukkan profesionalitas anda. Tunjukkan kecekatan, kesigapan, dan profesionalisme dalam melakukan asuhan/tindakan. Hal ini akan mengkompensasi kemarahannya.
- e. Bila penyebab kemarahan adalah karena tanggung jawab dan berhubungan dengan pekerjaan anda sebagai perawat atau hal-hal di luar anda, maka sampaikan respons empati atas ketidaknyamanan yang dirasakan. Misalnya ketika pasien harus menunggu lama karena anda sedang bertugas, anda dapat memberikan respon empati *“Maaf Bapak/Ibu atas*

ketidaknyamanannya menunggu lama, karena tadi saya bersama dengan dokter harus segera menangani seorang pasien yang kritis. Terima kasih atas pengertiannya”.

- f. Pada respon terhadap kemarahan, hindari secara langsung menyampaikan di awal pembicaraan bahwa pasien dan keluarganya “Bapak jangan marah..”, ”Ibu tidak boleh marah...”.

Pada klien dengan kecemasan, adapun strategi tambahan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut.

- a. Ketika bertemu dengan pasien atau keluarganya, amati apakah adanya tanda dan gejala kecemasan pada pasien dan biasakan selalu menanyakan kabar dan perasaan pasien.
- b. Hubungkan efek dari rentang kecemasan pasien dengan fungsi mental, fisik, dan kognitif pasien. Kemudian, sesuaikan proses komunikasi anda.
- c. Identifikasi sumber dukungan bagi pasien dan strategi koping yang biasanya pasien lakukan saat pasien merasa cemas.
- d. Berikan intervensi yang sesuai dengan sumber kecemasan.
- e. Bila kecemasan berhubungan dengan ketidaktahuan pasien mengenai perjalanan penyakit dan pengobatan, maka upayakanlah waktu untuk memberikan penjelasan dan klarifikasi dan kesempatan bagi pasien untuk bertanya.
- f. Ajarkan teknik-teknik non-farmakologi yang dapat membantu menurunkan kecemasan misalnya teknik relaksasi atau teknik distraksi untuk menurunkan tingkat kecemasan, jika perlu. Atau, lakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, bila ditemukan rentang kecemasan berat pada pasien.

Berikut adalah beberapa teknik deeskalasi yang dapat digunakan dalam menghadapi klien dengan kemarahan atau rasa cemas.

- a. **Model CARE (Clarify, Articulate, Request, Encourage).** Menurut Riley (2020), CARE merupakan model untuk melakukan komunikasi yang asertif, bertanggung jawab, pada pasien yang memiliki perilaku berisiko. Namun dengan model yang sama, perawat juga dapat menggunakannya untuk melakukan komunikasi efektif pada pasien dengan emosi yang sulit.

CARE (Riley, 2020)
<p>C = Clarify Fokus pada masalah, klarifikasi, dan pastikan diri telah memahami apa yang menjadi masalah pada pasien/keluarganya.</p>
<p>A = Articulate Artikulasikan mengapa masalah tersebut terjadi. Kaji apa yang menjadi penyebab masalah pasien/keluarga. Bedakan apa yang ada pada level <i>thoughts</i> (pikiran) dan <i>feeling</i> (perasaan) pasien/keluarganya.</p>
<p>R = Request Amati dan kaji apa yang menjadi permintaan atau kebutuhan pasien/keluarga agar masalahnya dapat diselesaikan.</p>
<p>E = Encourage</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sampaikan kepada pasien bahwa pemahaman anda mengenai apa yang dirasakan oleh pasien/keluarganya dan sadari kesulitan yang dialami oleh pasien/keluarganya. ● Apabila permasalahan tersebut adalah sesuatu yang merugikan pasien, secara asertif, dorong pasien untuk melakukan perubahan dan sampaikan apa dampak positif perubahan dan dampak negatif apabila tidak melakukan perubahan tersebut. ● Apabila permasalahan tersebut menyerang diri perawat, tetap tenang dan berpikir positif, fokus pada permasalahan, dan sampaikan langkah-langkah profesional yang perawat akan ambil, dan beri kesempatan kepada pasien/keluarga untuk memutuskan atau memberikan pertimbangan.

Contoh kasus dengan penggunaan komunikasi CARE (diadaptasi dari Riley, 2020):

Ny. Siti mengalami luka bakar yang cukup luas. Dia telah terbiasa dirawat oleh perawat Ana selama beberapa minggu. Saat perawat Ana sedang mengambil waktu untuk cuti, anda yang saat itu masih perawat junior ditunjuk untuk merawat Ny. Siti.

Anda: "Saya bantu untuk merawat luka ibu ya. Kalau saya amati luka bakarnya, saya merasa ibu sudah menunjukkan peningkatan yang sangat baik ya."

Ny. Siti: "Iya, saya berterima kasih sekali dengan perawat Ana. Dia itu perawat yang sangat luar biasa. Sudah berminggu-minggu, ia yang selalu merawat luka saya. Baik, perhatian. Saya ingin dia yang ada disini membantu saya. Saya kaget hari ini bukan dia yang datang. Kamu memang bisa merawat luka seperti ini? Kamu kan masih baru. Tolong betul-betul diperhatikan ya. Kalau misalnya ada yang salah, saya tidak segan-segan melaporkan kamu."

Clarify

Masalah utama: Ny. Siti khawatir bila luka tidak membaik.

Articulate

Penyebab masalah utama yang mungkin:

- a. Pikiran: Ny. Siti menganggap anda masih junior yang mungkin dapat melakukan kesalahan dalam merawat luka.
- b. Perasaan: Ny. Siti sudah merasa sangat nyaman dengan perawat Ana. Ia merasa perawat Ana sangat peduli padanya. Ia tidak percaya bahwa anda dapat memberikan perawatan yang lebih baik dari perawat Ana.

Request

Permintaan/kebutuhan: Ny. Siti ingin anda memberikan perawatan terbaik, hati-hati, dan peduli pada luka yang dialaminya.

Encourage

Sampaikan pemahaman anda mengenai masalah dan sadari kesulitan yang dialami:

Anda: "Baik ibu. Sepertinya ibu rindu dengan perawat Ana ya karena sudah lama bersamanya. Apalagi, perawat Ana memang luar biasa dan selalu memberikan perawatan yang optimal. Meskipun saya masih junior, saya akan berupaya sebaik mungkin dan pastikan dengan hati-hati merawat luka ibu. Apabila ibu

memiliki kekhawatiran, ibu juga bisa menyampaikannya dan bertanya kepada saya ya bu. Saya akan mencoba menjawab dengan sebaik mungkin.”

b. Model LOWLINE

Model LOWLINE (Lowry et al., 2016) digunakan untuk komunikasi efektif dengan fokus pada pentingnya sikap verbal maupun non-verbal dalam menghadapi emosi pasien/ keluarganya yang sulit.

LOW-LINE (Lowry et al., 2016)
<p>L = Listen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gunakan <i>active listening</i> ● Beri cukup waktu bagi pasien untuk menjelaskan ● Jangan memberikan argumentasi apapun
<p>O = Offer</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Refleksikan penjelasan dari pasien (lakukan <i>restatement</i> atau <i>parafrase</i>) secara singkat ● Pastikan agar pasien tahu bahwa kita ikut merasakan kecemasannya ● Jangan merendahkan perasaan atau penyebab kemarahan pasien ● Bila pasien tidak tahu asal muasal penyebab amarahnya, beri kembali waktu mereka untuk berbicara (meredakan emosinya)
<p>W = Wait</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perawat harus menghindari godaan untuk selalu mengisi celah komunikasi dengan kata-kata. ● Gunakan <i>intentional silence</i>. Bila situasi tidak nyaman, hitung dari 10 s.d 0
<p>L = Look</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Eye-contact</i> diperlukan namun tetap sesuaikan dengan budaya setempat dan hindari membuat tatapan yang tidak natural dan terus-menerus tanpa henti. ● Pertahankan ekspresi wajah yang sesuai dengan konteks pasien.

<p>I = <i>Incline</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sedikit memiringkan kepala dapat memberi efek bahwa kita memberikan minat terhadap pasien dan pasien juga dapat mendapatkan kesan bahwa sikap tubuh kita tidak mengancam
<p>N = <i>Nod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sesekali anggukkan kepala ● Hal ini menunjukkan bahwa perawat punya atensi yang terus menerus dan kerelaan untuk mendengarkan tanpa menginterupsi
<p>E = <i>Express</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sampaikan keinginan bahwa perawat ingin mengerti pasien. Ekspresikan empati dalam respon yang singkat. Misalnya “<i>Iya ya pak, saya mengerti bahwa hal itu tidak mudah.</i>” ● Gunakan <i>active listening</i>

c. NURSE mnemonic

NURSE mnemonic atau jembatan keledai NURSE (Back et al., 2005) merupakan model komunikasi untuk merespon perasaan atau emosi pasien/keluarganya yang sulit dengan penekanan pada pendekatan empatetik pada pasien/keluarganya.

NURSE mnemonic (diadaptasi dari Back et al., 2005)
<p>N = <i>Name the emotion</i> (verbal dan non-verbal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sebutkan perasaan pasien/keluarga secara verbal maupun non-verbal secara sugestif bukan deklaratif ● Contoh: “Sepertinya ibu terlihat sangat cemas ya? (kontak mata dan wajah yang menunjukkan kepedulian)”
<p>U = <i>Understand the emotion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tunjukkan bahwa anda memahami kesulitan dan perasaan pasien/keluarganya, namun hindari untuk langsung merasa bahwa anda telah memahami betul terutama di awal-awal percakapan. Tetap lakukan eksplorasi dengan teknik mendengarkan aktif (<i>active</i>

<p><i>listening)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Contoh: <i>“Dari apa yang ibu katakan, sepertinya ibu sedang khawatir tentang efek dari kemoterapi pada anak ibu?”</i> atau <i>“Pasti sulit ya bu. Saya tidak bisa membayangkan seperti apa rasanya”</i>
<p>R = Respect</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Akui dan hormati emosi pasien dan puji cara-cara yang telah dilakukan pasien untuk mengatasi masalahnya ● Gunakan reaksi non-verbal yang menunjukkan bahwa emosi pasien penting ● Contoh: <i>“Kalau saya memperhatikan kembali apa yang telah ibu lakukan untuk anak ibu, ibu sangat luar biasa. Saya sangat terkesan. Ibu selalu memberi yang terbaik. Ibu merawat anak ibu dengan penuh perhatian selama sakitnya yang panjang ini”</i>
<p>S = Support</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ungkapkan keprihatinan dengan menyatakan kesediaan untuk mendukung, membantu, atau bekerjasama. ● Contoh: <i>“Saya akan terus mendukung ibu. Apapun yang terjadi di depan, kita akan sama-sama lakukan yang terbaik untuk anak ibu ya.”</i>
<p>E = Explore</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pada saat ini, perasaan pasien/keluarga akan lebih tenang. Gunakan prinsip <i>“tell me more”</i>. Tunjukkan minat anda ingin memahami permasalahan pasien/keluarga dengan lebih baik. Beri kesempatan untuk menguraikan permasalahan. ● Contoh: <i>“Sekarang saya ada disini, apakah ada yang ibu ingin bagikan lebih lanjut kepada saya mengenai kekhawatiran ibu tentang anak ibu?”</i>

11.3. Mengenal Depresi

Depresi adalah gangguan mental umum yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah, atau rendah

diri, gangguan tidur atau nafsu makan, konsentrasi yang buruk, dan dapat datang dengan gejala kecemasan (Marcus *et al.*, 2012). Pada bentuk yang parah, depresi dapat berakhir dengan kejadian bunuh diri (WHO, 2017). Depresi adalah salah satu gangguan kejiwaan yang menjadi perhatian dunia. Di dunia terdapat lebih dari 300 juta orang diestimasi menderita depresi, setara dengan 4.4 persen populasi global. Angka ini diprediksi terus meningkat, secara khusus dari negara-negara miskin, dan juga dipengaruhi meningkatnya jumlah populasi berisiko mengalami depresi (WHO, 2017). Bahkan, pandemi COVID-19 yang menimpa dunia juga diprediksi menjadi faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan depresi yang signifikan di tingkat global. Melalui studi yang dilakukan oleh Santomauro *et al.*, (2021), angka depresi diestimasi meningkat 25 persen akibat pandemi COVID-19.

Secara umum, depresi muncul akibat interaksi yang kompleks antara faktor-faktor sosial, psikologis, dan biologis (WHO, 2021). Adapun faktor-faktor risiko dari depresi antara lain adalah kondisi disabilitas, usia, kurangnya dukungan sosial, adanya gangguan fisik akibat penyakit atau kualitas tidur yang buruk, kemiskinan atau status pengangguran, kedukaan, kejadian-kejadian traumatis (WHO, 2021; Cole & Dendukuri, 2003). Seorang individu yang lahir dari orang tua, secara khusus ibu, yang mengalami depresi juga meningkatkan risiko seseorang mengalami risiko di kehidupan selanjutnya. Hal ini tidak hanya diakibatkan, predisposisi genetik yang dibawa dari orang tuanya, namun juga, kemungkinan yang lebih besar untuk terpapar kondisi-kondisi yang penuh stres di sepanjang kehidupan, misalnya konflik pernikahan atau pola asuh yang maladaptif (Hammen, 2018).

Kondisi depresi pada seseorang dapat mempengaruhi perjalanan perawatan dan pengobatan. Dalam pelayanan kesehatan, penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan depresi jauh lebih mungkin untuk tidak patuh dalam pengobatan dibandingkan pasien yang tidak mengalami depresi (Zeineddine *et al.*, 2016; Goldstein, Gathright & Garcia, 2017). Meningkatnya kasus depresi secara global dan dampak depresi

pada proses perawatan menjadi dasar mengapa perawat perlu mengembangkan keterampilan dalam menghadapi pasien dengan depresi, termasuk dalam komunikasi.

11.4. Strategi Komunikasi Pada Klien dengan Depresi

Beberapa hal dibawah ini adalah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam upaya membangun komunikasi yang tepat bagi klien dengan depresi (*Mental Health First Aid Australia, n.d.; New South Wales Government, 2020*).



Gambar 11.1. Gaya komunikasi yang lebih banyak mendengarkan pada pasien dengan depresi

- a. Sebelum memulai interaksi, pastikan bahwa perawat telah memeriksa perasaannya sendiri. Menentukan batasan diri dengan mengingat bahwa perilaku yang dapat membahayakan diri pasien dan diri perawat tidak dibenarkan. Pada fase ini, bekali kembali diri dengan prinsip-prinsip komunikasi pada pasien yang mengalami depresi.
- b. Binalah hubungan yang terapeutik yang dilandasi komunikasi yang empati dan rasa percaya.
- c. Apabila pasien membuka diri dan perasaannya, gunakan teknik mendengar aktif. Dengarkan pasien lebih banyak dari pada memberikan komentar.

- d. Komunikasi dengan sabar dan pertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan klien.
- e. Hargai pasien saat dia mengutarakan perasaannya, namun jangan menyetujui pernyataan atau perilaku negatif yang dapat merugikan diri pasien. Dengan lembut, perawat dapat memberikan perspektif alternatif. Misalnya, *"Apabila bapak/ibu memiliki teman baik yang mengalami hal tersebut, apa yang akan bapak/ibu sampaikan?"*
- f. Hindarilah pernyataan yang seolah 'menyederhanakan' situasi yang dihadapi oleh pasien, misalnya pernyataan *"semua akan baik-baik saja"* atau *"mungkin hal yang bapak/ibu pikirkan tidak seburuk itu"* atau *"ingatlah ada orang lain yang mengalami hal yang jauh lebih sulit dari yang bapak/ibu hadapi"* atau *"Ibu/bapak sepertinya sedang overthinking"*, sebab hal ini dapat membuat pasien merasa perawat tidak mau memahaminya dan tidak berminat terhadap pasien. Ini juga dapat menimbulkan perasaan negatif dan tidak nyaman dengan perawat.
- g. Hindari pernyataan yang seolah menyatakan bahwa pasien adalah penyebab dari kondisi depresi yang dialami, usaha pasien untuk pulih masih sangat kurang, atau sebaliknya usaha yang dilakukan pasien sia-sia.
- h. Bantu pasien mengetahui adanya peningkatan yang positif dalam perjalanan perawatannya misalnya pola makan atau pola tidur yang membaik. Hal yang sama juga bisa dilakukan untuk potensi, atribut positif, prestasi, dan hal baik lainnya tentang diri pasien.
- i. Dukung pasien untuk berpartisipasi dalam berbagai aktivitas yang mendukung perawatan dirinya.
- j. Perhatikan aspek-aspek verbal yang mengindikasikan kemungkinan pasien akan menyakiti dirinya dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain apabila anda menemukan sesuatu yang dapat membahayakan.
- k. Berikan edukasi pada keluarga atau pendamping pasien mengenai kondisi pasien, dampak yang dapat ditimbulkan depresi terhadap perjalanan perawatan, dan pelayanan

kesehatan mental yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga atau pendamping.

- I. Hindari memberikan rekomendasi mengenai obat-obatan atau terapi kepada pasien dan pendamping, apalagi memberikan nasihat dari pengalaman pribadi diri saat merasakan kesedihan (*feeling depressed*) yang dapat jauh berbeda dengan kondisi pasien yang telah didiagnosa kondisi depresi. Lebih baik arahkan mereka pada penyedia dukungan yang tepat.

KOMUNIKASI DALAM PROSES KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KEJIWAAN

PERMAINAN PERAN 11.1. KOMUNIKASI PADA EMOSI YANG SULIT

LIHAT KASUS DIBAWAH. Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak dua orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai pasien. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI

Kasus

Inisial pasien : Ny.A

Nama : Arina

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 36 tahun (10 Maret 19...)

Pekerjaan : Buruh Pabrik
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Alamat domisili : Jl. ABCD, Jakarta Utara
Alamat KTP : Jl. XYZ, Bogor
Nama pendamping : -
Alamat pendamping : -
Hubungan dengan pasien : -
Diagnosa medik : -
Tanggal & waktu MRS : 17 Juni 20.., 10.00 WIB
Keluhan utama MRS : insomnia, pikiran bunuh diri, sering
lelah, dan hilang minat
TTV MRS : TD: 120/70; N: 85 kali/menit; S: 36.4 °C; RR:16 kali
per menit
Hasil pemeriksaan penunjang: -
Riwayat penyakit : -

Kondisi hari ini

Hari ini (17 Juni 20..), Ny. A datang ke rumah sakit dengan keluhan insomnia, pikiran bunuh diri, sering merasa kelelahan, dan kehilangan minat. 4 bulan lalu, Ny. A baru saja kehilangan anak yang masih berusia 5 tahun.

Tujuan komunikasi

Membina hubungan percaya, mengeksplorasi penyebab, menunjukkan dukungan dan empati, merencanakan pertemuan selanjutnya.

I. FASE PRAINTERAKSI

- *Tuliskan apa yang perlu dilakukan pada fase prainteraksi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
- *Tuliskan apa yang akan anda lakukan pada fase kerja dan terminasi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*

II. FASE ORIENTASI

Tuliskan dialog pada fase orientasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di

dalam kurung ()

III. FASE KERJA

Tuliskan dialog pada fase kerja dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

IV. FASE TERMINASI

Tuliskan dialog pada fase terminasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Sebutkanlah apa yang dimaksud dengan kecemasan dan kemarahan!
2. Apa yang dimaksud dengan depresi?
3. Bagaimana gejala kecemasan, kemarahan, dan depresi?
4. Sebutkanlah minimal tiga penyebab kecemasan dan kemarahan pada konteks pelayanan kesehatan!
5. Apa dampak dari depresi terhadap proses pengobatan?
6. Sebutkanlah masing-masing tiga strategi yang perlu diingat dalam berinteraksi dengan pasien dengan kecemasan, kemarahan, dan depresi!

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, D. F., & Ildil, I. (2016). Konsep kecemasan (anxiety) pada lanjut usia (lansia). *Konselor*, 5(2), 93-99.
- American Association of Psychology. (2020). Fear. Diperoleh dari: <https://dictionary.apa.org/fear>
- Belling, C. (2012). *A condition of doubt: The meanings of hypochondria*. Oxford University Press.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsy, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology 1. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(3), 164-177.
- Burns, J. W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Matsuura, J., Nappi, C., ... & Lofland, K. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: Evaluation of an ironic process model. *Health Psychology*, 27(5), 645.
- Chipidza, F., Wallwork, R. S., Adams, T. N., & Stern, T. A. (2016). Evaluation and treatment of the angry patient. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(3).
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J., & Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *The American journal of cardiology*, 105(11), 1555-1560.
- Eckhardt, C. I., & Crane, C. (2008). Effects of alcohol intoxication and aggressivity on aggressive verbalizations during anger arousal. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 34(4), 428-436.
- Friedman, H. S. (2015). *Encyclopedia of mental health*. Academic Press.

- Graeven, D. B., Sharp, J. G., & Glatt, S. (1981). Acute effects of phencyclidine (PCP) on chronic and recreational users. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 8(1), 39-50.
- Goldstein, C. M., Gathright, E. C., & Garcia, S. (2017). Relationship between depression and medication adherence in cardiovascular disease: the perfect challenge for the integrated care team. *Patient preference and adherence*, 11, 547.
- Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *Jama*, 317(15), 1517-1517.
- Hammen, C. (2018). Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annual review of clinical psychology*, 14, 1-28.
- Hendricks, L., Bore, S., Aslinia, D., & Morriss, G. (2013). The effects of anger on the brain and body. In *National forum journal of counseling and addiction*, 2(10), , 2-5.
- House, A., & Stark, D. (2002). Anxiety in medical patients. *Bmj*, 325(7357), 207-209.
- Legg, T.J. (2019, 21 Mei). Understanding nosophobia or fear of disease. Diperoleh dari: <https://www.healthline.com/health/nosophobia>
- Lowry, M. (2016). De-escalating anger: a new model for practice. *Nursing Times*, 112(4), 4-7.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern.
- Mental Health First Aid Australia. (n.d.). Caring for a person experiencing depression. Diperoleh dari https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0033/444588/depression.pdf
- Midgley, S. J., Heather, N., & Davies, J. B. (2001). Levels of aggression among a group of anabolic-androgenic steroid users. *Medicine, Science and the Law*, 41(4), 309-314.
- Nurhalimah, N. S. (2016). Modul bahan ajar cetak Keperawatan Jiwa. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Nevada State College. (2018, 18 September). 5 Ways to Help Anxious Patients. Diperoleh dari:

<https://online.nsc.edu/articles/rn-bsn/ways-to-help-anxious-patients.aspx>

- Norström, T., & Pape, H. (2010). Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*, 105(9), 1580-1586.
- New South Wales Government. (2020, Januari 20). How can I communicate with someone who has depression? Diperoleh dari <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/strategies/Pages/communicating-depression.aspx>
- Riley, J. B. (2020). *Communication in nursing*. Elsevier Health Sciences. 9th edition
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). Therapeutic nurse-patient relationship. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th ed. Philadelphia: Mosby, 15-49.
- Riley, J.B. (2020). *Communication in Nursing (9th Edition)*. Missouri: Elsevier
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.
- Sheldon, K.L. (2009). *Komunikasi untuk keperawatan* (S. Tinia, Trans.). Jakarta: Penerbit Erlangga. (Original work published 2009).
- Smith, G. (2015). *Mental Health Nursing at a Glance*. Oxford: John Wiley & Sons
- Strickland, B. R. (2011). *The Gale encyclopedia of psychology*. Gale group.
- Towsend, M.C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: Davis Company
- Tikkanen, A. (2021, 15 Apr). Anxiety. Diperoleh dari: <https://www.britannica.com/science/anxiety>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

- World Health Organization. (2021, September 13). Depression. Diperoleh dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wilder SS, Sorensen C, editors. Essentials of Aggression Management in Health Care. London, UK: Pearson; 2001. pp. 51–58.
- Yadav, P. K., Yadav, R. A. M. L., & Sapkota, N. K. (2017). Anger: Its Impact on Human Body. *Innovare Journal of Health Sciences*, 4(5), 3-5.
- Zeineddine, M., Farah, I., Alanzi, S., Alsaud, A., & Bdeir, B. (2016). 61. The effect of depression on medication adherence in patients with heart failure. *Journal of the Saudi Heart Association*, 28(3), 212.

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung
Ilustrasi oleh Yosi Marin Marpaung

BAB 12

KOMUNIKASI DENGAN KELOMPOK

Sepenggal sajak 'Merawat Jiwa'

Wahai teman-teman seperjalananku. Sungguh semangat batinku. Melihatmu berbagi, mendukung, mengobati, mengangkat yang jatuh. Yang perjalanan telah membuatnya kuat, dengan senyum kau mau tolong yang lemah. Indahny saling merawati jiwa.

PENDAHULUAN

Dalam menjalani perannya, sasaran perawat tidaklah hanya dalam artian individu. Bagi perawat, pendekatan pada sekelompok individu juga dapat dilakukan. Area komunikasi yang banyak menyentuh kelompok biasanya dapat ditemukan pada pelayanan kesehatan primer, yang sering menekankan pada upaya pendidikan kesehatan untuk tujuan pencegahan penyakit, peningkatan, dan pemulihan dari penyakit. Pada bab ini strategi komunikasi pada tingkat kelompok akan dijabarkan, terutama dikaitkan dengan upaya melakukan pendidikan kesehatan.

SASARAN BELAJAR

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan dapat:

1. Menjelaskan pengertian kelompok
2. Mendeskripsikan strategi komunikasi untuk tujuan pendidikan kesehatan pada tingkat kelompok
3. Mempraktikkan strategi komunikasi untuk tujuan pendidikan kesehatan pada tingkat kelompok

URAIAN MATERI

Komunikasi Pada Tingkat Kelompok

Kelompok dapat didefinisikan sebagai kumpulan dua orang atau lebih yang dicirikan dengan minat yang sama (WHO, 1988). Beberapa contoh kelompok dalam masyarakat adalah keluarga, perkumpulan lansia, karang taruna, perkumpulan pedagang, perkumpulan pelajar, sekumpulan pasien yang berkumpul di pusat kesehatan masyarakat, bahkan sekumpulan orang yang sedang berada di dalam kendaraan umum.

Meskipun sekilas terlihat lebih rumit daripada berkomunikasi pada tingkat individu, terdapat berbagai nilai lebih yang dapat diraih ketika komunikasi dilakukan pada tingkat kelompok. Diantaranya, terdapat kesempatan yang lebih besar untuk menemukan dukungan dan dorongan positif dari orang-orang lain di dalam kelompok tersebut dan memungkinkan terjadinya transfer ilmu pengetahuan yang didasari pengalaman dan keterampilan antar anggota kelompok.

Sebelum melakukan komunikasi pada tingkat kelompok, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain ukuran anggota kelompok, keterlibatan anggota kelompok, profil anggota kelompok, tipe kelompok berdasarkan sifat keanggotannya, dan topik yang akan dibicarakan dalam kelompok.

Dari ukuran anggota kelompok, anda dapat mengklasifikasikan kelompok menjadi dua tipe yakni kelompok besar atau kelompok kecil. Kelompok kecil dapat dikategorikan kumpulan dengan jumlah kurang dari 15 orang. Sedangkan kelompok besar dikategorikan lebih dari 15 orang. Dalam tujuan pendidikan kesehatan, terdapat beberapa strategi yang perlu diperhatikan saat berkomunikasi pada kelompok kecil. Perawat perlu lebih banyak mendengar, memberikan empati, dan menunjukkan gaya yang penuh kepedulian dan semangat dalam berbagi informasi, membantu anggota kelompok untuk terkoneksi secara personal ke dalam pesan-pesan kesehatan. Pada kelompok besar, gaya komunikasi yang penuh dinamika dan ekstrovert perlu dilakukan. Selain itu, ukuran kelompok juga berhubungan dengan seberapa banyak anggota kelompok dapat berpartisipasi. Bila

tujuan dari komunikasi adalah berbagi pengalaman dan mendukung satu dengan yang lain di dalam kelompok, maka perawat sebaiknya tidak membuat kelompok terlalu besar. Kelompok dapat disusun paling banyak lima orang agar komunikasi dua arah antar anggota di dalam kelompok dapat terjadi secara maksimal. Setiap orang juga memiliki kesempatan yang lebih besar untuk menyampaikan pesan.



Gambar 12.1. Komunikasi pada kelompok kecil (WHO, 1988)

Terdapat beberapa strategi komunikasi yang dapat dilakukan pada kelompok yang kecil antara lain dengan diskusi kelompok, brainstorming, *buzz group*, permainan peran, simulasi permainan, dan demonstrasi. Dalam diskusi kelompok sebaiknya, seperti yang telah disinggung sebelumnya, jumlah anggota sebaiknya terdiri dari lima orang. Partisipasi dan kesempatan untuk berbicara menjadi kunci keberhasilan diskusi di dalam kelompok. Hal ini dapat didukung dengan pemimpin diskusi yang membuat pertanyaan-pertanyaan pemantik dan mengatur agar setiap orang dapat menyatakan pendapatnya. Format kursi dalam diskusi kelompok sebaiknya berbentuk U atau O atau \square . Diskusi kelompok

ini baik dilakukan setelah presentasi, menonton film, atau pada orang-orang yang mengalami suatu pengalaman yang sama.



Gambar 12.2. Format tata letak dalam diskusi kelompok

Pada *brainstorming*, kelompok menggunakan *flipchart* atau papan tulis dan meminta setiap peserta untuk memberikan tanggapannya terhadap isu atau pertanyaan pemantik yang dilontarkan. Kegiatan ini dapat membuka kreativitas dan ide-ide baru dan mendorong partisipasi anggota kelompok karena idenya tertuang dan tercatat. Selanjutnya *buzzgroup* dapat dilakukan dengan membagi kelompok menjadi lebih kecil lagi, dengan masing-masing kelompok berjumlah 3-4 orang. Masing-masing kelompok diberikan permasalahan yang berbeda dengan orang lain, dan setiap kelompok kemudian memberitahukan penemuan, kesimpulan, dan saran mereka di hadapan kelompok lain untuk kasus yang diberikan. Strategi yang lain pada kelompok kecil adalah permainan peran baik yang terencana atau yang spontan. Pada permainan peran yang terencana, setiap orang yang ditunjuk diberikan kesempatan yang cukup lama untuk mendiskusikan pesan yang disampaikan sebelum ditampilkan. Sedangkan yang spontan, setiap orang dalam kelompok ditunjuk secara spontan untuk memainkan sebuah peran, misalnya dokter, perawat, pasien, dan lain-lain dengan waktu persiapan yang singkat. Terakhir, teknik demonstrasi adalah teknik yang digunakan khusus untuk melatih keterampilan. Hal ini sesuai dengan sebuah pepatah Cina yang berkata "*If I hear, I forget, If I see, I remember, If I do, I know*". Pada teknik ini, kelompok diberikan teori terlebih dahulu kemudian diajak bersama-sama mempraktikkan satu bentuk kegiatan. Misalnya, kelompok diajarkan menggunakan pemasangan kelambu

berinsektisida dengan tepat, atau pembuatan larutan gula dan garam untuk mencegah diare.

Pada kelompok besar, terdapat beberapa teknik yang dapat dilakukan, antara lain ceramah, baik secara tradisional, partisipatif, umpan balik, dan dengan media. Secara tradisional, ceramah menempatkan narasumber sebagai satu-satunya sumber informasi. Ceramah yang bersifat partisipatif, biasanya menempatkan *brainstorming* di bagian awal dan di tengah ceramah. Pada ceramah umpan balik, ceramah dilakukan terlebih dahulu kemudian dilanjutkan dengan diskusi pada kelompok-kelompok yang lebih kecil. Strategi lain adalah membuat drama teatrikal. Pada kegiatan ini, pesan perlu dipersiapkan dengan sangat matang. Kelompok besar harus mampu mengidentifikasi maksud dari setiap karakter, pesan, latar dengan tepat. Selanjutnya, teknik *workshop* juga dapat dilakukan. Pada *workshop*, pengalaman dan pengetahuan dapat dibagikan dengan lebih intensif dalam bentuk diskusi dan dibarengi dengan praktik. Topik biasanya bersangkutan dengan satu area khusus. *Workshop* dapat bersifat serial, yang berlangsung dalam beberapa waktu. Bentuk lainnya dalam kelompok besar adalah melakukan simposium atau konferensi. Kedua strategi ini biasanya bersifat sangat formal dan akademik. Ahli dan akademisi di bidangnya dapat memberikan presentasi mengenai topik tertentu yang mengacu pada sebuah tema besar yang telah ditetapkan. Pada kelompok yang lebih besar, komunikasi massa dapat dilakukan dengan pendekatan media massa. Diskusi atau talkshow dan pidato dapat ditayangkan lewat televisi atau radio. Pembuatan tulisan di koran, majalah, atau penggunaan teknologi dengan cara menulis dan membuat video atau *live Q&A* konsultasi kesehatan di website dan media sosial juga dapat dilakukan. Cara-cara lain yang kreatif juga dapat dilakukan dengan menyelenggarakan konser, jalan sehat atau senam atau bersepeda bersama, pemeriksaan kesehatan gratis, membuat gerakan-gerakan terkait kesehatan yang dapat dipelajari lewat *dance*.

Terdapat dua jenis tipe kelompok berdasarkan keterlibatan anggota kelompok, yaitu kelompok dengan keterlibatan tinggi dan kelompok dengan keterlibatan rendah. Kelompok dengan

keterlibatan tinggi dapat diartikan sebagai sebagai kelompok yang anggotanya memiliki motivasi untuk lebih memperhatikan topik atau isu yang akan dikomunikasikan karena adanya relevansi yang sangat kuat antara topik yang disampaikan dengan kepentingan kelompok (Perloff, 2017). Oleh sebab itu, kelompok ini akan menyimak dan mencerna topik yang disampaikan dengan hati-hati. Selanjutnya terdapat kelompok dengan keterlibatan rendah. Pada kelompok ini, anggotanya merasa bahwa topik yang disampaikan tidak berhubungan dengan kepentingan mereka . Selain itu, topik juga tidak memiliki konsekuensi yang berarti bagi kelompok (Perloff, 2017). Maka, dalam kondisi ini, motivasi kelompok akan tampak rendah saat dilakukan komunikasi. Strategi yang perlu diperhatikan dalam melakukan komunikasi untuk tujuan pendidikan kesehatan pada kelompok dengan keterlibatan tinggi adalah lebih banyak memberikan pernyataan yang bersifat faktual yang bersumber dari bukti-bukti yang dapat dipercaya. Dengan kata lain, pesan yang disampaikan harus mengandung kualitas bukti yang baik. Sementara itu, pada kelompok dengan keterlibatan rendah, komunikasi harus dapat meningkatkan motivasi kelompok. Argumentasi yang impresif, fakta-fakta yang banyak, serta testimoni-testimoni dapat digunakan dalam komunikasi (Perloff, 2017).

Yang ketiga yang perlu diperhatikan adalah profil anggota kelompok. Pertanyaan yang perlu dilontarkan sebelum memulai komunikasi adalah, ada dimana rentang usia anggota kelompok yang terlibat, apa profesi anggota kelompok, dari mana asal anggota kelompok, apa bahasa yang digunakan oleh anggota kelompok, apakah kelompok memiliki disabilitas, dan lain sebagainya. Misalnya, bila anggota kelompok terdiri dari individu lanjut usia (lansia), maka cara berkomunikasi di dalam kelompok juga akan berbeda dengan kelompok yang terdiri dari individu remaja. Seperti layaknya berkomunikasi pada tingkat individu, komunikasi pada kelompok lansia pun memerhatikan energi lansia saat berkomunikasi, memastikan tidak melakukan komunikasi seperti kepada anak kecil, dan memerhatikan unsur suara dan cahaya. Contoh lain adalah bila kelompok merupakan perkumpulan pedagang pasar, maka pesan dapat disusun dengan sederhana dan

memerhatikan waktu terbaik yang tidak mengganggu aktivitas mata pencaharian mereka.

Berdasarkan sifat keanggotaan kelompok, kelompok dapat dibagi menjadi dua tipe yakni tipe kelompok yang formal dan yang informal. Kelompok yang formal adalah kelompok yang setiap anggotanya menyadari dirinya sebagai bagian dari kelompok tersebut dan terdapat semangat untuk memperjuangkan tujuan dan kesejahteraan bersama (WHO, 1988). Contoh dalam hal ini adalah perkumpulan pedagang dan karang taruna. Sedangkan, pada kelompok informal, setiap anggota memang memiliki minat yang sama, namun tidak memiliki tujuan dan kesejahteraan bersama yang dituju. Misalnya, sekumpulan pasien yang sedang berada di ruang tunggu di pusat kesehatan masyarakat.

Pada kelompok informal, dalam komunikasi yang bertujuan untuk pendidikan kesehatan, yang pertama, perawat perlu memerhatikan apa tujuan dan minat dari kelompok ini (WHO, 1988). Misalnya, pada poliklinik ibu dan anak, kita menemukan sekumpulan ibu hamil yang sedang berada di ruang tunggu menanti giliran memeriksakan kehamilannya. Dari sini, perawat dapat memandang bahwa ketertarikan kelompok ini adalah mengenai kesehatan kandungan. Berangkat dari pemahaman akan ketertarikan ini, perawat dapat menyusun topik pendidikan kesehatan yang relevan. Misalnya, mengenai 'diet sehat pada masa kehamilan' atau 'olahraga yang tepat pada masa kehamilan'. Yang kedua, perawat juga perlu memerhatikan gaya komunikasi yang tepat, dikarenakan kelompok informal yang tidak memiliki keterikatan satu dengan yang lainnya. Perawat dapat memicu perkenalan antar anggota kelompok dan memastikan adanya teknik komunikasi yang mendorong partisipasi kelompok. Yang ketiga, perawat perlu memerhatikan waktu yakni kapan kegiatan dimulai dan seberapa panjang komunikasi dapat dilakukan. Dalam kasus sebelumnya, kegiatan pendidikan kesehatan pada ibu-ibu hamil di ruang tunggu dapat dilakukan sebelum waktu konsultasi dokter dimulai. Mengingat waktu konsultasi, maka komunikasi dilakukan tidak lebih dari 20 sampai dengan 30 menit. Karena singkatnya waktu, maka teknik penyampaian pesan dapat

menggunakan beberapa metode antara lain dengan cerita singkat, lagu, poster, atau demonstrasi.



Gambar 12.3. Pemilihan media yang tepat akan membantu proses komunikasi yang lebih efektif di dalam kelompok

Komunikasi pada kelompok formal, secara strategi akan lebih mudah dilakukan dari pada komunikasi pada kelompok informal. Hal ini dikarenakan kebutuhan kelompok lebih mudah diidentifikasi dan kemungkinan kerjasama, saling berbagi, dan saling mendukung akan lebih mudah muncul. Meski demikian, tantangan dalam komunikasi adalah bagaimana terlebih dahulu mendapatkan kepercayaan kelompok. Sebelum berkomunikasi, perawat harus mendapatkan kepercayaan pemimpin kelompok terlebih dahulu (WHO, 1988). Kepercayaan ini akan muncul ketika pemimpin kelompok melihat bahwa Anda memang memiliki sesuatu yang dapat diberikan untuk membantu menjawab tujuan kelompok, pemecahan masalah di dalam kelompok, atau memiliki potensi semakin menyejahterakan anggota kelompok. Apabila komunikasi berhasil meraih kepercayaan pemimpin kelompok, maka komunikasi selanjutnya pada anggota kelompok akan cenderung lebih mudah. Hal kedua yang perlu diperhatikan adalah prinsip hormat. Perawat harus menunjukkan bahasa tubuh dan pemilihan unsur verbal yang mencirikan penghormatan terhadap

kelompok. Perawat menghargai waktu yang telah diberikan kelompok dan menjelaskan pesan dengan cara yang dapat diterima anggota kelompok dengan mudah.

Topik yang dibawakan dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis. Topik yang bersifat sensitif dan topik yang bersifat umum. Ketika topik bersifat sensitif, maka perawat dapat menyasar atau membentuk kelompok yang ukurannya lebih kecil. Dalam hal ini tidak lebih dari lima orang. Pada kelompok yang lebih kecil, rasa percaya satu dengan yang lain akan lebih mudah untuk dibangun. Selain itu, ukuran ini akan meningkatkan rasa percaya diri untuk berbagi hal yang sensitif dan bersifat pribadi, dibandingkan bila membagikannya di kelompok besar (WHO, 1988).

Hal lain-lain yang juga perlu menjadi perhatian perawat dalam melakukan komunikasi pada kelompok adalah perlunya perawat memastikan penggunaan *active listening* di dalam kelompok untuk memahami kelompok. Perawat juga mendorong partisipasi kelompok. Tidak langsung menjawab setiap pertanyaan kelompok, melainkan meminta anggota kelompok menyampaikan opini dan pengetahuannya di dalam kelompok. Terakhir, perawat harus mengakhiri komunikasi dengan terlebih dahulu mengevaluasi kelompok. Meminta anggota kelompok untuk menyampaikan hal-hal yang mereka pelajari dan melakukan kontrak waktu, topik, dan tempat bila diperlukan selanjutnya. Pada bagian akhir, perawat menutup komunikasi dengan hormat dengan cara memberikan apresiasi pada kelompok.

KOMUNIKASI PADA TINGKAT KELOMPOK UNTUK TUJUAN PENDIDIKAN KESEHATAN

PERMAINAN PERAN 12.1. KOMUNIKASI DI TINGKAT KELOMPOK

LIHAT KASUS DI BAWAH. Buatlah kelompok dengan jumlah anggota sebanyak enam orang. Bersama kelompok anda buatlah skenario percakapan fase orientasi sampai dengan terminasi. Tuliskanlah skenario anda di kertas. Pelajari skenario dan lakukanlah *roleplay* singkat di dalam kelas. Pertama, anda dapat berperan menjadi perawat dan anggota kelompok lain sebagai

sasaran komunikasi. Bergantianlah dengan anggota kelompok anda mengambil peran menjadi perawat.

Mintalah audiens yang menyaksikan permainan peran yang anda lakukan memberikan komentar mengenai unsur verbal dan non-verbal yang sudah tepat dan belum tepat dilakukan oleh perawat terhadap pasien.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI

Kasus

Sebuah studi menunjukkan bahwa lebih dari 80 persen mahasiswa keperawatan Universitas X (n=44 mahasiswa) mengalami indikasi gangguan mental dan emosional. Salah satu kategori stresor yang tampak berhubungan dengan kejadian ini berkaitan dengan isu sosial dan ekonomi yang dihadapi oleh mahasiswa.

Stresor	Deskripsi
Isu sosial dan ekonomi	<ul style="list-style-type: none">- Beban dan masalah dalam keluarga- Hubungan sosial terbatas dengan teman sebaya- Hubungan romantis tidak sehat- Situasi finansial yang sulit- Bekerja sambil menempuh pendidikan

Adapun indikasi stres dihadapi lebih banyak oleh mahasiswa pada tahun akhir pendidikan.

Kondisi

Anda ditugaskan untuk memberikan edukasi kesehatan pada 10 mahasiswa keperawatan tingkat akhir di program studi keperawatan Universitas X. Anda diminta untuk menentukan strategi komunikasi yang diperlukan isu sosial dan ekonomi di atas.

Tujuan komunikasi

Membangun kepercayaan kelompok, memastikan partisipasi anggota kelompok, meningkatkan pengetahuan mahasiswa tingkat akhir mengenai salah satu topik kesehatan mental yang berkaitan dengan stresor di atas.

I. FASE PRAINTERAKSI

- *Tuliskan apa yang perlu dilakukan pada fase pra-interaksi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*
- *Tuliskan apa yang akan anda lakukan pada fase kerja dan terminasi (maksimal 150 kata dalam poin-poin)*

II. FASE ORIENTASI

Tuliskan dialog pada fase orientasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

III. FASE KERJA

Tuliskan dialog pada fase kerja dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

IV. FASE TERMINASI

Tuliskan dialog pada fase terminasi dan cantumkan komunikasi non-verbal yang digunakan pada dialog di dalam kurung ()

UNTUK DIBAWA PULANG

Tuliskanlah 3 hal penting yang anda pelajari hari ini!

TES SASARAN BELAJAR

Ambillah secarik kertas dan kerjakanlah soal-soal berikut ini untuk mengecek pemahaman anda mengenai materi pada bab ini!

1. Apa yang dimaksud dengan kelompok?
2. Apa saja faktor yang perlu diperhatikan pada pelaksanaan komunikasi di tingkat kelompok?
3. Sebutkanlah paling tidak tujuh strategi komunikasi di tingkat kelompok untuk tujuan pendidikan kesehatan!
4. Buatlah contoh dialog yang dapat mencerminkan minimal satu strategi komunikasi di tingkat kelompok!

DAFTAR PUSTAKA

Perloff, R. (2017). *The Dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century*. Routledge

World Health Organization. (1988). Education for health: a manual on health education in primary health care. In *Education for health: a manual on health education in primary health care*.

Sumber Gambar

Dokumentasi Yosi Marin Marpaung

World Health Organization. (1988). Education for health: a manual on health education in primary health care. In *Education for health: a manual on health education in primary health care*.

INDEKS

A

active listening, 55, 180, 185,
186, 187, 206
anak usia prasekolah, 98, 110
anak usia sekolah, 100, 112
auditori, 157, 159

B

bahasa isyarat, 156, 158, 159
bahasa tubuh, 7, 8, 9, 10, 13,
60, 164, 205
batita, 96, 105
bayi, 94, 105, 106
burnout, 22, 32, 35, 39, 176

C

caring, 15, 40, 41, 42, 43, 53, 169
compassion fatigue, 22

D

depresi, 36, 101, 102, 115, 131,
134, 152, 171, 188, 189, 190,
191, 194
dewasa akhir, 128, 131, 135, 138
dewasa awal, 128
dewasa lanjut, 128, 131
dewasa madya, 128, 129
dewasa muda, 127, 128
dewasa tengah, 128, 129, 130
disabilitas, 143, 149, 150, 152,
154, 155, 159, 161, 165, 188,
203
dukungan, 33, 35, 47, 77, 112,
113, 126, 133, 134, 139, 143,
182, 188, 191, 192, 199, 3

E

edukasi kesehatan, 207
efek komunikasi, 1, 21
eksploitasi, 67, 74
ekspresi wajah, 13, 72, 73, 117,
155, 157, 158, 164, 181, 186
elemen komunikasi, 1, 10, 15, 21
elemen suara, 9, 10
emosi yang sulit, 135, 171, 180,
183
empati, 14, 22, 32, 34, 35, 38,
47, 60, 73, 99, 117, 146, 158,
180, 181, 186, 189, 192, 199
empati kognitif, 35

G

gangguan bahasa, 150
gangguan bicara, 155, 163, 167
gustatori, 105

H

hambatan, 20, 50, 53, 143, 151,
161
haptik, 14
hubungan percaya, 55, 104,
107, 133, 146, 166, 192
hubungan terapeutik, 40, 45,
46, 49, 52, 53, 116

I

inklusif, 149, 155, 159, 167
intentional silence, 160, 185
intonasi, 5, 17, 106, 159

J

jeda, 11

K

kecemasan, 31, 33, 36, 40, 96,
99, 101, 105, 107, 108, 109,
110, 111, 114, 118, 152, 171, 172,
173, 176, 177, 179, 180, 181,
182, 188, 193, 194
kelompok, iii, 23, 50, 63, 80, 91,
93, 94, 96, 98, 100, 102, 103,
122, 126, 128, 129, 131, 133,
135, 138, 144, 149, 150, 151,
152, 154, 155, 157, 164, 167,
177, 191, 198, 199, 200, 201,
202, 203, 204, 205, 206, 208,
209
kelompok besar, 199, 202, 206
kelompok kecil, 199, 200, 201
keluarga pasien, 142, 146, 147,
177
kemarahan, 14, 34, 147, 171, 172,
173, 175, 178, 180, 181, 182,
185, 193, 194
kepercayaan, 14, 15, 46, 50, 65,
66, 86, 134, 205, 208
kerja, 22, 34, 50, 67, 74, 101,
123, 139, 140, 152, 166, 173,
193, 208
kesetaraan, 49
keterbukaan, 26, 47, 75
komunikasikan, 5, 6, 7, 8, 14, 16, 17,
18
komunikasi terapeutik, 40, 44,
45, 49, 50, 53, 133, 142, 147
komunikator, 3, 4, 5, 6, 11, 14,
17, 18
kontak mata, 9, 13, 14, 58, 71,
77, 78, 88, 109, 114, 116, 155,
157, 164, 186, 190
konteks, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 35,
36, 159, 171, 175, 186, 194
kronemik, 8, 15, 17

M

media, 2, 4, 5, 85, 88, 136, 137,
147, 158, 160, 202, 205
mekanisme pertahanan, 22, 31,
32, 33, 38
memahami diri, 22, 38
memfokuskan, 59, 89
mendengar, 1, 5, 11, 54, 55, 56,
71, 82, 84, 109, 120, 128, 130,
131, 136, 147, 153, 156, 176,
190, 199
mendengarkan aktif, 54, 55,
56, 60, 61, 63, 133, 187
mengenal diri, 22, 24, 26, 82,
86
merespon perasaan, 186
mewawancara, 160
mirroring, 57
mnemonic, 101, 112, 113, 186
mode komunikasi, 1, 7, 8, 9, 15,
19, 21, 35, 41, 155, 163, 164

N

netra, 155, 159, 160, 165
non verbal, 41, 56, 57, 88, 89,
135, 147

O

olfaktif, 159
oral, 106, 157, 168
orientasi, 17, 18, 67, 69, 80, 91,
122, 123, 138, 139, 161, 165,
166, 191, 193, 206, 208

P

parafrase, 57, 164, 185
patronizing, 135
penampilan, 8, 15, 36, 87, 130
pendekatan kultural, 50
pendekatan psikologis, 50
pendekatan sosiologis, 50

pendengaran, 84, 94, 96, 98,
133, 150, 151, 157, 159
penekanan, 2, 7, 12, 186
penerimaan pesan, 2, 5, 6, 8,
20
pengiriman pesan, 2, 3, 4, 5, 20
pengkajian, 82, 83, 84, 86, 92
penglihatan, 4, 84, 95, 96, 98,
130, 133, 139, 152, 160, 167
peran orang asing, 66
perawatan diri, 22, 24, 29, 36,
37, 38, 45, 190
pesan, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11,
12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 44,
55, 82, 85, 107, 109, 112, 115,
137, 138, 153, 158, 164, 199,
201, 202, 203, 204, 206
piramida kebutuhan, 22
prainteraksi, 67, 123, 137, 139,
166, 180, 193, 208
privasi, 49, 50, 69, 74, 114, 146,
155
proksemik, 8, 15, 16, 17
proses komunikasi, 1, 2, 3, 4, 5,
6, 7, 9, 13, 20, 54, 65, 93,
104, 112, 114, 127, 133, 142,
145, 150, 157, 173, 182, 205

R

rasa hormat, 49, 180
remaja, 102, 103, 113, 114, 115,
132, 177, 203
rentang kecemasan, 171, 179,
181, 182
rentang kemarahan, 178
rentang kepedulian, 34
restatement, 185
ritme, 11, 13, 17, 18

S

sentuhan, 9, 13, 14, 43, 84, 94,
96, 98, 105, 128, 130, 159
sikap positif, 24, 48, 133
sikap tubuh dan langkah, 14,
133
simpati, 22, 34, 35
strategi komunikasi, 93, 114,
124, 127, 128, 140, 147, 149,
156, 159, 163, 167, 171, 198,
200, 207, 209
sulit dengar, 151, 156, 157

T

taktil, 159
tempo, 5, 10, 11, 17, 73, 77, 78,
136, 153, 164
terminasi, 66, 67, 68, 76, 91,
122, 123, 138, 139, 140, 165,
166, 191, 193, 206, 208
tuli, 156, 157, 158, 170

U

umpan balik, 2, 5, 6, 8, 9, 13,
26, 72, 76, 202
unsur komunikasi, 2, 21

V

verbal, 1, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 21,
35, 41, 44, 45, 52, 55, 56, 57,
80, 89, 91, 104, 105, 114, 122,
123, 135, 137, 138, 139, 140,
146, 147, 153, 157, 158, 164,
165, 166, 167, 175, 178, 180,
181, 185, 186, 187, 190, 191,
193, 205, 207, 208
visual, 15, 99, 106, 137, 164, 167,
168, 170, 174
volume, 7, 10, 12, 16, 34, 35,
106, 136, 179

TENTANG PENULIS



Yosi Marin Marpaung, S.K.M., M.Sc

Penulis menamatkan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2012. Penulis kemudian berkarir sebagai *Public Health Promoter* di salah satu NGO dan selanjutnya menamatkan pendidikan jenjang magister tahun 2016 dengan bidang studi *Applied Communication Science* spesialisasi *Health & Society* di Wageningen University melalui dukungan beasiswa LPDP dari pemerintah Indonesia. Penulis kemudian bergabung dalam tim persiapan Rumah Sakit Pendidikan Universitas Kristen Krida Wacana sampai dengan tahun 2018. Penulis kemudian bergabung menjadi staf pengajar di Universitas Kristen Krida Wacana. Sejak 2018, kepada penulis dipercayakan mengampu mata kuliah promosi kesehatan, komunikasi, antropologi kesehatan, komunikasi interpersonal pada situasi khusus, dan psikologi di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan.



Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, S.Kep., M.Kep.

Penulis menamatkan pendidikan Diploma III, Sarjana dan Profesi Keperawatan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2012. Tahun 2013, penulis bergabung sebagai tim medis Siloam Hospital Group sampai tahun 2016. Fokus area ketika bekerja yaitu pemberian asuhan keperawatan pada pasien dewasa di General Ward dan perawatan luka di *Clinic Wound Care Nurse*. Pengalaman pekerjaan yang melibatkan asuhan keperawatan dan manajemen perawatan luka, mendorong penulis untuk melanjutkan Pendidikan Magister. Penulis menamatkan Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan tahun 2018 dengan mengusung topik penelitian asuhan keperawatan pada pasien di rawat jalan. Bergabung sebagai staf pengajar di Universitas Kristen Krida Wacana sejak tahun 2018, bidang pengajaran keperawatan dasar, metodologi keperawatan dan manajemen keperawatan.