

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Komunikasi

a. Definisi

Komunikasi merupakan sebuah proses di mana informasi, pemikiran dan perasaan dibagikan melalui pertukaran pesan verbal dan nonverbal, di mana mereka menciptakan sebuah hubungan dengan saling berinteraksi satu sama lain (Bramhall, 2014; Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Menurut Yodang (2018), Komunikasi dalam tatanan klinis merupakan cara menyampaikan informasi mengenai kemungkinan apa saja yang dapat dilakukan secara medis pada pasien berkenaan dengan penyakitnya dan menelusuri hal yang menjadi perhatian bagi pasien dan keluarganya.

Komunikasi sebagai sebuah metode untuk mendukung dan memungkinkan hubungan terapeutik

dengan pasien dan keluarganya dalam masa pelayanan pasien, memastikan bahwa pasien dan keluarganya memahami penyakitnya, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai pelayanan dan sejauh yang dia mampu dan ingin dilibatkan, dan memfasilitasi kerjasama tim antar tenaga kesehatan (*Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014*).

b. Prinsip Komunikasi dalam Pelayanan Keperawatan

Komunikasi adalah karakteristik intrinsik dari sifat manusia, semua orang berkomunikasi, tapi semua orang butuh waktu untuk berkomunikasi secara efektif. Komunikasi memiliki konten dan nilai, dan supaya komunikasi menjadi produktif secara efektif, fokus harus ditempatkan pada intinya, terutama dalam praktik keperawatan (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Bello, 2017).

Karakteristik hubungan perawat-pasien akan tergantung bagaimana kedua pihak memahami pola komunikasi. Kegagalan untuk mengenali dan mengikuti

kemampuan komunikasi dua arah sering mengarah pada kesimpulan dan sikap negatif, yang merupakan hasil dari komunikasi yang tidak efektif.

Komunikasi yang efektif tidak pernah terjadi searah, tetapi komunikasi yang efektif adalah dialog dua arah antara pasien dan perawat, di mana keduanya berbicara dan demikian juga mendengarkan dengan baik tanpa mengganggu, keduanya mengajukan pertanyaan untuk saling mengklarifikasi, mengekspresikan pendapat dan informasi, dan keduanya bisa sepenuhnya mengerti dan memahami maksud pembicaraan (Bello, 2017).

Komunikasi antara perawat dan pasien bisa terjadi tanpa kata atau nonverbal. Kata-kata hanya menyatakan sebagian dari pesan yang dikomunikasikan, sementara sikap, nada dan gerak tubuh menyampaikan sisanya. Komunikasi nonverbal dapat meningkatkan interaksi, contohnya senyum, sentuhan, berhadapan dan duduk di ketinggian yang sama dengan pasien (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Bello, 2017).

c. Komunikasi dalam Pelayanan Kanker

Seseorang yang didiagnosis dengan kanker secara negatif mempengaruhi kehidupan baik secara psikososial dan fisik. Pasien dengan kanker membutuhkan perawatan komprehensif untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikososial dan spiritual. Kebutuhan pasien yaitu kebutuhan akan manajemen gejala, hubungan yang dekat, dihargai, berkomunikasi secara efektif dengan tenaga kesehatan, dan menerima informasi (Khoshnazar *et al.*, 2016; Toprak, Kutlutürkan & Erenel, 2018).

Komunikasi dalam pelayanan kanker diidentifikasi sebagai proses pertukaran informasi, penyediaan perawatan *caring*, dan kepekaan terhadap kebutuhan pasien (Kissane *et al.*, 2017). Ada tiga fungsi utama komunikasi dalam pelayanan kanker yaitu membangun hubungan interpersonal yang efektif, bertukar informasi antara pasien-perawat, dan memfasilitasi *decision-making* yang tepat terkait pengobatan (Hasan & Rashid, 2016).

Hasil penelitian longitudinal prospektif dari Matsuyama *et al.* (2013), mengungkapkan kebutuhan informasi pasien kanker yang baru didiagnosis paling tinggi. Kebutuhan informasi tersebut terkait penyakit, tes diagnostik, terapi, *self care* dan psikososial. Hasil penelitian Toprak *et al.* (2018) pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi, mengungkapkan pasien membutuhkan informasi terkait efek kemoterapi, kontrol gejala dan dukungan psikososial.

Kebutuhan informasi tinggi merupakan upaya pasien kanker untuk dapat memahami dan mengatasi kanker mereka. Mengidentifikasi dan mempromosikan kebutuhan komunikasi pasien dapat mengarah pada perawatan yang jauh lebih baik untuk pasien yang menjalani perawatan kanker. Komunikasi terapeutik, sebagai bagian integral, harus dimasukkan ke dalam rencana perawatan pasien dengan kanker (Matsuyama *et al.*, 2013; Khoshnazar *et al.*, 2016).

Kullberg *et al.* (2018), mengungkapkan pertukaran informasi dan penyediaan informasi antara pasien kanker dan tenaga kesehatan masih kurang. Pertukaran informasi yang tidak memadai dapat berdampak negatif terhadap risiko keselamatan pasien. Perawat dan pasien sama-sama membutuhkan informasi tentang kesehatan pasien.

Informasi yang memadai merupakan prasyarat bagi pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan, meningkatkan kepatuhan pasien dan memfasilitasi coping pasien. Perawat juga membutuhkan informasi yang cukup dari pasien untuk mengkaji dan mengedukasi pasien atau keluarga, melakukan manajemen gejala dan mengkoordinasikan pelayanan (Kullberg *et al.*, 2015; Toprak, Kutlutürkan & Erenel, 2018).

d. Pasien dan Keluarga dalam Pelayanan Kanker

Pasien dan keluarga mereka penting dipertimbangkan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan pada pasien dengan penyakit kronis. Keluarga merupakan bagian integral yang berada disisi pasien sepanjang hari,

yang memberikan perawatan jangka panjang kepada pasien baik di rumah sakit maupun di rumah (Coyne *et al.*, 2016).

Konsep dari pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga merupakan konsep yang dapat membantu tenaga kesehatan memahami keluarga sebagai suatu sistem dan mengkaji kebutuhan mereka. Pertemuan dengan anggota keluarga dapat bersifat diagnostik dan terapeutik. Dukungan yang tulus akan membantu keluarga untuk mengelola keadaan krisis penyakit kanker dari anggota keluarganya (Schlag *et al.*, 2006).

Keluarga dan pasien sama-sama memiliki rasa takut, kecemasan, dan kesedihan dalam menghadapi diagnosis kanker. Perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan bantuan atau perawatan sebaik mungkin baik fisik, psikososial dan spiritual. Perawat juga perlu mengatur dirinya untuk dapat menanggapi perubahan kebutuhan, peran pasien dan keluarga seiring berkembangnya penyakit pasien (Schlag *et al.*, 2006).

e. Manfaat Komunikasi

Komunikasi yang terapeutik adalah keterampilan inti untuk semua profesional layanan kesehatan dan perawat. Perawat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dan keluarga daripada tenaga kesehatan lainnya (Bramhall, 2014). Perawat harus mampu menunjukkan kepercayaan (*trust*), empati, mendengarkan, dan memahami kebutuhan pasien. Hal tersebut dapat mempromosikan pelayanan pasien yang lebih baik dan membangun hubungan saling percaya dan kekeluargaan (Khoshnazar *et al.*, 2016).

Komunikasi memiliki peran penting dalam proses memberikan asuhan keperawatan. Peran komunikasi dalam pelayanan kanker yaitu sebagai media untuk mengatur emosi pasien, menyalurkan perawatan spiritual, meningkatkan penyesuaian psikologis, membangun hubungan yang terapeutik dan meningkatkan pertukaran informasi (Thorne *et al.*, 2013; Toprak, Kutlutürkan & Erenel, 2018; Moosavi *et al.*, 2019).

Komunikasi efektif dalam pelayanan kanker merupakan faktor yang berkaitan dengan kualitas pelayanan kanker dan hasil kesehatan pasien. Ini termasuk peningkatan akses perawatan, peningkatan pengetahuan dan pemahaman pasien, kualitas keputusan medis yang lebih baik, peningkatan dukungan sosial, peningkatan kepatuhan, pemenuhan kebutuhan pasien dan peningkatan manajemen emosi dan harapan pasien (Berčan & Ovsenik, 2016; Nierop-van Baalen *et al.*, 2019).

f. Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi

Hasil penelitian Zamanzadeh *et al.* (2014), mengungkapkan komunikasi dalam pelayanan kanker dipengaruhi 3 faktor yaitu pasien sebagai pusat komunikasi, perawat sebagai faktor manusia, dan struktur organisasi.

1) Pasien sebagai pusat komunikasi

Kategori ini mengacu pada karakteristik pasien, perubahan atau perkembangan penyakit dan terapi.

Perubahan penampilan yang dihasilkan dari penyakit dan perawatannya menyebabkan menurunnya suasana hati pasien, gangguan konsep diri dan peningkatan depresi. Situasi ini dapat mengganggu interaksi dengan tenaga kesehatan (Zamanzadeh *et al.*, 2014).

Karakteristik pasien juga menjadi faktor yang berpengaruh penting pada komunikasi, pencarian informasi berbeda dari pasien ke pasien tergantung pada tingkat pendidikan mereka dan stadium kanker. Tingkat pendidikan yang tinggi relatif akan meminta dan sering bertanya tentang informasi terkait kanker (Zamanzadeh *et al.*, 2014).

Stadium kanker juga menentukan jenis terapi kanker. Informasi spesifik yang diberikan kepada pasien perlu disesuaikan berdasarkan jenis dan stadium kanker. Perbedaan bahasa juga menjadi faktor yang memainkan peran dalam komunikasi (Zamanzadeh *et al.*, 2014).

2) Perawat sebagai faktor manusia

Perawat harus memiliki tiga karakteristik untuk mengimplementasikan proses keperawatan yaitu percaya diri, memiliki kemampuan komunikasi dan pengetahuan yang memadai. Kurang percaya diri menyebabkan perawat mengabaikan pasien. Kemampuan komunikasi dan pengetahuan yang memadai bertujuan untuk mengidentifikasi, memecahkan masalah, dan memungkinkan pasien menerima informasi dengan baik (Zamanzadeh *et al.*, 2014; Khoshnazar *et al.*, 2016).

3) Struktur organisasi

Beban kerja dan waktu yang tidak seimbang merupakan 2 faktor yang mempengaruhi proses komunikasi perawat dan pasien. Jumlah pasien yang banyak, kondisi pasien yang tidak stabil dan jumlah perawat yang sedikit menyebabkan beban kerja dan waktu perawat yang tidak seimbang, yang akhirnya, itu menyebabkan tekanan pada perawat dan

meminimalkan waktu berinteraksi dengan pasien
(Zamanzadeh *et al.*, 2014).

2. Konsep Kanker

a. Definisi

Menurut *American Cancer Society* (2018), kanker merupakan sekelompok penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali dan menyebar ke organ lain atau metastasis. Pertumbuhan sel abnormal tersebut berbeda dengan sel normal, baik secara struktural maupun fungsional dimana pertumbuhannya yang terus menerus, tanpa tujuan, tidak terkontrol, tidak diinginkan, dan merusak jaringan yang lain (Stephens & Aigner, 2016).

b. Klasifikasi Kanker

Klasifikasi stadium kanker berdasarkan sistem TNM (Tumor, nodus limfe dan metastasis) yaitu (Lewis *et al.*, 2014):

- 1) Stadium I : Tumor kecil dan terlokalisir. Tidak ada keterlibatan kelenjar getah bening

IA : Tumor <3 cm.

IB : Tumor 3-5 cm disertai invasi di area sekitar sel kanker.

2) Stadium II: Peningkatan ukuran tumor dan keterlibatan kelenjar getah bening.

IIA : Tumor 3-5 cm dengan invasi kelenjar getah bening atau

Tumor 5-7 cm tanpa keterlibatan kelenjar getah bening.

IIB : Tumor 5-7 cm yang melibatkan kelenjar getah bening jaringan organ lokal lainnya atau Tumor > 7 cm tanpa keterlibatan kelenjar getah bening.

3) Stadium III: Meningkatnya penyebaran tumor

IIIA : Tumor menyebar ke struktur terdekat dan kelenjar getah bening regional.

IIIB : Tumor meluas yang melibatkan beberapa organ dan kelenjar getah bening terdekatnya.

4) Stadium IV: Metastasis jauh

Matsuyama *et al.* (2013), menyebutkan jenis dan stadium kanker tidak secara signifikan mempengaruhi kebutuhan informasi pasien, meskipun informasi spesifik yang diberikan kepada pasien perlu disesuaikan berdasarkan jenis dan stadium kanker. Zamanzadeh *et al.* (2014), mengungkapkan kebutuhan informasi dipengaruhi oleh fase penyakit kanker. Pasien pada awal diagnosis cenderung diam dan menolak proses komunikasi, namun setelah melewati tahap awal pasien akan lebih aktif dalam hal berkomunikasi dengan perawat untuk mencari tahu informasi.

c. Kondisi Pasien Kanker

Seseorang pasien kanker akan mengalami masalah secara fisik maupun psikologis. Ini dapat diakibatkan oleh diagnosis kanker atau efek terapi kanker. Kemoterapi adalah salah satu yang paling umum digunakan. Kemoterapi selain memiliki efek kuratif juga menyebabkan banyak efek samping (Toprak, Kutlutürkan & Erenel, 2018).

Effendy *et al.* (2015), mengungkapkan penyakit kanker memberikan dampak terhadap perawatan hidup sehari-hari, gejala fisik (nyeri), kehilangan autonomi, depresi, spiritual (kesulitan menerima penyakit), masalah keuangan, dan kualitas hidup pasien terganggu. Kondisi paling umum ditemukan pada pasien kanker yaitu nyeri (71%), kelemahan (67%), gangguan tidur (53%) dan rasa takut tentang penyakit kanker (50%). Pasien kanker payudara mengalami banyak masalah secara seksualitas dan perubahan fisik akibat pembedahan (Toprak, Kutlutürkan & Erenel, 2018).

Lima puluh persen pasien di Indonesia membutuhkan lebih banyak perhatian tenaga kesehatan. Pasien kanker secara aktif membutuhkan informasi dan dukungan tentang aspek fisik, emosional, dan sosial dari kehidupan sehari-hari dan dukungan psikososial (Effendy *et al.*, 2015).

d. Manajemen Pasien Kanker

Tujuan pelayanan kanker adalah pengobatan, kontrol, dan paliatif. Manajemen penyakit kanker yaitu operasi, terapi radiasi, kemoterapi dan paliatif. Pemilihan terapi didasari oleh histologi dan tingkat stadium kanker, serta status fisiologis dan psikologis pasien (Lewis *et al.*, 2014).

1) Pengobatan

Terapi kuratif berbeda sesuai dengan jenis dan stadium kanker. Terapi kuratif dapat berupa operasi, kemoterapi dan radiasi, baik terapi tunggal maupun kombinasi (Lewis *et al.*, 2014).

2) Kontrol

Kanker dapat dipertahankan untuk jangka waktu lama dengan terapi pengontrolan. Pasien dimonitor secara ketat untuk tanda-tanda awal atau gejala kekambuhan penyakit atau perkembangan (Lewis *et al.*, 2014).

3) Paliatif

Tujuan pelayanan paliatif untuk meredakan atau mengendalikan gejala akibat kanker dan mempertahankan kualitas hidup yang baik (Lewis *et al.*, 2014).

3. Teori Keperawatan

Teori keperawatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori Peplau atau teori hubungan interpersonal. Teori hubungan interpersonal yaitu teori keperawatan yang menekankan pada hubungan timbal balik antara perawat dan pasien. Konsep hubungan interpersonal Peplau memberikan kerangka kontekstual untuk memahami praktik keperawatan terutama komunikasi dan membangun hubungan dengan pasien (Sheldon, 2014).

Keperawatan dalam teori Peplau didefinisikan sebagai proses interpersonal dari interaksi terapeutik antara pasien dan perawat yang memiliki pengetahuan untuk mengkaji dan memenuhi kebutuhan pasien. Menurut Peplau, tujuan umum asuhan keperawatan yaitu untuk memberikan proses

terapeutik di mana perawat dan pasien saling menghormati satu sama lain sebagai individu, dan keduanya belajar dan tumbuh sebagai hasil dari interaksi (Peplau, 1997; Sheldon, 2014; Bello, 2017).

Peplau mengidentifikasi empat fase dalam hubungan perawat-pasien, setiap fase memiliki karakteristik spesifik. Fase-fase ini bersifat terapeutik dan berfokus pada interaksi interpersonal yaitu fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi (Sheldon, 2014; Bello, 2017).

a. Tahap 1: Fase Orientasi

Fase orientasi penting dalam membangun fondasi untuk membangun hubungan terapeutik. Fase ini terjadi awal pertama kali bertemu pasien. Tugas perawat menyediakan informasi yang adekuat dan menjawab pertanyaan pasien. Saat bertemu pasien, perawat memperkenalkan diri dengan nama dan status profesionalnya. Perkenalan yang baik ini dapat meningkatkan hubungan antara perawat dan pasien (Peplau, 1997; Sheldon, 2014).

Pasien dapat dipanggil dengan nama lengkap mereka terlebih dahulu, kemudian menanyakan nama yang lebih dia sukai. Penting bagi perawat untuk mendengarkan dengan seksama apa yang dikatakan pasien dan menjaga pasien termotivasi agar lebih terbuka dengan deskripsi atau pengalamannya (Bello, 2017).

Setelah fase pengenalan, perawat menekankan tujuan dan sifat hubungan. Perawat memberikan informasi tentang kontrak, menjelaskan peran perawat dan tujuan hubungan. Perawat juga dapat menanyakan apakah pasien memiliki pertanyaan (Peplau, 1997; Sheldon, 2014; Bello, 2017).

Fase ini secara umum untuk membangun hubungan yang terapeutik dengan pasien dan keluarga. Perawat dapat mempromosikan sikap saling percaya, empati, menciptakan suasana menyenangkan dan memahami kebutuhan pasien (Zarea *et al.*, 2014; Alishahi *et al.*, 2017).

b. Tahap 2: Fase Identifikasi

Fase ini merupakan awal dari tahap kerja. Pasien dan perawat bekerja sama untuk mengklarifikasi masalah dan menetapkan tujuan spesifik untuk setiap masalah. Masalah kesehatan diidentifikasi selama pengumpulan data dan intervensi keperawatan yang sesuai dalam rencana asuhan keperawatan (Peplau, 1997). Perawat membantu mengeksplorasi perasaan pasien (ketakutan dan kecemasan), mengidentifikasi kekuatan dan sumber daya pasien, mengarahkan energi mereka ke perilaku yang positif; dan melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan (Peplau, 1997; Bello, 2017).

c. Tahap 3: Fase Eksploitasi

Perawat memandu pasien dalam penggunaan layanan kesehatan. Fase kerja terjadi selama tahap eksploitasi. Intervensi keperawatan (pertukaran informasi dan perawatan) diimplementasikan pada fase ini. Hubungan terapeutik memungkinkan perawat dan pasien untuk berkolaborasi bersama selama fase eksploitasi. Pasien

menggunakan kekuatan dan sumber dayanya untuk mendapatkan kembali kontrol dan mengembangkan solusi (Peplau, 1997; Sheldon, 2014; Bello, 2017).

d. Tahap 4: Tahap Resolusi

Fase resolusi atau fase terminasi adalah periode penting untuk memutuskan kapan mengakhiri hubungan terapeutik. Pada fase resolusi, masalah pasien telah diatasi dan pasien direncanakan pulang. Bagian utama fase terminasi adalah perawat mengajari atau mengedukasi pasien tentang manajemen gejala dan pemulihan di rumah (Peplau, 1997; Sheldon, 2014).

Berdasarkan penelusuran literatur tentang penelitian yang menggunakan kerangka teori Peplau hubungan interpersonal dalam konteks pelayanan kanker, peneliti belum menemukan. Sehingga peneliti menggambarkan penelitian yang lain yang menggunakan teori ini dalam konteks pelayanan penyakit kronis contohnya pasien jantung dan pasien hemodialisis.

Zarea *et al.* (2014), penelitian tentang pengaruh komunikasi terapeutik dengan menggunakan teori hubungan interpersonal Peplau pada pasien yang akan mendapatkan *Coronary Artery Bypass*, mengungkapkan tingkat kecemasan dan depresi rata-rata menurun pada kelompok intervensi setelah komunikasi terapeutik ($p < 0,01$).

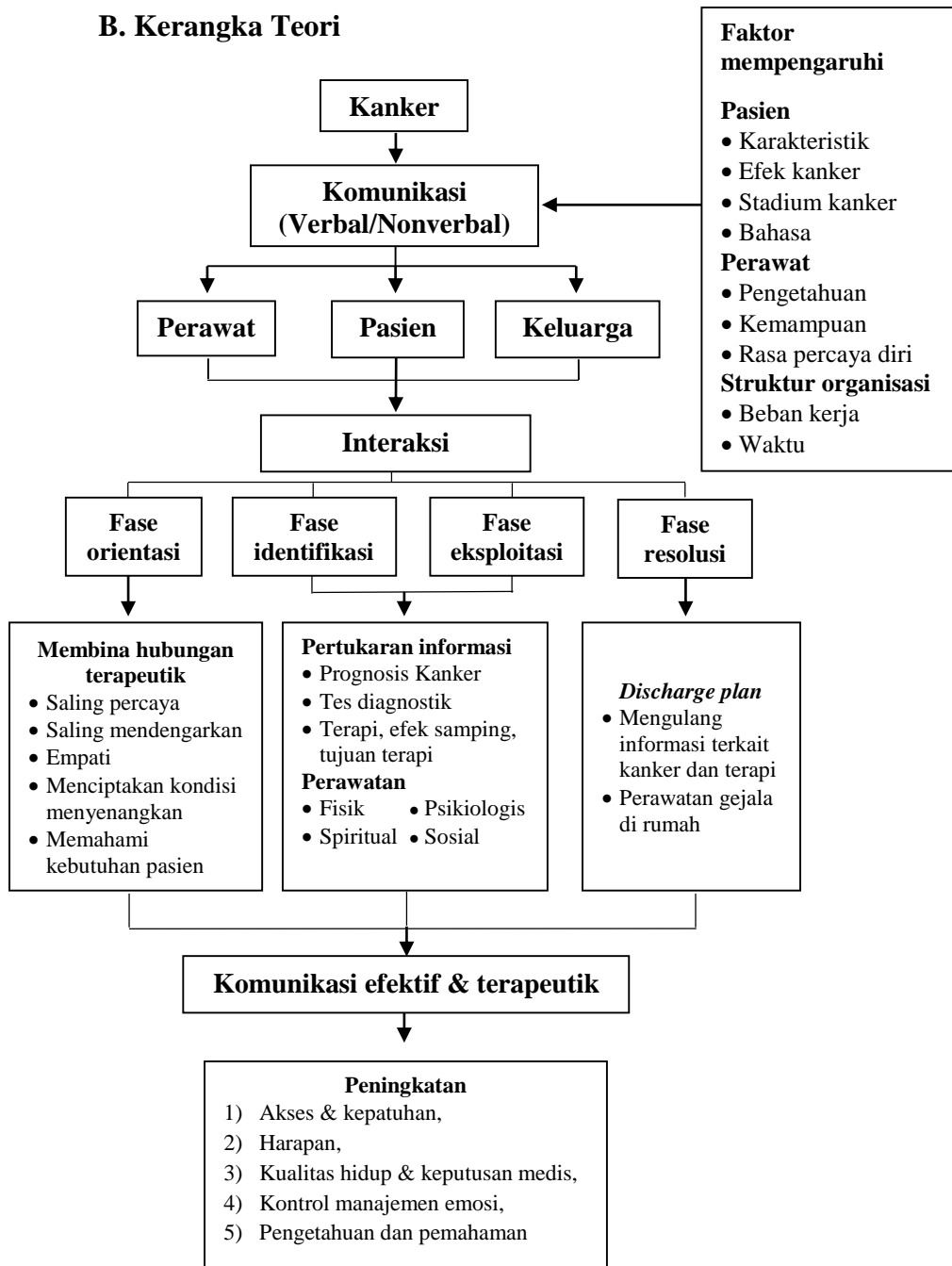
Alishahi *et al.* (2017), menggunakan teori hubungan interpersonal Peplau sebagai konstruk dalam komunikasi efektif terhadap stres pasien hemodialisis, mengungkapkan terdapat perbedaan skor stres rata-rata secara keseluruhan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, sebelum menerapkan teori hubungan interpersonal Peplau tidak signifikan ($p = 0,217$).

Komunikasi terapeutik membuat pasien mendapatkan motivasi untuk mengatasi penyakit dan kepercayaan dari perawat. Untuk berkomunikasi dengan pasien, terutama pasien dengan penyakit kronis, membutuhkan komunikasi yang benar dan konsisten. Menerapkan pola komunikasi akan membantu perawat untuk membangun komunikasi

yang tepat. Pola komunikasi Peplau membantu perawat dan pasien untuk mengidentifikasi penyakit, keluhan dan kekhawatiran (Zarea *et al.*, 2014).

Relevansi teori Peplau dengan penelitian ini yaitu teori ini menekankan perawat, pasien dan keluarga untuk bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan sembuh. Teori ini menetapkan panduan komunikasi, yang dapat meningkatkan efektivitas hubungan interpersonal antara perawat, pasien dan keluarganya. Asuhan keperawatan sebagai proses interaktif dan kolaboratif membutuhkan hubungan interpersonal yang terapeutik.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka teori penelitian