

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
POST OPERASI TREPANASI ec CEDERA KEPALA DALAM MASA
PENYAPIHAN VENTILATOR MEKANIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP DISFUNGI
RESPON PENYAPIHAN VENTILATOR DI RUANG ICU
RSUD TAMAN HUSADA BONTANG TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

**NORA ALPINA,S.Kep
1411308250135**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

**Analisis Praktek Klinik Keperawatan pada Klien dengan Post Operasi
Trepanasi EC Cedera Kepala dalam Masa Penyapihan Ventilator Mekanik
dengan Intervensi Inovasi Komunikasi Terapeutik terhadap Disfungsi
Respon Penyapihan Ventilator di Ruang ICU
RSUD Taman Husada Bontang Tahun 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar NERS Keperawatan



DISUSUN OLEH :

**Nora Alpina, S. Kep
1411308250135**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

LEMBAR PERSETUJUAN

Analisis Praktek Klinik Keperawatan pada Klien dengan Post Operasi
Trepanasi EC Cedera Kepala dalam Masa Penyapihan Ventilator Mekanik dengan
Intervensi Inovasi Komunikasi Terapeutik terhadap Disfungsi Respon Penyapihan
Ventilator di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang Tahun 2016

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

Nora Alpina, S.Kep
1411308250135

Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 20 Februari 2016

Pembimbing

Moch. Dadang Suharno, S. Kep. Ns
NIP. 198111262009031003

Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M. Kep
NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

Analisis Praktek Klinik Keperawatan pada Klien dengan Post Operasi Trepanasi
EC Cedera Kepala dalam Masa Penyapihan Ventilator Mekanik dengan
Intervensi Inovasi Komunikasi Terapeutik terhadap Disfungsi Respon Penyapihan
Ventilator di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang Tahun 2016

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Nora Alpina, S. Kep
1411308250135

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 20 Februari 2016

Penguji 1

Penguji 2

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M. Kep
NIDN. 1115017703

Ns. Moch. Dadang Suharno, S.Kep
NIP. 198111262009031003

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M. Kep
NIDN. 1115017703

**Analisis Praktek Klinik Keperawatan pada Klien dengan Post Operasi Trepanasi
EC Cedera Kepala dalam Masa Penyapihan Ventilator Mekanik dengan Intervensi
Inovasi Komunikasi Terapeutik terhadap Disfungsi Respon Penyapihan
Ventilator di Ruang ICU RSUD Taman Husada
Bontang Tahun 2016**

Nora Alpina¹, Siti Khoiroh Muflihatin², Moch. Dadang Suharno³

INTISARI

Latar Belakang : Cedera kepala traumatik adalah salah satu masalah kesehatan menyebabkan kematian pada dewasa dan anak-anak. Perawatan lanjutan post operatif di Ruang ICU seperti penggunaan ventilasi mekanik bertujuan untuk menjamin oksigenisasi dan mencegah hipoksia, mempertahankan normokapnea dalam upaya mengendalikan aliran darah otak sehingga dapat menurunkan TIK. Penyapihan merupakan sebuah usaha dan proses yang harus dijalani oleh semua pasien yang mendapat bantuan pernafasan menggunakan Ventilator Mekanik. Sekitar 30% dari pasien dengan ventilasi mekanis mengalami kesulitan penyapihan atau penyapihan berkepanjangan. Komunikasi terapeutik membangun persepsi positif dalam diri pasien sehingga mekanisme coping yang digunakan akan tepat dan mengarahkan segala tindakan kearah kesembuhan, dalam hal ini adalah respon positif terhadap penyapihan ventilator mekanik.

Tujuan : melakukan analisis praktek klinik keperawatan pada klien post operasi trepanasi dalam masa penyapihan ventilator mekanik dengan intervensi inovasi komunikasi terapeutik terhadap disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

Hasil: analisa pada klien yang mendapatkan terapi inovasi terjadi peningkatan kemampuan klien dalam beradaptasi terhadap penyapihan ventilator mekanik.

Kesimpulan : intervensi inovasi ini efektif diterapkan pada klien dengan masalah disfungsi penyapihan ventilasi mekanis dengan faktor pencetus ketidaksiapan psikologis klien menghadapi proses penyakitnya.

Kata Kunci : Cedera Kepala, Penyapihan Ventilator Mekanik, Komunikasi Terapeutik.

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners Stikes Muhammadiyah Samarinda

² Staff Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

³ Pembimbing Klinik Keperawatan RSUD Taman Husada Bontang

**Analysis of Nursing Clinical Practice to Clients Post Operation of
Trepanation EC Head Injury with in Weaning Mechanical Ventilator by
Innovation Intervention Therapeutic Communication for
Dysfunction Response Weaning Ventilator in ICU RSUD Taman Husada
Bontang 2016**

Nora Alpina¹, Siti Khoiroh Muflihatin², Moch. Dadang Suharno³

ABSTRAK

Background: Traumatic head injury is one of the health problems caused death in adults and children. Post Operative care in the ICU such as the use of mechanical ventilation aimed at ensuring oxygenation and prevent hypoxia, maintaining normokapnea to control cerebral blood flow to reduce ICP. Weaning is an effort and a process that must be followed by all patients with mechanical ventilator. Approximately 30% of patients with mechanical ventilation having trouble weaning or weaning prolonged. Therapeutic communication to build a positive perception in the patient so that the coping mechanisms that used to be precise and direct all actions to wards healing, in that it is a positive response to the mechanical ventilator weaning.

Objective: to analyze nursing clinical practice to clients post operation of trepanation ec head injury with in weaning mechanical ventilator by innovation intervention therapeutic communication for dysfunction response weaning ventilator in ICU RSUD Taman Husada Bontang

Results: The analysis of the clients with innovative therapies increased the client's ability to adapt to a mechanical ventilator weaning.

Conclusion: This innovative intervention effectively applied to clients with dysfunction of mechanical ventilation weaning to trigger the client's psychological unpreparedness to face the disease process.

Keywords: Head Injuries, Mechanical Ventilator Weaning, Therapeutic Communication.

¹ Ners Students of Stikes Muhammadiyah Samarinda

² Lecturer of Nursing Science Major Stikes Muhammadiyah Samarinda

³ Nursing Clinical Preceptor of RSUD Taman Husada Bontang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala traumatik adalah salah satu masalah kesehatan utama dan masalah sosial ekonomi yang menjadi penyebab kematian pada dewasa dan anak-anak. Untuk mengatasi hal tersebut *Brain Trauma Foundation* (BFT) telah menetapkan pedoman pelaksanaan cedera kepala traumatik berat, yang meliputi penatalaksanaan pada *prehospital* dan perawatan *intensive*. Dalam penanganan *intensive* ini diatur tentang pengelolaan anastesi pada klien dengan cedera kepala berat yaitu di Instalasi Gawat Darurat (IGD), Kamar Bedah (OK) dan Ruang perawatan Intensive (ICU). *Intervensi intubasi* direkomendasikan untuk mengatasi masalah obstruksi jalan nafas, *proteksi* terhadap resiko aspirasi dan mengontrol ventilasi yang adekuat. Perawatan lanjutan post operatif di Ruang ICU seperti penggunaan ventilasi mekanik bertujuan untuk menjamin oksigenisasi dan mencegah hipoksia, dalam upaya mengendalikan aliran darah otak sehingga dapat menurunkan Tekanan Intra Kranial (TIK).

Ventilator mekanik merupakan alat bantu pernafasan bertekanan positif yang menghasilkan aliran udara terkontrol pada jalan nafas pasien sehingga mampu mempertahankan ventilasi dan pemberian oksigen dalam waktu lama. Pemberian bantuan pernafasan dengan menggunakan ventilasi mekanik dapat membantu ventilasi paru untuk meningkatkan oksigenisasi dan mencegah kerusakan paru. Menurut Smeltzer,et.al.(2008) bantuan tersebut dilakukan untuk memenuhi

kebutuhan oksigen, mengurangi kerja pernafasan, dan meningkatkan oksigenisasi ke jaringan atau mengkoreksi asidosis pernafasan.

Penggunaan ventilasi mekanik menurut survey multinasional terhadap 5000 klien di eropa digunakan pada kasus gagal nafas akut 69%, koma 17%, gagal nafas kronis 13%, dan gangguan neuromuskuler 2% (Rodriquez, Dojat, & Brochard,2005). Namun dibalik besarnya manfaat yang diperoleh dari penggunaan ventilasi mekanik tersebut, terdapat beberapa masalah kesehatan serius yang harus diantisipasi. Pasien yang terpasang ventilator dalam waktu yang lama mempunyai peningkatan resiko kelemahan otot pernafasan. Hal ini yang menyebabkan pola napas pasien tidak efektif. Kelemahan dan kelelahan otot pernafasan inilah yang menjadi salah satu pemicu gagalnya proses *weaning* ventilator (Lisa M et al, 2011). Penyapihan merupakan sebuah usaha dan proses yang harus dijalani oleh semua pasien yang mendapat bantuan pernafasan menggunakan ventilator mekanik.

Sebuah *review study* kualitatif yang publikasikan oleh *American Journal Of Critical care* (2014) menyatakan bahwa sekitar 30% dari pasien dengan ventilasi mekanis mengalami kesulitan penyapihan atau penyapihan berkepanjangan. Resiko perpanjangan penyapihan ventilasi mekanik ini termasuk didalamnya; perpanjangan masa intubasi dan angka kematian meningkat. Perpanjangan masa penggunaan ventilator akan berpengaruh pada peningkatan biaya perawatan, serta menimbulkan penderitaan klien secara emosional dan psikis. Untuk alasan inilah maka diperlukan upaya yang bisa meningkatkan keberhasilan proses penyapihan ventilator mekanik.

Keperawatan adalah sebuah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan, berbentuk bio-psikososial-medic-spiritual yang *komprehensif*, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup proses kehidupan manusia. Memasuki era globalisasi, berbagai pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dituntut untuk lebih meningkatkan profesionalisme kerja dan mutu pelayanan kesehatan yang berujung pada motivasi untuk sembuh pada klien. Keberhasilan pelayanan kesehatan dalam asuhan keperawatan diantaranya dapat diukur dari cepatnya kesembuhan klien, menurunnya kecemasan klien, dan meningkatnya kepuasan klien akan pelayanan kesehatan.

Dampak penyakit pada pasien tidak hanya berupa keterbatasan fisik namun juga gangguan emosional pasien; tidak siap mental untuk menerima kenyataan adanya kecacatan sehingga menjadi stres. Respon terhadap stresor tersebut dipengaruhi oleh *Stres perception*, bila di terima dalam rentang negatif maka akan memperburuk kondisi kesehatan pasien. Hal inilah yang harus diubah kearah positif agar dapat menghasilkan respon positif pula.

Komunikasi terapeutik sengaja dirancang agar hubungan perawat dan klien menjadi efektif dalam rangka mencapai kesembuhan (Nasir, et al.,2011). Komunikasi terapeutik membangun persepsi positif dalam diri pasien sehingga mekanisme coping yang digunakan akan tepat dan mengarahkan segala tindakan kearah kesembuhan yang disebut motivasi untuk sembuh. Penelitian yang dilakukan oleh yang Chistina Y dan dilaporkan dalam Jurnal Ilmiah Keperawatan Hang Tuah (tanpa Tahun), menyebutkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan dalam hal motivasi untuk sembuh pada kelompok klien yang

diintervensi komunikasi terapeutik dibanding dengan kelompok klien yang dilakukan komunikasi standart.

Klien yang sakit membutuhkan sugesti dan penyemangat dari orang-orang yang merawatnya. Perlunya motivasi sembuh bagi pasien sangat penting karena dengan motivasi sembuh dapat menjadi salah satu kekuatan untuk mempercepat kesembuhan. Motivasi ini menjadikan pasien bersedia menjalani setiap terapi kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Orang yang mempunyai keinginan untuk sembuh dari penyakit biasanya ada dorongan dari dalam dirinya untuk sembuh. Dorongan ini secara umum dapat disebut sebagai motivasi diri dan motivasi inilah yang harus dibangkitkan (Wardhana, 2011), jika motivasi tersebut dipertahankan secara konsisten dapat mendorong pemulihan dari penyakit.

Komunikasi terapeutik yang akan membangkitkan motivasi kesembuhan klien, ini merupakan upaya keperawatan mandiri yang bisa dilakukan oleh perawat di ICU dalam mengangani klien dengan kegagalan penyapihan ventilator mekanik. Hal inilah yang menarik minat penulis untuk menganalisis praktik klinik keperawatan pada klien dengan intervensi inovasi komunikasi terapeutik terhadap disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas maka dapat dirumuskan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan penyapihan ventilator mekanik tersebut, maka penulis menarik rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini sebagai berikut : “Bagaimanakah gambaran analisis praktik klinik keperawatan pada klien dengan intervensi

inovasi komunikasi terapeutik terhadap disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis praktek klinik keperawatan pada klien post operasi trepanasi ec cedera kepala dalam masa penyapihan ventilator mekanik dengan intervensi inovasi komunikasi terapeutik terhadap disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis post operasi Trepanasi ec cedera kepala dalam masa penyapihan ventilator mekanik
- b. Menganalisis intervensi komunikasi terapeutik yang diterapkan secara *kontiniu* pada klien kelolaan dengan diagnosa medis post operasi Trepanasi ec cedera kepala dalam masa penyapihan ventilator mekanik.

D. Manfaat Penelitian

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek, yaitu :

1. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi Klien

Menambah pengetahuan mengenai motivasi yang kuat untuk sembuh dalam merespon penyapihan ventilator mekanis secara positif, yang dapat diaplikasikan secara mandiri oleh klien.

b. Bagi Perawat

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam masalah disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik.

c. Bagi Tenaga Kesehatan Lain

Menambah pengetahuan tentang komunikasi terapeutik sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam masalah disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Memperkuat dukungan dalam menerapkan model konseptual keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan disfungsi respon penyapihan ventilasi mekanik.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan rujukan bagi bidang Diklat Keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat ICU.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan proses penyapihan ventilator mekanik yang disertai dengan pelaksanaan intervensi mandiri keperawatan berdasarkan hasil riset-riset terkini.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Cedera Kepala

1. Pengertian dan tata laksana umum

Brain Trauma Foundation (BTF) dalam pedoman penatalaksanaan cedera kepala traumatik berat telah menggolongkan cedera kepala menurut patofisiologinya yaitu cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder. Cedera kepala primer adalah kerusakan yang disebabkan trauma mekanis terhadap tulang kepala dan jaringan otak, sedangkan cedera sekunder merupakan proses kompleks yang mengikuti dan memperberat cedera primer yang terjadi dalam beberapa jam dan beberapa hari. Penyebab cedera sekunder bisa intrakranial bisa ekstrakranial atau sistemik. Penyebab intrakranial hematoma, edema serebral, peningkatan *Intra Cranial Pressure* (ICP). Penyebab sistemik seperti hipoksemia, hiperkapnia, hipotensi, anemi, hipertensi, hipoglikemi, hipertermi dan sepsis.

Penatalaksanaan cedera kepala difokuskan pada pencegahan dan pengelolaan cedera sekunder. Hal ini melandasi penatalaksanaan mutakhir cedera kepala yang terdiri dari resusitasi dan stabilisasi pra rumah sakit dan unit gawat darurat, pembedahan serta penatalaksanaan terapi intensif. Penatalaksanaan di rumah sakit pertama adalah

resusitasi dan stabilisasi, pembebasan jalan nafas, pemberian oksigen, resusitasi cairan dan pemberantasan kejang.

2. Konsep Perawatan Post Operatif di Ruang Intensive

Pada operasi *neurosurgical* umumnya pasien dibangunkan dari anestesi secepatnya, sehingga status neurologis dapat dievaluasi secepatnya sebagai hasil dari tindakan pembedahan. Secara umum pada klien cedera kepala terdapat edema cerebri atau berpotensi mengalami edema serebri, sehingga ada istilah *slow weaning* dan *delayed extubation*. Pulih sadar lambat dapat dilakukan pada kondisi : derajat kesadaran pra operasi buruk, resiko terjadi edema atau memperberat edemanya seperti pada operasi yang lama, perdarahan banyak, dekat area vital, pengelolaan jalan nafas pra operasi sulit.

Penatalaksanaan terapi intensif cedera kepala di ruang ICU terdiri dari perawatan umum yang ketat dan perawatan lain yang bertujuan : stabilisasi kondisi klien, optimalisasi oksigen dan hemodinamik otak, mencegah dan melakukan terapi hipertensi intrakranial, mempertahankan *Cranial Perfusion Pressure (CPP)* yang stabil dan adekuat, mencegah dari cedera sekunder.

B. Ventilator Mekanik

1. Pengertian

Ventilator mekanik merupakan suatu alat pernafasan bertekanan positif atau negatif yang dapat mempertahankan ventilasi dan pemberian oksigen dalam waktu lama. Tujuan ventilator mekanik adalah untuk mempertahankan ventilasi alveolar yang tepat untuk

kebutuhan metabolik pasien dan untuk memperbaiki transpor oksigen. Penggunaannya diindikasikan untuk pasien dengan hipoksemia, hiperkapnia dan gagal nafas.

2. Penggunaan Ventilator Mekanik pada pasien post operasi Trepanasi

Tindakan lanjutan seperti ventilasi mekanik untuk menjamin oksigenasi dan mencegah hipoksi, mempertahankan normokapnea untuk mengalirkan aliran darah otak sehingga menurunkan Tekanan Intra Kranial (TIK). Ventilasi mekanik dilakukan dengan obat sedatif. Analgesik yang adekuat diberikan untuk mendapatkan kondisi yang nyaman dan aman, untuk mencegah terjadinya respon stres seperti takikardi, peningkatan konsumsi oksigen, hipermetabolisme, peningkatan katekolamin endogen dan peningkatan TIK.

3. Penyapihan ventilator mekanik

a. Pengertian Penyapihan ventilator mekanik

Penyapihan ventilator mekanik adalah proses dari pelepasan dukungan mesin ventilator dan mengembalikan kerja pernafasan dari ventilator ke pasien secara mandiri. Pendekatan penyapihan ini disebut juga sebagai “membawa pasien lepas dari ventilator”. Beberapa pasien dapat mentolerir suatu penghentian yang tiba-tiba dari dukungan ventilator. Pada pasien yang lain, proses penyapihan membutuhkan waktu lebih lama. Secara individu, proses ini bisa berlangsung dalam hitungan harian ke mingguan bahkan bulanan.

b. Kriteria kondisi pasien sebelum penyapihan

Kriteria pertama yang harus dipertimbangkan sebelum percobaan penyapihan adalah menilai seluruh kondisi klinis pasien.

Dua pertanyaan penting menyinggung kondisi klinis pasien adalah

- 1) Apakah pasien telah benar-benar sembuh dari penyakit atau traumanya sehingga tidak membutuhkan ventilator?
- 2) Apakah ada kondisi klinis yang lain yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk mempertahankan pernafasan spontan?

Penilaian dari seluruh kondisi klinis pasien harus termasuk suatu evaluasi dari kondisi klinis sesuai pada tabel 2.1. Tergantung pada beratnya kondisi klinis ini, mereka harus diperbaiki atau dinormalkan terlebih dahulu sebelum dilakukan percobaan penyapihan.

Tabel 2.1
Kondisi yang Bisa Menghambat Kesuksesan Penyapihan

| Conditions | Examples |
|------------------------------------|---|
| Patient / Pathophysiologic | Fever Injections Renal Failure Sepsis Sleep Deprivation |
| Cardiac / circulatory | Arrhythmias Blood pressure (high or low) Cardiac Out Put (high or Low) |
| Dietary / acid-base / electrolytes | Acid-base imbalance Electrolit disturbance Anemia / dysfunctional hemoglobins |

Sumber : Majalah Kedokteran Nusantara Volume 39 No 3 september 2006

Kriteria penyapihan biasanya digunakan untuk mengevaluasi kesiapan dari pasien untuk percobaan penyapihan dan perkiraan keberhasilan penyapihan. Penyapihan lebih mendekati keberhasilan jika pada pasien dijumpai lebih banyak kriteria. Kedua ukuran

subjektif dan objektif telah dikembangkan dalam menentukan kesiapan pasien untuk penyapihan sebagai mana terangkum dalam berikut ini.

Tabel 2.2
Kriteria Penyapihan

| Category | example | value |
|------------------------|---|--|
| Ventilatory Criteria | PaCO ₂ | < 50 mmHg with normal pH |
| | Vital capacity | >10 to 15ml/kg |
| | Spontaneous V _T | >5 to 8ml/kg |
| | Spontaneous RR (f) | < 30/min |
| | Minute ventilation | < 10 L |
| Oxygenation criteria | PaO ₂ without PEEP | >60 mmHg @F _i O ₂ up to 0,4 |
| | PaO ₂ with PEEP | >100mmHg @F _i O ₂ up to 0,4 |
| | SaO ₂ | >90% @F _i O ₂ up to 0,4 |
| | Qs/QT | < 20 % |
| | P(A-a)O ₂ | < 350 mmHg @F _i O ₂ up to 1,0 |
| | PaO ₂ /F _i O ₂ | >200 mmHg |
| Pulmonary reserve | Max. Voluntary Vent. | 2x mi vent @ F _i O ₂ up to 0,4 |
| | Max. Insp. Pressure | >-20 to -30 cm H ₂ O in 20 sec |
| Pulmonary measurements | Static complaine | >30 ml/cm H ₂ O |
| | Airway Resistance | Observe trend |
| | V _D /V _T | < 60% |

Sumber : Majalah Kedokteran Nusantara Volume 39 No 3 september 2006

c. Prosedur Penyapihan

Prosedur penyapihan dapat dilaksanakan dengan satu atau lebih prosedur berikut ini : T-tube penyapihan, ventilasi yang wajib diberikan dengan berurutan dan sinkron (SIMV), dan tekanan ventilasi bantuan (PSV). Pemilihan prosedur menyapih tergantung atas kemampuan pasien untuk bernafas secara spontan dan tingkat kekuatan otot untuk mengatasi hambatan jalan nafas.

d. Keberhasilan penyapihan

Keberhasilan penyapihan didefinisikan sebagai pernafasan spontan yang efektif tanpa dukungan apapun dalam 24 jam atau lebih. Dukungan yang dimaksud adalah mesin ventilator, bronkodilator, bantuan tekanan atau tekanan positif jalan nafas yang *kontiniu* untuk mempertahankan ventilasi dan oksigenisasi.

e. Kegagalan penyapihan

Kegagalan penyapihan lebih sukar ditentukan dari pada yang berhasil pada penyapihan. Ini karena sewaktu-waktu kondisi klien bisa saja membutuhkan kembali dukungan ventilator. Banyak penelitian telah menentukan bahwa kegagalan penyapihan didasarkan pada hasil pemeriksaan analisa gas darah arteri yang abnormal pada akhir dari percobaan penyapihan atau adanya kemunduran kondisi klinis. Tanda-tanda dari kondisi klinis yang memburuk termasuk diantaranya diaphoresis, tanda-tanda adanya usaha bernafas yang meningkat, takikardia, aritmia, hipotensi ataupun hipertropi (Hanafi,2006).

Tidak ada ukuran objektif yang sederhana untuk menilai kegagalan penyapihan. Namun secara sederhana bisa disimpulkan bahwa dikatakan kegagalan penyapihan bila kondisi pasien mengharuskan pasien kembali memerlukan mesin ventilator.

Tabel 2.3
Indikator Kegagalan Penyapihan Ventilator Mekanik

| Indikator | uraian |
|-------------|--|
| Gas Darah | Peningkatan PaCO ₂ (>50mmHg) Penurunan pH (<7.30) Penurunan PaO ₂ (<60mmHg) Penurunan SpO ₂ (<90%) |
| Tanda Vital | Perubahan Tekanan Darah (20 mmHg systolik atau 10 mmHg diastolik) Peningkatan Heart Rate (> 110/menit) EKG Abnormal (arrythmia) |
| Pernafasan | Penurunan VT (<250 ml) Peningkatan RR (> 30 x/menit) Penurunan MIP (< 20cm H20) Penurunan <i>Static compliance</i> (<30ml.cmH20) Peningkatan VD/VT (>60%) |

Sumber : Majalah Kedokteran Nusantara Volume 39 No 3 september 2006

f. Penyebab kegagalan Penyapihan

Diluar kondisi patologis yang mengarah kepada dibutuhkannya mesin ventilasi, kegagalan penyapihan dapat terjadi bila kerja pernafasan spontan terlalu berat bagi pasien untuk dipertahankan. Kegagalan penyapihan umumnya berhubungan dengan (1) peningkatan resistensi aliran udara, (2) berkurangnya kepatuhan (psikologis), atau (3) kelelahan otot pernafasan.

C. Komunikasi terapeutik – motivasi

1. Komunikasi terapeutik

a. Konsep dasar Komunikasi Terapeutik

Keperawatan adalah suatu interaksi antara perawat dan pasien, perawat dan profesi kesehatan lain, serta perawat dan komunitas. Agar perawat efektif dalam berkomunikasi mereka harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik. Proses interaktif antara pasien dan perawat yang membantu pasien mengatasi masalah penyakitnya, dan mengatasi hambatan psikologis yang

menghalangi realisasi ini disebut komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik berbeda dengan komunikasi sosial, yaitu pada komunikasi terapeutik selalu terdapat tujuan atau arah yang spesifik untuk komunikasi; oleh karena itu komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang terencana. Komunikasi paling terapeutik berlangsung ketika pasien dan perawat keduanya menunjukkan sikap hormat akan individualitas dan harga diri (Kathleen,2007).

Komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain, komunikasi ini direncanakan secara sadar, bertujuan, dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau ketrampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi masalah psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain (Suryani,2006).

Komunikasi terapeutik tidak hanya memberikan terapi pengobatan dan pemberian informasi, akan tetapi juga untuk membantu pasien memperjelas, mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan. Kedua, untuk mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya. Ketiga, mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya

sendiri dalam hal peningkatan derajat kehatan. Keempat, memperlambat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (perawat) secara profesional dan proposional dalam rangka membantu penyelesaian masalah pasien (Mundakir,2006).

Menurut (Potter-Perry,2000) komunikasi terapeutik adalah proses dimana perawat menggunakan pendekatan terencana dalam mempelajari klien.

Dari beberapa pengertian di atas dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan seorang perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan pemberian informasi yang akurat kepada pasien, sehingga diharapkan dapat berdampak pada perubahan yang lebih baik pada pasien dalam menjalankan terapi dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang di hadapi pada tahap perawatan.

b. Tujuan komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

Pertama, realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien. Klien yang tadinya tidak biasa menerima apa adanya atau merasa rendah diri, setelah

berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.

Kedua, kemampuan membina hubungan interpersonal dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya. Ketiga, peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Terkadang klien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya.

Keempat, rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal di sini termasuk status, peran, dan jenis kelamin. Klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah. Melalui komunikasi terapeutik di harapkan perawat dapat membantu klien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas. Dalam hal ini perawat berusaha menggali semua aspek kehidupan klien di masa sekarang dan masa lalu. Kemudian perawat membantu meningkatkan integritas diri klien melalui komunikasinya dengan klien (Suryani,2005).

c. Fase-fase Dalam Komunikasi Terapeutik

Terdapat empat tahap hubungan antara terapis dan pasien:

1) Tahap I : Pra Interaksi

- a) Eksplorasi perasaan, fantasi, dan rasa takut dalam diri
 - b) Analisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri
 - c) Kaji data mengenai pasien jika memungkinkan
 - d) Rencanakan jadwal untuk pertemuan pertama dengan pasien.
- 2) Tahap II : Perkenalan atau orientasi) Pengkajian dan analisis
- a) Tetapkan alasan pasien untuk mencari bantuan
 - b) Bina hubungan saling percaya
 - c) Mengkaji pasien; eksplorasi pikiran, perasaan dan tindakan pasien
 - d) Identifikasi masalah pasien berdasarkan prioritas dan diagnosis.
 - e) Tetapkan tujuan bersama dengan pasien
 - f) Rumuskan bersama kontrak yang bersifat saling menguntungkan mencakup nama, peran, tanggung jawab, harapan, tujuan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, kondisi untuk terminasi dan kerahasiaan.
- 3) Tahap III : Kerja
- a) Rencanakan intervensi dan hasil yang akan dicapai
 - b) Ekplorasi stresor yang relevan dengan cara memfasilitasi pasien dalam mengeksplorasi masalah, pemikiran dan perasaannya.
 - c) Gunakan pendekatan pemecahan masalah dalam bekerja sama dengan meningkatkan pengembangan penghayatan

dari penggunaan mekanisme koping kepada pasien yang konstruktif

- d) Ajarkan dan motivasi koping kepada pasien
- e) Anjurkan pasien mempraktekan perilaku adaptif dan mengevaluasi efektifitas dari upaya tersebut
- f) Bahas dan atasi perilaku resisten

4) Tahap IV : Terminasi

Tahap terminasi ini di bagi menjadi dua, yaitu terminasi sementara yang merupakan akhir dari setiap pertemuan untuk bertemu kembali pada waktu yang telah ditentukan, dan terminasi akhir yang terjadi jika klien selesai menjalani pengobatan.

- a) Bina realita tentang perpisahan dengan cara mengekspresikan perasaan tentang terminasi
- b) Observasi kemajuan terapi dan pencapaian tujuan. Evaluasi hasil, kaji masalah, tujuan dan intervensi.
- c) Observasi klien terhadap perilaku regresif
- d) Evaluasi keseluruhan hubungan perawat-klien, eksplorasi secara timbal balik perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan dan kemarahan serta perilaku yang terkait lainnya.

d. Tehnik Komunikasi Terapeutik

Dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien. Perawat dapat menggunakan teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut:

1) Mendengar (*listening*)

Merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar, perawat mengetahui perasaan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara, perawat harus menjadi pendengar yang aktif.

2) Pertanyaan terbuka (*Broad opening*)

Memberi kesempatan untuk memilih, contoh: Apakah yang Saudara pikirkan? Apa yang kita bicarakan hari ini? Beri dorongan dengan cara mendengar atau mengatakan, saya mengerti atau jawaban ya tidak.

3) Mengulang (*Repetition*)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan pasien. Gunakan untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien.

4) Klarifikasi

Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah pindah.

Contoh : Dapatkah anda menjelaskan kembali tentang materi yang kita bicarakan tadi? Gunanya untuk kejelasan atau kesamaan ide perasaan dan persepsi perawat dan klien.

5) Refleksi

Refleksi dapat berupa : refleksi isi, memvalidasi apa yang didengar klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan

pengertian perawat dan refleksi perasaan, memberi respon pada perasaan klien terhadap pemberitaan, agar klien mengetahui dan menerima perasaan. Gunanya untuk mengetahui dan menerima ide dan perasaannya, mengoreksi, memberi keterangan lebih jelas, ruginya ialah mengulang terlalu sering dan sama, dapat menimbulkan marah, iritasi, dan frustrasi.

6) Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang dipilih dan yang penting, dan menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih dan terfokus pada realita.

7) Diam (*silent*)

Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan, tujuan memberi kesempatan berfikir dan bermotifasi klien untuk bicara. Pada klien yang menarik diri, teknik diam berarti perawat menerima klien.

8) Memberikan Informasi

Memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan yang berguna sesuai kebutuhan pasien.

9) Saran

Memberi alternatif ide untuk memecahkan masalah, tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan. Perawat perlu menganalisa teknik yang tepat pada setiap komunikasi dengan klien, melalui komunikasi verbal

dapat disampaikan informasi yang akurat, namun aspek emosi dan perasaan tidak dapat diungkapkan seluruhnya melalui verbal, dengan mengerti proses komunikasi dan mempunyai berbagai ketrampilan berkomunikasi, diharapkan perawat dapat memakai dirinya secara utuh (verbal dan nonverbal).

e. Efek Komunikasi Terapeutik Terhadap Motivasi Kesembuhan Klien

Dalam komunikasi terapeutik yang efektif, hasil yang diharapkan oleh komunikator adalah adanya perubahan sikap dari klien. Sehubungan dengan perubahan sikap tersebut; Hovland, Janis dan Kelley mengemukakan teori *Stimulus-Organism-Response* (S-O-R). Teori ini semula berasal dari ilmu psikologi, efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus, sehingga seseorang dapat mengharapakan dan memperkirakan kesesuaian pesan dan reaksi komunikan (Effendy, 2000:254). Teori ini meliputi unsur :

- 1) Pesan (Stimulus,S) : Rangsangan atau stimulus yang diterima oleh indera seseorang, dalam hal ini adalah komunikasi terapeutik.
- 2) Komunikan (Organisme,O) : Penerimaan pesan dalam hal ini mengenai motivasi upaya kesembuhan
- 3) Efek (Response,R) : Klien dalam hal ini klien kelolaan di Ruang ICU

Hubungan perawat-klien melalui komunikasi terapeutik membantu klien beradaptasi dengan memiliki persepsi positif

sehingga mengembangkan koping yang tepat. Sejalan dengan pernyataan Weiten (2007) yang dikutip oleh putra (2011) bahwa setiap stresor yang diterima oleh individu akan dipelajari dengan seksama sehingga menghasilkan persepsi yang akhirnya akan direspon dengan benar pula.

Keberhasilan komunikasi terapeutik dapat dinilai berdasarkan tujuan yang telah ditentukan sebelumnya, keefektifan tindakan, dan perubahan klien akibat tindakan yang dilakukan. Keberhasilan komunikasi juga dapat ditunjukkan dengan kepuasan klien terhadap pesan yang diterima. Kenyamanan klien secara fisik, klien bersedia mengungkapkan pikiran dan perasaannya saat berkomunikasi, klien merasa cocok untuk berkonsultasi dengan perawat dapat dijadikan sebagai evaluasi keberhasilan komunikasi terapeutik. Evaluasi keberhasilan terhadap komunikasi terapeutik antara lain:

- 1) Pasien membuka diri terhadap pikiran dan perasaannya.
- 2) Perawat berespon suportif terhadap hal yang disampaikan oleh pasien.
- 3) Perubahan pasien akibat tindakan yang dilakukan

2. Motivasi

a. Konsep Dasar Motivasi

1) Pengertian

Secara taksonomi, motivasi berasal dari bahasa latin yaitu "*movere*", yang artinya bergerak. Motivasi adalah dorongan

dasar yang menggerakkan orang bertingkah laku. Dorongan ini berada pada diri seseorang yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya. Oleh karena itu, perbuatan seseorang yang didasarkan atas motivasi tertentu mengandung tema sesuai dengan motivasi yang mendasarinya (Uno,2008).

Motivasi adalah suatu usaha yang disadari untuk mempengaruhi tingkah laku seseorang agar ia tergerak hatinya untuk mempengaruhi sesuatu sehingga mencapai hasil atau tujuan tertentu (Purwanto,2011)

2) Fungsi Motivasi

Mendorong manusia untuk berbuat, jadi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energi. Dengan demikian motivasi dapat memberikan arah dan kegiatan yang harus dilakukan sesuai dengan tujuannya.

Mendorong timbulnya kekuatan atau suatu perbuatan pada pencapaian tujuan yang diharapkan. Menggerakkan cepat atau lambatnya pekerjaan seseorang (Jahja,2011).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

1) Faktor intrinsik

a) Minat

Menurut Slameto (2003), pada dasarnya minat adalah penerimaan akan suatu hubungan antara diri sendiri dengan sesuatu diluar diri. Minat adalah rasa lebih suka dan rasa

ketertarikan pada suatu hal atau aktifitas, tanpa ada yang meminta. Minat pada dasarnya adalah penerimaan akan suatu hubungan antara diri sendiri dengan sesuatu diluar diri. Semakin kuat atau dekat hubungan tersebut, semakin besar minatnya (Djali,2008).

Dengan demikian dapat diartikan bahwa minat adalah keinginan atau kemauan yang menetap dalam diri seseorang untuk merasa tertarik pada suatu hal tertentu dan merasa senang berada dalam bidang tersebut. Minat merupakan kekuatan pendorong yang menyebabkan seseorang memberikan perhatiannya terhadap sesuatu. Maka bisa dikatakan bahwa keberhasilan melaksanakan pekerjaan mempunyai hubungan dengan minat.

Minat dan motivasi menjadi suatu hal yang penting, karena minat dan motivasi adalah faktor yang mempengaruhi sikap, sehingga ketika minat dan motivasi tinggi, maka akan mendorong sikap yang positif pula.

b) Sikap

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap yang terdapat dalam diri individu akan memberi warna atau corak tingkah laku ataupun perbuatan individu yang bersangkutan. Dengan memahami atau mengetahui sikap individu, dapat diperkirakan respon ataupun perilaku yang akan diambil oleh individu

bersangkutan. Sikap dapat membantu individu mencapai tujuan, individu akan dapat bersikap positif terhadap objek sikap tersebut atau sebaliknya (Sunaryo,2004).

Sikap adalah gejala internal berdimensi afektif berupa kecenderungan untuk bereaksi atau merespon dengan cara yang relatif tetap terhadap objek orang dan barang, baik secara positif maupun negatif.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Cicilia (tanpa tahun) kualitas komunikasi terapeutik perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan motivasi pasien untuk sembuh. Hal ini juga berarti bahwa semakin baik kualitas komunikasi terapeutik perawat maka motivasi pasien untuk sembuh semakin tinggi.

2) Faktor Ekstrinsik

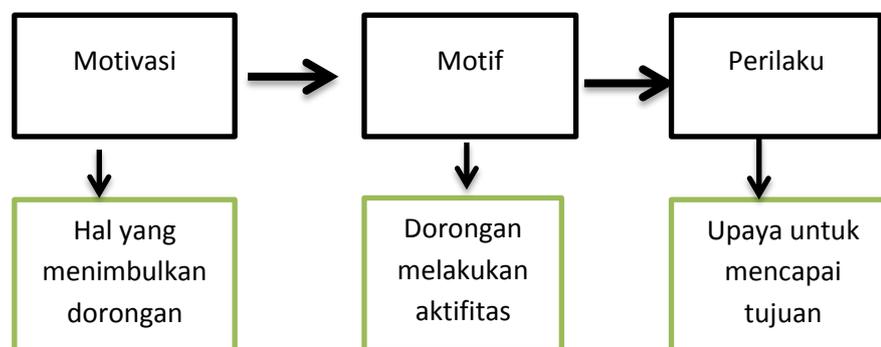
Faktor ekstrinsik yang mempengaruhi motivasi seseorang diantara adalah lingkungan sosial, dalam hal ini pada klien yang dirawat di rumah sakit, dukungan dari keluarga yang dan petugas yang merawatnya merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap upaya kesembuhan klien. Sedangkan lingkungan non sosial bisa berupa biaya yang akan timbulnya bila semakin lama di dirawat di rumah sakit.

c. Efek Motivasi Terhadap Kesembuhan Fisik

Dampak suatu penyakit pada klien tidak hanya berupa keluhan fisik, namun juga berupa gangguan emosional dan psikologis.

Adanya ketidaksiapan mental mengalami suatu penyakit bisa menyebabkan klien menjadi stres. Persepsi terhadap stresor inilah yang harus dirubah kearah positif agar dapat menghasilkan respon positif pula. Motivasi untuk sembuh merupakan upaya inti bagi pemulihan klien dari penyakitnya, karena dapat mendasari perilaku kearah tujuan yaitu kesembuhan.

Skema 2.1
Efek Motivasi



Motivasi sembuh adalah perilaku yang didorong oleh kebutuhan yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran dimana kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka-luka.

Hal ini sejalan dengan teori motivasi menurut Maslow (1943-1970) yang dikutip oleh Sobur (2003) mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan akan rasa cinta dan rasa memiliki. Untuk memenuhi hal tersebut diatas, maka teknik komunikasi refleksi dan orientasi terhadap realitas, rasa cinta kasih keluarga dan orang terdekat kembali diingatkan, supaya klien merasa mempunyai makna dan berarti bagi orang lain.

| | |
|---|----|
| BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN | 28 |
| A. Pengkajian Kasus | 28 |
| B. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Maslow | 36 |
| C. Intervensi Keperawatan | 36 |
| D. Intervensi Inovasi | 40 |
| E. Implementasi Inovasi dan Evaluasi | 41 |
| BAB IV ANALISA SITUASI | 49 |
| A. Profil Lahan Praktik | 49 |
| B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Teori dan Konsep Kasus Terkait | 50 |
| C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait | 52 |
| D. Alternatif Pemecahan Masalah yang Dapat Dilakukan | 56 |

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Menganalisis Kasus Kelolaan Dengan Diagnosa Medis *Post Operasi Trepanasi* Dalam Masa Penyapihan Ventilator Mekanik

Klien Ny.SH dengan *Post Operasi Trepanasi* dalam masa Penyapihan Ventilator Mekanik. Pada saat pengkajian tanggal 29 Januari 2016 didapatkan data klien post operasi Trepanasi hari ke-4 dalam masa penyapihan ventilator mekanik. Status *neurosurgery* dalam keadaan stabil, GCS E4 Vx M6. Laporan dari perawat jaga; 16 jam yang lalu (kemarin sore) telah dicoba melakukan penyapihan ventilator dengan menggunakan *Jackson Reese*. Respon klien setelah 2 jam penyapihan; TD : 140/90 mmHg, Nadi 106 x/mnt, SpO₂ 89%, RR 10 x/menit pendek-dangkal, pergerakan dada saat bernafas sangat kurang, klien tampak kurang berespon dalam upaya bernafas. Diputuskan kembali menggunakan ventilator mekanik dengan mode SIMV+PC, FiO₂ 60 %, PEEP 5, Tidal Volume 400, SpO₂ 100%, RR 14 / 14.

Dari data yang dikaji, didapatkan 3 masalah keperawatan prioritas yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya ETT dan peningkatan sekresi mukus, disfungsi respon penyapihan ventilator berhubungan dengan riwayat ketergantungan ventilator lebih dari 4 hari, dan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik; terintubasi.

Kemudian dibuat tujuan intervensi berdasarkan NOC diantaranya Respiratory Status : *Airway Patency*, Respon Penyapihan Ventilator Mekanik, dan Komunikasi. Terhadap ketiga tujuan tersebut masing-masing dibuatlah intervensi berdasarkan NIC, yaitu : *Airway Manajemen*, *Airway suctioning*, Penyapihan Ventilator Mekanik, *Endotracheal Extubation* dan Peningkatan Komunikasi pada gangguan komunikasi verbal. Sebagai intervensi inovasi dilakukan komunikasi terapeutik pada klien.

Implementasi dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 29-1-2016 hingga tanggal 31-1-2016. Pada tahap evaluasi yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut terjadi perubahan kearah yang lebih baik pada masalah keperawatan yang ada. Pada evaluasi hari pertama klien mulai menunjukkan perubahan yang positif, dimana setelah 2 jam percobaan penyapihan; tidak ada tanda-tanda distress pernafasan ataupun gangguan hemodinamik yang akan membuat klien kembali bergantung pada dukungan ventilator mekanik. Pada evaluasi hari ke dua klien telah mampu menjalani masa penyapihan tanpa ada kesulitan, nafas spontan tanpa ada perubahan haemodinamik dan ataupun perubahan status respiratorik, sehingga dipertimbangkan untuk dilakukan *extubasi* ETT. Pada Evaluasi hari ke tiga, dalam pemeriksaan klinis klien disimpulkan bahwa klien telah berhasil menjalani penyapihan ventilator mekanik tanpa ada komplikasi yang mengancam kesehatan klien.

2. Analisis Intervensi Komunikasi Terapeutik Terhadap Disfungsi Respon Penyapihan Ventilator Mekanik.

Hasil analisa pada klien yang mendapatkan terapi inovasi berupa komunikasi terapeutik dalam hal ini menunjukkan terjadi peningkatan

kemampuan klien dalam beradaptasi terhadap penyapihan ventilator mekanik. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi inovasi ini efektif diterapkan pada klien dengan masalah disfungsi penyapihan ventilasi mekanis dengan faktor pencetus ketidaksiapan psikologis klien menghadapi proses penyakitnya.

B. Saran

1. Saran bagi pasien

Klien sering berlatih memotivasi dirinya sendiri sehingga terbangun respon positif dalam dirinya yang akan menjadi kekuatan bagi dirinya untuk melakukan upaya-upaya yang akan menunjang proses kesembuhannya. Klien dapat menerapkannya kapan saja, karena latihan ini sangat mudah untuk diterapkan.

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Meningkatkan pengetahuan tentang ilmu komunikasi terapeutik, dan menerapkannya kepada klien. Sehingga dengan teraplikasinya asuhan keperawatan yang memperhatikan aspek *biopsikososial* maka akan terjadi peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada klien.

3. Saran bagi penulis

Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah disfungsi respon penyapihan ventilator mekanik sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan keperawatan *intensive*.

4. Saran bagi Rumah Sakit

Mengembangkan kebijakan terkait intervensi inovasi komunikasi terapeutik sebagai kompetensi / tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga seluruh tenaga keperawatan khususnya yang ruang ICU dapat

mengaplikasikan secara optimal pada klien dengan masalah disfungsi respon penyapihan ventilasi mekanik.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini bisa menjadi rujukan dalam melaksanakan proses pembelajaran klinik mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan proses penyapihan ventilator mekanik.

DAFTAR PUSTAKA

- Balun R, Detre JAA, Levine JM. Clinical Assesment in the neurocritikal care unit. Philadelphia 2013:84-98
- Blais Koeing Kathlrrn, Praktik Keperawatan Profesional, Konsep & Perspektif. Edisi 4 Jakarta EGC, 2007
- Bisri T. Penanganan Neuroanastesia dan Critikal Care: Cedera Otak Traumatik. Bandung : Universitas Padjadjaran. 2012
- Christina Y, Peningkatan Motivasi Untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr.Ramelan Surabaya, STIKES Hang Tuah Surabaya, 2013
- Cicilia, Hubungan Antara Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Motivasi Pasien Untuk Sembuh : Universitas Atma Jaya Yogyakarta, 2011
- Effendy, Onong Uchjana. Dimensi-dimensi Komunikasi. Bandung. Remaja Rosdakarya. 1986.
- Hardhiyani Rizky, Hubungan Komunikasi Therapeutic Perawat dengan Motivasi Sembuh Pasien Rawat Inap di Ruang Melati RSUD Kalisari Batang : Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang 2013
- Haddad S, Arabi YM. Critical Care Management Of Severe Traumatic Brain Injury in Adults. SJTREM. 2012;20:12
- Helmy A, Vizcachipi M, Gupta AK. Traumatic Brain Injury: intensive Care Management. Br J Anaesth. 2007;99:32-42
- Ida Bagus, Penyapihan Ventilasi Mekanik. Denpasar, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar, 2009
- Mundakir, Komunikasi Keperawatan, Aplikasi Dalam Pelayanan. Yogyakarta. Graha Ilmu. 2006
- M.Ikhwan, Studi Korelasi Antara Komunikasi Interpersonal Perawat dan Kualitas Pelayanan terhadap Motivasi Kesembuhan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret Surakarta, 2012
- Sobur A. Psikologi Umum, Pustaka Setia : Bandung, 2003
- Suryani, Komunikasi Terapeutik : Teori dan Praktik. Jakarta. EGC. 2006