# PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI FRAKTUR DI RUANG RAWAT INAP BOUGENVIL RST Dr. SOEPRAOEN **KOTA MALANG**

# **TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan** Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan



Oleh:

**Yoel Bagus Giarto** 145070201131014

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN **FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA** MALANG 2018





# **DAFTAR ISI**

Halaman

Halamar	n Sar	mpul	i
Halamar	n Per	setujuan	i
KATA PENGANTAR			Error! Bookmark not defined.
DAFTAF	R ISI		iv
DAFTAF	R TAI	3EL	vii
DAFTAF	R GA	MBAR	viii
DAFTAF	R LAI	MPIRAN	ix
BAB I P	END	AHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1.		r Belakang	
1.2	Run	Rumusan MasalahError! Bookmark not de	
1.3	•	an Penelitian	
1.3.	1	Tujuan Umum	Error! Bookmark not defined.
1.3.	.2	Tujuan Khusus	Error! Bookmark not defined.
1.4	Mar	ıfaat Penelitian	Error! Bookmark not defined.
BAB II T	INJA	UAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1	Kon	sep Fraktur	
2.1.	.1	Pengertian Fraktur	Error! Bookmark not defined.
2.1.	2	Klasifikasi Fraktur	Error! Bookmark not defined.
2.1.	.3	Etiologi Fraktur	Error! Bookmark not defined.
2.2	Kon	sep Kecemasan	Error! Bookmark not defined.
2.2.	.1	Pengertian Kecemasan	Error! Bookmark not defined.
2.2.	2	Penyebab Kecemasan	
2.2.	.3	Penilaian Tingkat Kecemasan	Error! Bookmark not defined.
2.2.	4	Respon klien terhadap kecemasan	Error! Bookmark not defined.
2.3	Kon	sep Dasar Komunikasi	Error! Bookmark not defined.
2.3.	.1	Pengertian Komunikasi	Error! Bookmark not defined.
2.3.	2	Fungsi Komunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.
2.3.	.3	Karakteristik Komunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.
2.3.	4	Konsep Komunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.
2.3.5		Tehnik Komunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.
2.3.6		Tahapan Dalam Komunikasi	Error! Bookmark not defined.
2.3.7 defined.		Faktor-faktor yang Mempengaruhi Komun	ikasi Terapeutik <b>Error! Bookmark not</b>



2.3.8		Faktor-Faktor penghambat komul	nikasi Terapeutik <b>Error! Bookmark not defined.</b>			
2.3.9		Penilaian Keberhasilan Komunikasi TerapeutikError! Bookmark not defined.				
2.3.10		Arti Komunikasi bagi perawat	Arti Komunikasi bagi perawatError! Bookmark not defined.			
2.3.11		Aplikasi Komunikasi dalam asuha	n keperawatanError! Bookmark not defined.			
2	2.3.12	Komunikasi Terapeutik pada pasi	en masa operasiError! Bookmark not defined.			
BAB I		ANGKA KONSEP DAN HIPOTESA	A PENELITIAN Error! Bookmark not			
1.1	Ke	rangka Konsep	Error! Bookmark not defined.			
1.2	1.2 Hipotesa PenelitianError! Bookmark not de					
BAB I	IV ME	TODE PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.			
4.1	Rand	angan Penelitian	Error! Bookmark not defined.			
4.2	Po	pulasi dan Sampel	Error! Bookmark not defined.			
4	.2.1	Populasi	Error! Bookmark not defined.			
4	.2.2	Sampel	Error! Bookmark not defined.			
4.3	Va	riable Penelitian	Error! Bookmark not defined.			
4.4	Lol	kasi dan Waktu Penelitian	Error! Bookmark not defined.			
4.5			Error! Bookmark not defined.			
4	1.5.1	Instrumen Penelitian	Error! Bookmark not defined.			
4	.5.2	Uji Validitas	Error! Bookmark not defined.			
4	1.5.3	Uji Reabilitas	Error! Bookmark not defined.			
4.6	De	finisi Istilah/Operasional	Error! Bookmark not defined.			
4.7	Pro	sedur Pengumpulan Data	Error! Bookmark not defined.			
4.9	Pre	Analisis Data	Error! Bookmark not defined.			
4	1.9.1	Editing	Error! Bookmark not defined.			
4	1.9.2		Error! Bookmark not defined.			
4	1.9.4		Error! Bookmark not defined.			
4.1	0 An	alisa	Error! Bookmark not defined.			
4.1			Error! Bookmark not defined.			
	.11.1 ot defi		ip Menghormati Harkat danError! Bookmark			
4	.11.2	Beneficience (Prinsip Berbuat Ba	ik)Error! Bookmark not defined.			
4.11.3		Nonmaleficience (Prinsip Tidak Merugikan)Error! Bookmark not defined.				
4.11.4		Justice (Prinsip Keadilan)Error! Bookmark not defined.				
	1.11.5		Error! Bookmark not defined.			
			TAError! Bookmark not defined.			
		ilisis I Inivariat	Frank Bookmark not defined			



5.2	Analisis Bivariat Error! Bookmark not defined.			
BAB V	I PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.		
6.1 Kom	<u> </u>	en Pra-Operasi Fraktur Sebelum diberikanError! Bookmark not defined.		
6.2 <b>not</b> (	Identifikasi Tingkat Kecemasan Pasien Pra-Operasi Fraktur Setelah Error! Bookmark defined.			
dibe	rikan Komunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.		
6.3 <b>Bool</b>	Analisis Pengaruh Komunikasi Tera kmark not defined.	peutik Sebelum dan Sesudah diberikanError!		
Kom	nunikasi Terapeutik	Error! Bookmark not defined.		
6.4	Implikasi Penelitian	Error! Bookmark not defined.		
6.5	Keterbatasan Penelitian	Error! Bookmark not defined.		
BAB V	II PENUTUP	Error! Bookmark not defined.		
7.1	Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.		
7.2	Saran	Error! Bookmark not defined.		
DAFTA	AR PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.		

# **DAFTAR TABEL**

Halaman
Tabel 4.1 Pola Desain Pre-Experiment
Tabel 4.2 Definisi Operasional
Tabel 5.1 Data Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin,
Usia Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Status Pekerjaan, dan
Pengalaman Operasi49
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien pra-Operatif
Fraktur sebelum di berikan Komunikasi Terapeutik50
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien pra-Operasi
Fraktur setelah di berikan Komunikasi Terapeutik51
Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin51
Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia
Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pendidikan52
Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pekerjaan53
Tabel 5.8 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Status Perkawinan53
Tabel 5.9 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pengalaman
Operasi Seblumnya53
Tabel 5.10 Tabel perbedaan Tingkat Kecemasan Pra-Operatif sebelum
dan sesudah pemberian Komunikasi Terapeutik54



# DAFTAR GAMBAR

Н	ıaı	เล	m	а	n

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	33
Gambar 4.1 Alur Penelitian	42



# HALAMAN PENGESAHAN

# **TUGAS AKHIR**

# PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI FRAKTUR DI RUANG RAWAT INAP BOUGENVIL RST Dr. SOEPRAOEN KOTA MALANG

Oleh:

**Yoel Bagus Giarto** NIM 145070201131014

Telah diuji pada

Hari: Kamis

Tanggal: 17 Mei 2018 dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Ns. Setyoadi, S.Kep, M.Kep, Sp Kep Kom NIP. 197809122005021001

Pembimbing-I/ Penguji-II,

Pembimbing-II/ Penguji-III,

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep, M.Kep NIP. 198108242015042001

Ns. Niko Dima, M.Kep, Sp Kep Kom NIP. 2013018712202001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,

Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes NIP. 196408141984011001

ii



# **ABSTRAK**

PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT Bagus, Yoel. 2018. KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI FRAKTUR DI RUMAH SAKIT TENTARA TK II DR.SOEPRAOEN MALANG. Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep, M.Kep (2) Ns. Niko Dima, S.Kep, M.Kep, Sp. Kep Kom.

Data World Health Organization (WHO) tahun 2011, menunjukkan 5.6 juta orang meninggal dan 1,3 juta orang fraktur akibat kecelakaan lalu lintas pada tahun 2011-2012. Tatalaksana fraktur dapat dilakukan dengan pembedahan Open Reduction and Internal Fixation (ORIF). Tindakan pembedahan sebagian besar dapat menimbulkan kecemasan pada pasien. Komunikasi Terapeutik merupakan tahap awal membina hubungan kepercayaan perawat dan pasien yang tujukan untuk membantu pasien dalam memperjelas, mengurangi beban pikiran, dan menghilangkan kecemasan. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pra-operasi fraktur di ruang Bougenvil Rumah Sakit Dr.Soepraoen Malang. Desain pada penelitian ini adalah menggunakan purposive sampling dengan desain pretest-posttest. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini ialah pemberian komunikasi terapeutik pada pasien pra-operasi fraktur. Hasil penelitian ini diperoleh diantaranya adalah : menunjukkan 45% mengalami kecemasan sedang, 30% mengalami kecemasan berat, dan 25% mengalami kecemasan ringan yaitu sebelum diberikan komunikasi terapeutik. Setelah pelaksanaan pemberian komunikasi terapeutik 50% pasien pra-operasi tidak mengalami kecemasan, 25% pasien menjadi cemas ringan, dan 25% pasien menjadi cemas sedang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien pra-operasi fraktur.

Kata Kunci: Komunikasi Terapeutik, Tingkat Kecemasan, Pre Operasi Fraktur.



# **ABSTRACT**

IMPACT OF THERAPEUTIC COMMUNICATION AGAINST THE Bagus, Yoel. 2018. ANXIETY RATES OF FRACTURE PRE-SURGERY PATIENTS' IN RUMAH SAKIT TENTARA TK II DR. SOEPRAOEN MALANG. Undergraduate Thesis. Nursing Science Study Program, Medical Faculty, Brawijaya University. Adviser: (1) Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep, M.Kep (2) Ns. Niko Dima, S.Kep, M.Kep, Sp. Kep Kom.

The data of World Health Organization (WHO) in 2011 shows about 5.6 million people died and 1.3 million people take fracture due to traffic accident on 2011-2012. Fracture standard procedure can be done by Open Reduction and Internal Fixation surgery. Most of the surgery action may cause anxiety. Therapeutic communication is an early stage to develop patient's trust towards the nurse that may help the patient in explain, decrease the mind burden, and cure the anxiety. This research aims to know the impact of therapeutic communication against anxiety rates of fracture pre-surgery patients in Bougenville room Dr. Soepraoen Hospital Malang. The study design used purposive sampling by pretest-posttest method. The intervention which was conducted on this study was doing the therapeutic communication to fracture pre-surgery patients. The result of the study showed about 45 percent suffers moderate anxiety, 30 percent suffers severe anxiety, and about 25 percent suffers mild anxiety before therapeutic communication conducted. Since the therapeutic communication conducted, about 50 percent patients not suffering on anxiety, 25 percent suffer mild anxiety, and 25 percent suffer moderate anxiety. From this study can be concluded there was impact of therapeutic communication on fracture pre-surgery patients.

Keywords: Therapeutic Communication, Anxiety Rates, Fracture Pre-Surgery



# BRAWIJAY.

# BAB I PENDAHULUAN

# 1.1. Latar Belakang

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya tulang menjadi beberapa bagian disebabkan rudapaksa (Mansjoer, 2008). Fraktur adalah patah tulang yang bisa disebabkan karena trauma (Price, 2005). Fraktur bisa terjadi apabila dikenai stress seperti pukulan langsung, kontraksi otot yang ekstrim dan gaya puntir mendadak. Fraktur menyebabkan jaringan di sekitarnya mengalami odema jaringan lunak, dislokasi sendi, perdarahan otot ke sendi, kerusakan saraf dan pembuluh darah serta ruptur tendon (Brunner & Suddarth, 2005).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2011, menunjukkan bahwa pada tahun 2011-2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang mengalami fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Kasus fraktur mengalami peningkatan pada 2013 dibandingan hasil 2007, yang mana sebagian besar disebabkan kecelakaan lalu lintas, benda tajam atau tumpul. Prevalensi cedera tahun 2007 sebanyak 7,5% dan naik menjadi 8,2% pada tahun 2013. Data menunjukkan 45.897 kejadian jatuh yang menyebabkan fraktur pada 1.770 orang (58%) turun menjadi 40,9%, data menunjukkan 14.125 kejadian trauma benda tajam atau tumpul menurun 236 orang (20,6%) menjadi 7,3%, data menunjukkan 20.829 kejadian kecelakaan lalu lintas yang mengalami fraktur meningkat dari 1.770 orang (25,9%) menjadi 47,7% (Riskesdas Depkes RI, 2013; Riskesdas Depkes RI, 2007). Prevalensi data jumlah pasien fraktur di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang menunjukkan pada bulan agustus terdapat 76 pasien, september 64 pasien dan oktober meningkat menjadi 89 pasien.

Prinsip penanganan faktur meliputi: (1) Reduksi, memperbaiki posisi fragmen tulang yang patah yang meliputi reduksi tertutup dan reduksi terbuka, (2) Imobilisasi, tindakan mengurangi pergeseran fragmen tulang yang patah dengan pemberian gips, traksi, dan fiksasi internal atau eksternal, (3) Rehabilitasi, tindakan memulihkan kondisi fungsi pasien agar dapat kembali aktifitas normal (Kisner & Colby, 2007). Tata laksana fraktur dapat dilakukan dengan dua metode, pembedahan atau tanpa pembedahan.

Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) adalah fiksasi interna dengan pembedahan terbuka untuk mengistirahatkan fraktur dengan pembedahan untuk memasukkan screw, pen, paku kedalam area fraktur untuk mengikat dan menguatkan bagian tulang yang fraktur secara bersamaan (Reeves, 2001). ORIF direncanakan pada perubahan posisi fraktur yang tidak stabil. Tindakan pembedahan ini tujukan



menstabilkan fraktur serta mengatasi cedera vaskuler seperti sindroma kompartemen pada pasien fraktur (Salmond & Pullino, 2002).

Tindakan pembedahan sebagian besar dapat menimbulkan kecemasan pada pasien. Kecemasan terjadi akibat dihubungkan dengan rasa nyeri, kemungkinan cacat, bergantung pada orang lain dan kematian (Potter & Perry, 2005). Kecemasan dipengaruhi oleh salah satu faktor yaitu pandangan interpersonal pasien yang beranggapan adanya ancaman pada intergritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan melakukan aktivitas fisik sehari-hari (Stuart, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Puryanto (2009), tentang tingkat kecemasan pasien pre operasi pembedahan menjelaskan bahwa dari 40 orang responden terdapat 16 orang atau 40,0% memiliki tingkat kecemasan kategori sedang, sebanyak 15 orang atau 37,5% dalam kategori ringan, responden sebanyak 7 orang atau 17,5% dalam kategori berat dan responden yang tidak merasa cemas sebanyak 2 orang tau 5%. Berdasarkan data penelitian tersebut pasien yang akan dilakukan pembedahan penting untuk diberikan informasi pre pembedahan mempersiapkan mental pasien dan sebagai upaya mengurangi kecemasan pasien

Perawatan pre operasi dilakukan ketika pasien menyetujui intervensi pembedahan yang dibuat dan berakhir saat pasien menuju meja operasi. Perawatan pre operasi pasien yang efektif dapat mengurangi resiko post operasi pada pasien, Prioritas perawatan pada periode ini adalah mengurangi kecemasan yang dialami pasien (Smeltzer & Bare, 2002).

Kemampuan mendengar secara aktif untuk pesan verbal dan non verbal penting untuk perawat dalam membangun hubungan saling percaya atau hubungan terapeutik pada pasien dan keluarga. Perawat dapat merencanakan intervensi keperawatan dan perawatan suportif untuk mengurangi tingkat kecemasan yang dialami pasien dan membantu menghadapi stress yang di hadapi saat periode pre pembedahan (Burke & Lemone, 2000). Berdasarkan sebuah penelitian yang dilakukan Samira (2015), 65% pasien pre pembedahan membutuhkan informasi pembedahan untuk mengurangi kecemasan.

Informasi pembedahan penting untuk diberikan pada pasien sebelum dilakukan pembedahan. Penyampaian informasi pembedahan diperlukan hubungan terapeutik. Hubungan Terapeutik adalah hubungan saling percaya antara pasien dan perawat untuk mencapai tujuan perawat dalam Asuhan Keperawatan (Arwani, 2002). Hubungan terapeutik adalah hubungan kerjasama perawat dan pasien ditandai dengan tukar menukar perilaku, pikiran, perasaan dan pengalaman yang bertujuan menyelesaikan masalah klien (Anas, 2005). Komunikasi terapeutik tahap awal proses keperawatan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, informasi pasien, pasien



kooperatif dalam tindakan keperawatan, pasien menunjukkan penerimaan pada pendidikan kesehatan yang dilakukan, kepuasan pada pasien ( Arwani, 2002). Pentingnya komunikasi terapeutik diberikan pada pasien sebelum dilakukan pembedahan sebagai langkah efektif untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan pasien (Samira. et all, 2015).

Berdasarkan sebuah penelitian menunjukkan pasien yang telah diberikan komunikasi terapeutik mengalami penurunan angka kecemasan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik mengenai informasi pembedahan yang diberikan perawat sangat efektif untuk menyiapkan pasien secara mental (Samira. 2015).

Komunikasi terapeutik memberikan pengertian antara perawat dan pasien dengan tujuan utama membantu pasien dalam memperjelas, mengurangi beban pikiran, dan menghilangkan kecemasan (Khotimah, 2010). Perawat sebagai bagian penting proses keperawatan dan orang terdekat dengan pasien diharapkan mampu berkomunikasi terapeutik melalui perkataan, ekspresi, dan perbuatan yang memfasilitasi penyembuhan pasien (Wahyu, 2006).

Berdasarkan data diatas penulis terinspirasi melakukan penelitian tentang "Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Fraktur".

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat dirumuskan permsalahan sebagai berikut "Adakah Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif Fraktur?

## 1.3 **Tujuan Penelitian**

# 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisa pengaruh komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur.

# 1.3.2 Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur sebelum diberikan komunikasi terapeutik.
- 2 Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur setelah diberikan komukasi terapeutik.



3 Menganalisa perbedaan tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik.

## 1.4 **Manfaat Penelitian**

# 1. Bagi Peniliti

Meningkatkan penampilan (performance) perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien yang akan menjalani pembedahan (situasi pre operasi).

# 2. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat mengurangi atau menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operatif dalam menghadapi operasi

# 3. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat memberikan informasi atau data dasar bagi peneliti selanjutnya dan sebagai motivasi untuk menyadari pentingnya komunikasi terapeutik dalam mengurangi kecemasan pasien pre operasi.

# 4. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan masukan atau alat bantu data mengambil suatu kebijaksanaan guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya yang menyangkut kecemasan pasien pre operasi.

# 5. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah perbendaharaan ilmu pengetahuan khususnya tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi.

# **BAB II** TINJAUAN PUSTAKA

# 2.1 Konsep Fraktur

# 2.1.1 Pengertian Fraktur

Fraktur adalah kerusakan suatu bagian tubuh terutama tulang (Dorland, 2002). Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan trauma. Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer A, 2002).

Fraktur adalah patah tulang yang terjadi akibat tarikan atau benturan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan.

# 2.1.2 Klasifikasi Fraktur

- 1. Berdasarkan hubungan tulang dan jaringan disekitar Mansjoer (2002), membagi fraktur menjadi 2 macam yaitu :
  - Fraktur tertutup (*closed*)

Dikatakan tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut dengan fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- Tingkat 0 : fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
- Tingkat 1 : fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- Tingkat 2 : fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
- Tingkat 3 : Cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartemen.

# b. Fraktur terbuka (open)

Fraktur terbuka yaitu terdapatnya hubungan frgamen tulang dengan dunia luar akibat perlukaan yang terjadi di kulit. Fraktur terbuka terbagi kedalam 3 derajat yaitu:

- Tingkat 1 : kedalaman luka kurang dari 1 cm, kerusakan jaringan lunak sedikit, fraktur sederhana, kontaminasi ringan



- Tingkat 2 : Terdapat laserasi lebih dari 1 cm, kerusakan jaringan lunak, fraktur kominuitif sedang kontaminasi sedang
- Tingkat 3: Kerusakan jaringan lunak luas meliputi struktur kulit, otot, neruovaskuler dan kontaminasi derajat tinggi

# 2. Berdasarkan bentuk patahan tulang

Price dan Wilson (2006), membagi fraktur menurut bentuk dan patahan menjadi beberapa bagian yaitu:

- a. Fraktur Transversal: fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
- b. Fraktur Oblik : fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat dari trauma angulasi juga.
- c. Fraktur Spiral : fraktur yang arah garis patahnya spiral yang di sebabkan oleh trauma rotasi.
- d. Fraktur Kompresi: fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang kearah permukaan lain.
- e. Fraktur Avulsi : fraktur yang di akibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.

# 3. Berdasarkan jumlah garis patahan tulang

Smeltzer dan Bare (2001), membagi fraktur menurut garis patahan ada 3 antara lain:

- a. Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
- b. Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
- c. Fraktur Multipel : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama

# 2.1.3 Etiologi Fraktur

Price dan Wilson (2006), menjelaskan etiologi fraktur menjadi 3 yaitu:

- 1. Peristiwa Trauma
  - a. Kekerasan langsung



Kekerasan langsung menyebabkan tulang patah pada titik terjadinya kekerasan, patah tulang yang terjadi akibat benturan keras dengan mobil, fraktur tersebut bersifat terbuka, dengan garis patah melintang atau miring.

# b. Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang di tempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan, patah tulang yang terjadi akibat seseorang terjatuh dari ketinggian dan mengenai tumit kaki yang mengakibatkan juga patahnya tulang paha.

# c. Kekerasan akibat tarikan otot

Kekerasan tarikan otot dapat menyebabkan dislokasi dan patah tulang. Patah tulang akibat tarikan otot biasanya jarang terjadi, patah tulang akibat tarikan otot adalah patah tulang patella dan olekranom, karena otot triseps dan biseps mendadak berkontraksi

# Peristiwa Patologis

# a. Kelelahan atau stres fraktur

Stress fraktur ini terjadi pada orang yang melakukan aktivitas berulang - ulang atau menambah tingkat aktivitas yang lebih berat dari biasanya. Tulang akan mengalami perubahan struktural akibat pengulangan tekanan pada tempat yang sama, atau peningkatan beban secara tiba – tiba pada suatu daerah tulang maka akan terjadi retak tulang.

# b. Kelemahan Tulang

Kelemahan tulang dapat terjadi oleh tekanan yang normal karena lemahnya suatu tulang akibat penyakit infeksi, penyakit metabolisme tulang misalnya osteoporosis, dan tumor pada tulang. Tekanan pada daerah tulang yang rapuh maka akan mudah terjadi fraktur.

## 2.2 Konsep Kecemasan

## 2.2.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan sebagai respon emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menenetu dan tidak berdaya (Sulitiawati, dkk, 2005). Kecemasan dapat didefinisikan suatu keadaaan perasaan keprihatinan, rasa gelisah,



ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau presepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (Stuart & Sundens, 2002)

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Keemasan berbeda dengan rasa rakut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya (Stuart & Sundeen, 2002). Perasaan yang tidak menentu ini pada umumnya tidak menyenangkan dan menimbulkan atau dserttai disertasi perubahan fisiologis (misal gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat), dan psikologis (misalnya panik, tegang, bingung, tidak bisa berkonsentrasi) (Carpenito, 2000).

Menurut Carpenito (2000) menyebutkan bahwa kecemasan adalah suatu keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan yang sulit (Ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dalam berespons terhadap ketidakjelasan, ancaman yang tidak spesifik, Berdasarkan beberapa uraian diatas, dapat dsimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi insum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau d sertai perubahan fisiologis (misal gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat) dan psikologis (misal panik, tegang, bingung, tidak bisa berkonsentrasi).

# 2.2.2 Penyebab Kecemasan

Sulitiawati, dkk (2005), menjelaskan ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu:

- Faktor presdiposisi yang meliputi :
  - a. Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional
  - b. Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
  - c. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realistas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
  - d. frustasi akan menimbulkan ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak yang berdampak terhdap ego



- e. Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- f. Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani kecemasan akan mempengaruhi individu ddalam berespon terhadap konflik yang dialami karena mekanisme koping banyak dipelajari dalam keluarga.
- g. Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga alan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasanya.
- h. Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasannya adalah mengandung benzodiazepin, pengobatan yang karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter gamma amino bultyric aciid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab mennghasilkan kecemasan.

# 2. Faktor prespitasi meliputi:

- a. Ancaman terhadap intergritas fisik, ketengangan yang mengancam intergritas fisik meliputi:
  - Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologi sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologi normal.
  - sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.
- b. Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.
  - Sumber internal, meliputi kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap oeran baru, Berbagai ancaman terhadap intergritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
  - Sumber eksternal, meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

## 2.2.3 Penilaian Tingkat Kecemasan

Maramis M.E (2009) menjelaskan ada tes-tes kecemasan dengan mendengarkan pertanyaan langsung, cerita penderita serta



mengobservasinya terutama perilaku non-verbalnya. Ini sangat berguna dalam menentukan adanya kecemasan dan untuk menetapkan tingkatnya. Adapun salah satu cara penilaian tingkat kecemasan adalah menggunakan skala tingkat kecemasan Hamilton (Hawari, 2001) terdiri atas 14 item dengan perincian sebagai berikut :

- 1. Perasaan cemas, ditandai dengan:
  - a. Cemas (was-was, khawatir)
  - b. Firasat buruk
  - c. Takut akan pikiran sendiri
  - d. Muda tersinggung
- 2. Ketegangan ditandai oleh:
  - a. Merasa tegang
  - b. Lesu
  - c. Tidak dapat beristirahat tenang
  - d. Mudah terkejut
  - e. Mudah menangis
  - Gemetar
  - g. Mudah terkejut
  - h. Gelisah
- 3. Ketakutan ditandai oleh:
  - a. Ketakutan pada gelap
  - b. Ketakutan ditinggal sendiri
  - c. Ketakutan pada orang asing
  - d. Ketakutan pada binatang besar
  - e. Ketakutan pada keramaian
  - f. Ketakutan pada kerumunan orang banyak
  - Gangguan tidur ditandai oleh
    - a. Sukar masuk tidur
    - b. Terbangun malam hari
    - c. Tidur tidak nyenyak
    - d. Bangun dengan llesu
    - e. Mimpi Buruk
    - f. Mimpi yang menakutkan
- 5. Gangguan kecerdasan ditandai oleh:
  - a. Sukar konsentrasi
  - b. Daya ingat buruk
  - c. Daya ingat menurun



- Perasaan depresi ditandai oleh :
  - a. Kehilangan minat
  - b. Sedih
  - c. Bangun dini hari
  - d. Kurangnya kesenangan pada hobi
  - e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari
- 7. Gejala somatik ditandai oleh:
  - a. Nyeri pada otot
    - b. Kaku
    - c. Kedutan otot
    - d. Gigi gemeretak
    - e. Suara tidak stabil
- Gejala sensorik ditandai oleh :
  - a. Tinitus (telinga berdenging)
  - b. Penglihatan kabur
  - c. Muka merah dan pucat
  - d. Perasaan ditusuk-tusuk
- 9. Gejala kardiovaskuler ditandai oleh:
  - a. Takikardia (denyut jantung cepat)
  - b. Berdebar-debar
  - c. Denyut nadi mengeras
  - d. Rasa lemas seperti mau pingsan
  - e. Detak Jantung hilang sekejap
- 10. Gejala Perapasan ditandai oleh :
  - a. Rasa tertekan atau sepit di dada
  - b. Perasaan tercekik
  - c. Merasa nafas pendek / sesak
  - d. Sering menarik nafas panjang
  - 11. Gejala gastrointestinal (pencernaan) adalah
    - a. Sulit menelan
    - b. Mual
    - c. Perut melilit
    - d. Gagngguan pencernaan
    - e. Nyeri lambung sebelum atau sesudah makan
    - f. Rasa panas di perut
    - g. Perut terasa kembung atau penuh
    - h. Muntah



- i. Rasa enek
- j. Defekasi lembek
- k. Berat Badan menurun
- I. Konstipasi
- 12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin)
  - a. Sering kencing
  - b. Tidak dapat menahan kencing
  - Amenorrhoe C.
  - d. Menorrhagia
  - Masa haid berkepanjangan
  - Masa haid amat pendek f.
  - Haid beberapa kali dalam sebulan g.
  - Frigiditas (menjadi dingin)
  - i. Ejakulasi dini
  - Ereksi lemah
  - k. Ereksi hilang
  - Impotensi
- Gejala otonom ditandai :
  - a. Mulut kering
  - b. Muka kering
  - Mudah berkeringat C.
  - d. Pusing/ Sakit kepala
  - Kepala terasa berat e.
  - f. Bulu berdiri
  - 14. Perilaku sewaktu wawancaara, ditandai oleh :
    - a. Gelisah (memainkan tangan/jari-jari, meremas-remas tangan, menarik-narik rambut, menggigit bibir)
    - b. Tidak tenang (bergerak terus, tidak dapat duduk dengan tenang)
    - c. Jari gemetar
    - d. Mengerutkan dahi tau kening
    - e. Muka tegang
    - f. Tonus otot meningkat
    - g. Nafas pendek dan cepat
    - h. Muka merah.



## 2.2.4 Respon klien terhadap kecemasan

Ada empat tingkat kecemasan (Peplau, dalam Videbeck, 2008), yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik. Pada masing-masing tahap, individu memperlihatkan perubahan perilaku, kemampuan kognitif, dan respons emosional ketika berupaya menghadapai kecemasan.

# 2.2.4.1 Kecemasan ringan

# a. Respons fisik

Ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau seikit gelisah, penuh perhatian dan rajin.

# b. Respons kognitif

Lapang emosional luas, terlihat tenang dan peraya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memerhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal

# c. Respons emosional

Perilaku otomatis, sedikit tidak sadar, aktivitas menyendiri, testimulasi dan tenang.

## 2.2.4.2 Kecemasan sedang

# Respon fisik

Ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, mumukul tangan, suara berubah : bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung

# b. Respons kognitif

Lapang perseosi menurun, tidak perhatian secara selektif, ficus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian maslaah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan

# Respons emosional

Tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar dan gembira.

Pada kecemasan ringan dan sedang, individu dapat memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah. Pada



kenyataanya, tingkat kecemasan memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku. Ketrampilan kognitif mendominasi.

# 2.2.4.3 Kecemasan berat

# Respons fisik

Ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, menggertakan gigi, kebutuhan ruang gerak meningkatkan, mondarmandir, berteriak, meremas tangan dan gemetar

# Respons kognitif

Lapang persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit penyelasaian masalah buruk, tidak mempertimbangkan informasi, hanya memperhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri, dan egosentris.

# Respons emosional

Sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan dan ingin bebas.

# 2.2.4.4 Panik

## Respon fisik a.

Fight, fight atau freeze, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, hormine stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyerangai, mulut ternganga

## Respons kognitif b.

Presepsi sangat sempit, pikiran tidak logis, terganggu, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, focus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus ekstenal, halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi.

## C. Respons emosional

Merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas mengamuk, putus marah, asa, sangat takut, mengharapkan hasil yang buruk, kangen, takut, lelah.

Ketika individu mengalami kecemasan berat dan panik, ketrampilan bertahan yang lebih sederhana mengambil alih, respons defesif terjadi, dan ketrampilan kognitif menurun signifikan.



Individu yang mengalami kecemasan berat sulit berpikir dan melakukan perrtimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tandatanda vital meningkat dan mindar-mandir, memperlihatkan kegelisahan, iritabilitas.dan kemarahan atau meggunakan cara psikomotor-emosional yang lainnya untuk melepas ketegangan. Dalam keadaan panic, alam pasikomotor-emosional individu tersebut mendominasi, disertai respons fight, fight atau freeze. Lonjakan adrenalin menyebabkan tanda-tanda vital sangat meningkat, pupil membesar untuk memungkinkan lebih bnyak cahaya yang masuk, dan satu-satunya proses kognitif berfokus pada pertahanan individu tersebut. .

## 2.3 Konsep Dasar Komunikasi

# 2.3.1 Pengertian Komunikasi

Istilah komunikasi berasal dari bahsa latin coommunicare yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan (Mukadir, 2006). Komunikasi merupakan proses interpersonal yang melibatkan ucapan dan perilaku yang memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya (Potter & Perry, 2005). Komunikasi merupakan alat untuk membina hubungan antar perawat dengan klien, karena komunikasi mencakup penyampaian informasi, pertukaran pikiran dan perasaan, selian itu komunikasi juga merupakan alat yang efektif mempengaruhi orang lain (Stuart & Sundeen, 1998).

Komunikasi juga merupakan elemen dasar hubungan interpersonal untuk membuat, memelihara, dan menampilkan kontak dengan orang lain. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dan pasien. Persoalan mendasar dalam komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dpat dikategorikan kedalam komunikasi pribadi diantara perawat dan pasien : perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Arwani, 2002).

Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan professional. Akan tetapi jangan sampai karena terlalu asyik bekerja, kemudian melupakan



pasien sebagai manusia dengan beragam latar belakang dan masalanya (Arwani, 2002).

Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien untuk mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Oleh karena itu komunikasi terapeutik memegang peranan penting dalam memecahkan masalah yang dihadapi, pada dasarnya komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Dalam komunikasi terdapat dua kompenen penting yaitu proses komunikasinya dan efek komunikasinya. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi untuk personal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara petugas kesehatan dengan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan bentuk ketrampilan dasar untuk melakukan wawancara digunakan pada saat pettugas kesehatan melakukan pengakajian, memberi penyuluhan kesehatan dan pereencanaan perawatan (Christina L.I, 2003

# 2.3.2 Fungsi Komunikasi Terapeutik

Vancarolis (1990) dalam Purwanto (2004), menjelaskan fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dan klien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengindentifikasi dan mengkaji masalah serta mengavaluasi tindakan yang dilakukan selama perawatan.

Tujuan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang menurut Stuart dan Sudeen (1995) meliputi:

- Meningkatkan kemandirian klien melalui proses realisasi diri, penerimaan diri, rasa hormat terhadap diri sendiri
- 2. Identitas diri yang jelas dan rasa intergritas yang tinggi
- 3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan asaling tergantung dan mencintai
- Meningkatkan kesejahteraan klien dengan peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistik.

# 2.3.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Arwani (2002), menjelaskan ada tiga hal mendasar yang memberi ciriciri komunikasi terapeutik antara lain :

1. Keikhlasan



Perawat harus menyadari tentang nilai dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai keasadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap klien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

# 2. Empati

Empati merupakan perasaan "pemahaman" dan "penerimaan" perawat terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia peibadi klien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara yang terlibat dalam komunikasi.

# 3. Kehangatan

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong klien untuk memgekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa ada rasa takkut untuk dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap klien. Sehingga akan mengeskperesikan secara mendalam.

# 2.3.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

Keliat (2002) menyatakan bahwa tujuan komunikasi terapeutik akan tercapai bila perawat dlam "helping realtionship" memiliki prinsip-prinsip atau karakteristik dalam menerapkan komunikasi terapeutik yang meliputi:

- 1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri dengan sikap yang berarti, menghayati, memhamai dirinya sendiri serta nilai yang dianut
- 2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3. perawat harus memahami, meghayati nilai yang dianut oleh klien.
- 4. perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan klien baik fisik maupun mental
- 5. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan klien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah langkunya, sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalahmasalah yang dihadapi.



- 6. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi peasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustasi.
- 7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
- 8. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik
- 9. kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 10. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh kaena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat baik fisik, mental spritual dan gaya hidup.
- 11. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu
- 12. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa ada rasa takut.
- 13. Altruisme, mendapat kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi
- 14. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan yang dibuat berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 15. Bertenggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap dirinya atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

Dengan prinsip-prinsip tersebut di atas, diharapkan perawat akan mampu menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik (therapeutic use of self). Selanjutnya upaya perawat untuk meningkatkan kemampuan yang berhubungan dengan pengetahuan tentang dinamika komunikasi, penghayatan terhadap kelebihan dan kekurangan diri dan kepekaan terhadap kebutuhan orang lain sangat diperlukkan dalam therapeutic use of self. Menggunakan diri secara terapeutik memerlukan integrasi dari ketiga kemampuan tersebut (Tamsuri, A 2006).

## 2.3.5 **Tehnik Komunikasi Terapeutik**

Stuart dan Sundeen (1998), mengatakan bahwa teknik komunikasi terdiri dari:

# 1. Mendengarkan



Mendengarkan merupakan dasar dalam komunikasi yang akan mengetahui perasaan klien. Teknik mendegarkan dengan cara memberi kesempatan klien untuk bicara banyak dan perawat sebagai pendengar aktif. Menurut Purwanto (2007) menjelaskan bahwa mendengarkan orang lain dengan penuh perhatian, akan menunjukkan pada orng lain bahwa apa yang dikatakannya adallah penting dan dia adalah orang yang penting. Mendengarkan juga menunjukkan pesan "anda bernilai untuk saya" dan "saya tertarik padamu".

# 2. Pertanyaan terbuka

Memberikan inisitaif kepada klien, mendorong klien untuk menyeleksi topik yang akan dibicarakan. Kegiatan ini bernilai terapeutik apabila klien menunjukkan penerimaan dan nilai dari inisitaitf klien, menjadi non terapeutik apabila perawat mendominasi interaksi dan menolak respon klien (Stuart & Sundeen, 1998).

# 3. Mengulang

Merupakan tehnik yang dilaksanakan dengan cara mengulangi pokok pikiran yang dungkapkan klien, yang berguna untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat untuk mengikuti pembicaraan. Teknik ini bernilai terapeutik ditandai dengan perawat mendengarkan dan melakukan validasi, mendukung klien dan memberikan respon terhadap apa yang baru saja dikatakan oleh klien.

# 4. Penerimaan

Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan berarti persetujuan, tetapi penerimaan berarti ketersediaan mendengarkan tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.

# 5. Klarifikasi

Merupakan teknik yang digunakan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengungkapkan informasi dan perawat mencoba memahami situasi yang digambarkan klien.

# 6. Refleksi

Refleksi ini dapat berupka refleksi isi dengan cara memvalidasi apa yang didengar, refleksi perasaan dengan cara memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaran agar klien mengetahui dan menerima perasaanya. Teknik ini akan membantu perawat untuk memelihara pendekatan yang tidak bernilai (Boyd dan Nihart, 1998 dalam Nurjanah, 2001)



## 7. Asertif

Menurut Smith (1992) dalam Nurjanah (2001) asertif adalah kemampuan dengan cara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasan diri dengan tetap menghargai hak orangg lain. Tahap-tahap menjadi asertif menurut Lindberg (1998) dalam Nurjanah (2001) antara lain menggunakan kata "tidak" sesuai kebutuhan , mengkomunikasikan maksuda kata dengan jelas, mengembangkan kemampuan mendengar, pengungkapan komunikasi disertai dengan bahasa tubuh yang tepat, meningkatkan kepercayaan diri dan gambaran diri dan menerima kritik dengan ramah.

# 8. Memfokuskan

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

# 9. Membagi Presepsi

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

# 10. Identifikasi "tema"

Merupakan teknik dengan mecari latar belakang masalah klien yang muncul dan berguna untuk meningkatkan pengertian dan eksplorasi masalah yang penting.

## 11. Diam

Diam dilakukan dengan tujuan untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi, menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk menunggu respon. Diam tidak dilakukan dalam waktu yang lama karena akan mengakibatkan klien menjadi khawatir. Diam juga dapat diartikan sebagai mengerti atau marah dan diam juga dapat menunjukkan kesediaan seseorang untuk menanti orang lain untuk berpikir, meskipun begitu diam yang tidak tepat dapat menyebabkan orang lain merasa cemas (Myers, 1999 dalam Nurjanah 2001).

# 12. Informasi

Menyediakan tambahan infromasi dengan tujuan untuk mendapatkan respon lebih lanjut, Keuntungan dari menawarkan informasi adalah akan memfasilitasi komunikasi, mendorong pendidikan kesehatan memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan (Stuart & Sundeen, 1995). Kurangnya pemberian informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan



akan mengakibatkan klien tidak percaya. Hal yang tidak boleh dilakukan adalah menasehati klien pada saat memberikan informasi.

## 13. Humor

Humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verba; kaena tertawa mengurangi stress, ketegangan, dan rasa sakit akibat stress, serta meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan (Nurjanah, 2001)

## 14. Saran

Teknik yang bertujuan memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah, teknik ini tidak tepat dipakau pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan.

# 2.3.6 Tahapan Dalam Komunikasi

Dalam komunikasi terapeutik ada empat tahap, dimana setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawata (Struart & Sundeen, 2002)

## Fase Prainteraksi

Adalah waktu dimana perawat merencanakan pendekatan. Sebelum menemui klien:

- a. Tinjau data yang tersedia, termasuk riwayat medis dan keperawatan.
- b. Bicaralah pada pengasuh lain untuk memperoleh informasi tentang klien.
- c. Antisipasi masalah kesehatan yang timbul.
- d. Identifikasi lokasi dan lingkungan yang akan menumbuhkan interaksi yang nyaman dan pribadi.
- e. Rencanakan cukup waktu untuk interaksi awal.

## 2. Fase Orientasi

Dimulai ketika perawat dan klien bertemu untuk pertama kalinya. Fase ini menentukan bagaimana hubungan perawat-klien selanjutnya. Fase ini sangat penting dan seringkali ditandai dengan ketidakpastian. Selama pertemuan pertama, kedua belah pihak secara akrab saling mengkaji. Perawat dan klien membuat kesimpulan dan penilaian atas tingkah laku masing-masing. Saat perawat dan klien bertemu dan mengenal satu sama lain:

- a. Bentuk suasana hubungan dengan perilaku yang hangat, empati dan penuh perhatian.
- b. Pahami bahwa hubungan awal bersifat superfisial, tidak pasti dan penuh perhatian.



- Kaji status kesehatan klien. C.
- Prioritaskan masalah klien dan identifikasi tujuan mereka. d.
- Klarifikasi peran klien dan perawat.
- f. Buat kontrak dengan klien mengenai tugas dan pengambilan peran.
- Beritahu klien tentang saat dimana hubungan akan diakhiri.
- Mulailah membangun kesimpulan dan membentuk penilaian tentang pesan perilaku klien

# 3. Fase Kerja

Selama kerja dari hubungan yang membantu, perawat berupaya untuk mencapai tujuan selama fase orientasi. Perawat dan klien bekerja bersama. Hubungan berkembang dan menjadi lebih fleksibel ketika klien perawat memiliki keinginan untuk berbagi peranan dan mendiskusikan masalah. Saat perawat dan klien bekerjasama untuk memecahkan masalah dan mencapai tujuan :

- Dorong dan bantu klien untuk mengekspresikan perasaan tentang kesehatannya.
- b. Dorong dan bantu klien dengan eksplorasi diri.
- Bantu informasi yang dibutuhkan untuk mengubah perilaku.
- Dorong dan bantu klien untuk mencapai tujuan.
- Ambil tindakan untuk memenuhi tujuan yang ditetapkan bersama. e.
- Gunakan ketrampilan komunikasi terapeutik untuk memfasilitasi f. interaksi yang sukses.

# 4. Fase Terminasi

Tujuan utama pada akhir hubungan yang membantu adalah pemutusan dengan cara yang terencana dan memuaskan. Meringkas prestasi dan mengulang kebutuhan yang tidak terpenuhi atau lebih lanjut akan sangat membantu. Selama mengakhiri hubungan :

- Ingatkan klien bahwa terminasi telah dekat.
- Evaluasi pencapaian tujuan bersama klien. b.
- Ingatkan kembali mengenai hubungan perawat klien. c.
- Memisahkan diri dari klien dengan menyerahkan tanggung jawab rasa perawatan dirinya kepada pihak lain

(Stuart dan Sudeen, 2002)

# 2.3.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik



Nurjanah (2001) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik diantaranya:

# 1. Perkembangan

perkembangan manusia mempengaruhi bentuk dalam dua aspek, yaitu tingkat perkembangan tubuh mempengaruhi kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan untuk mempersiapkan pesan yang disampaikan. Agar dapat berkomunikasi efeketif seorang perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik sisi bahasa, maupun proses berpikir orng tersebut, usia remaja dan usia balita berbeda cara berkomunikasi.

# 2. Presepsi

Presepsi adlah pandangan individu seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Presepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman.

## Gender 3.

Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbedda terhadap suatu percakapan. Tannen (2000) menyatakan bahwa kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan, miningkatkan keintiman, sementara laki-laki kaum lebih menunjukkan independensi dan stastus dalam kelompoknya.

## Nilai 4.

nilai adalah standar yang mempengaruhi prilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang, perawat perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga dapat mmebuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruhi oleh nilai pribadinya.

# Latar belakang sosial budaya

bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya, dan faktor budaya dapat membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.

# 6. Emosi

merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. emosi seperti sedih, senang akan mempengaruhi perawat berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengkaji emosi klien dan keluarganya agar dapat memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada



dirinya agar dalam melakasanakan asuhan keperawatan tidak terpengaruhi oleh emosi bawah sadarnya.

# 7. Pengetahuan

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

# 8. Peran dan hubungan

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

# 9. Lingkungan

Lingkungan interaksi akan memengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada privasi yang teat akan menimbulkan kekecauan, ketegangan, dan ketidaknyamanan. Untuk itu perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memeulai interaksi dengan klien. Menurut Ann Mariner (1986) lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan mempengaruhi perkembangan dan prilaku orang atau kelompok.

# 10. Jarak

Jarak dapat memperngaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Untuk itu perawat perlu memperhitungankan jarak yang tepat pada saat melukan interaksi dengan klien

# 11. Masa Bekerja

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



Dari urian diatas dapat disimpulkan bahwa hubungan perawat dan klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar dan perbaikan emosi klien. Dalam hal ini perawat memakai dirinya secara terapeutik dan memakai teknik komunikasi agar perlaku klien dapat berubah kearah yang positif. Perawat harus menganalisa dirinya tentang kesadaran dirinya, klarifikasi nilai, perasaan, kemampuan sebagai role model agar dpat berperan secara efektif. Seluruh prilaku dan pesan yang disampikan baik secara verbal maupun non verbal bertujuan secara terapeutik untuk klien.

# 2.3.8 Faktor-Faktor penghambat komunikasi Terapeutik

Purwanto (2004), menyebutkan ada beberapa hal yang dapat mengahambat komunikasi terapeutik antara lain: kemampuan pemahaman yang berbeda. pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu, komunikasi yang berbeda dan mengalihkan topik pembicaraan.

Sedangkan menurut Dewit (2001) dalam Purwanto 2004, ada beberapa faktor yang dapat mengahambat terciptanya komunikasi yang efektif diantaranya adalah:

- Mengubah subjek atau topik (Charnging the Subject). Mengubah objek pembicaraan akan menunjukkan empati yang kurang terhadap klien. Hal ini akan menjadikan klien merasa tidak nyaman, tidak tertarik dan cemas, sehingga idenya menjadi kacau dan informasi yang ingin didapat dari klien tidak tercukupi.
- Mengungkapkan keyakinan palsu (Offering False Reassurance) Memberikan keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan akan sangat membahayakan karena dapat mengakibatkan rasa tidak percaya klien terhadap perawat.
- Memberi Nasihat (*Giving Advice*) 3. Memberikan nasihat menunjukkan bahwa perawat tahu yang terbaik dan bahwa klien tidak dapat berpikir untuk diri sendiri. Klien juga merasa bahwa dia harus melakukan apa yang dipertahankan oleh perawat. Hal ini akan mengakibatkan penolakan klien, karena klien merasa leih berhak untuk menentukan masalah mereka sendiri.
- Komentar yang bertahan (*Defensive Comments*) 4.



Perawat yang menjadi defensif dapat mengakibatkan klien tiak mempunyai hak untuk berpendapat, sehingga klien menjadi tidak peduli. Sikap defensif ini muncul karena perawat merasa terancam yang disebabkan hubungan dengan klien. Agar tidak defensif perawat perlu mendengarkan klien walaupun mendengarkan belum tentu setuju.

- 5. Pertanyaan penyelidikan (*Prying or Probing Questions*) Pertanyaan penyelidikan akan membuat klien bersifat defensif, karena klien merasa digunakan dan dinilai hanya untuk informasi yang mereka dapat berikan. Banyak klien yang marah karena pertanyaan bersifat pribadi.
- Menggunakan kata klise (*Using Cliches*) Kata-kata klise menunjukkan kurangnya penilaian pada hubungan perawat dan klien, karena klien merasa perawat tidak peduli dengan situasi yang dialaminya.
- Mendegarkan dengan tidak memperhatikan (In Attentive Listening)

Perawat menunjukkan sikap tidak tertarik ketika klien sedang mencoba mengeksplorasi perasaanya, maka klien akan merasa bahwa dirinya tidak penting dan perawat sudah bosan denganya.

# 2.3.9 Penilaian Keberhasilan Komunikasi Terapeutik

Standar asuhan keperawatan dari Depkes (1994), menyebutkan pelaksanakan komunikasi terapeutik dapat dinilai dengan cara observasi. Item-item yang terdapat dalam intrument observasi pelaksanaan komunikasi terapeutik antara lain :

- 1. Kriteria persiapan : menciptakan situasi ingkungan yang nyaman.
- 2. Kristeria pelaksnaan
  - a. Perawat menampilkan sikap yang ramah dan sopan
  - b. Memperkenalkan diri
  - c. Menyampaikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dipahami pasien
  - d. Menyapa klien dengan ramah
  - e. Mengamati respon klien
  - f. Mencatat hasil komunikasi



Komunikasi merupakan suatu bentuk kegiatan yang selalu dan dapat dilakukan pada setiap tahap komponen proses keperawatan. Perawat tidak dapat melakukan proses keperawatan dengan baik tanpa mengetahui kebutuhan klien. Dsinilah komunikasi dibutuhkan sebagai sarana untuk menggali kebutuhan klien. Komunikasi melalui sentuhan kepada klien merupakan metode dalam mendekatkan hubungan antara klien dengan perawat. Sentuhan yang diberikan oleh perawat juga dapat dijadikan sebagai terapi bagi klien khususnya klien dengan depresi, cemas dan kebingungan dalam mengambil keputusan (Remani, 2002)

# 2.3.10 Arti Komunikasi bagi perawat

Stuart dan Sundeen (2002) yang dikutip oleh Intansari Nurjannah, arti komunikasi bagi perawat sebagai alat untuk membangun hubungan terapeutik. Menurut As Hornby (1974) terapeutik merupakan kata sidfat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Mampu terapeutik berrti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfaslitasi proses penyembuhan. Sebagai alat bagi perawat untuk mempengaruhi tingkah laku klien dan kemudian untuk mendapatkan keberhasilan dalam intervensi keperawatan. Komunikasi merupakan hubungan itu sendiri, dimana tanpa ini tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik perawat dan klien.

# 2.3.11 Aplikasi Komunikasi dalam asuhan keperawatan

Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk memcapai hasil yang maksimal. Menurut Nursalam (2003)kegiatan keperawatan yang mememerlukan komunikasi meliputi:

- 1. Timbang terima;
- 2. Interview/anmnese;
- 3. Komunikasi melalui komputer ;
- 4. Komunikasi rahasia klien;
- 5. Komunikasi melalui sentuhan ;
- 6. Komunikasi dalam pendokumentasian;
- 7. Komunikasi antar perawat dan profesi kesehatan lain dan
- 8. Komunikasi antar perawat dan pasien



## 2.3.12 Komunikasi Terapeutik pada pasien masa operasi

Komunikasi terapeutik penting dilakukan kepada pasien dalam masa operasi terutama pada fase pre operasi. Komunikasi terapeutik pre operasi dilakukan setelah pasien diputuskan melakukan pembedahan dengan tujuan mempersiapkan mental, fisiologis dan psikologis penderita agar penyulit pasca bedah dapat dicegah sebanyak mungkin (Nurjannah, 2001). Berdasarkan penelitian Abbas (2015), komunikasi terapeutik selama 10 menit dapat menurunkan kecemasan. Penelitan lain mengatakan bahwa komunikasi terapeutik selama 15-30 menit efektif untuk menurunkan kecemasan dengan interval antara pre test dan post test minimal selama 3 -10 jam (Suprastyo, 2014). Tamsuri (2006), membagi komunikasi terapeutik pada masa operasi menjadi :

### a. Pre operasi

- 1. Mempertahankan hubungan terapeutik untuk memungkinkan klien mengungkapkan rasa takut, rasa cemas, dan khawatir tentang operasi yang akan dijalani
- 2. Menggunakan sentuhan seperlunya untuk menunjukkan empati dan kepedulian
- 3. Menggunakan kemampuan mendengar aktif untuk mengidentifikasi memfalidasi respon verbal dan non verbal yang mengindikasikan ketakutan dan kecemasan.
- 4. Mempersiapkan diri menjawab pertanyaan umum yang sering disampaikan klien, misalnya "berapa lama operasi akan berlangsung?"

### b. Operasi

Komunikasi dilakukan sebagai upaya melakukan pengecekan terhadap persiapan klien. Komunikasi ini juga dilakukan dengan memberi dukungan pada klien guna mengurangi kecemasan.

### c. Pasca Operasi

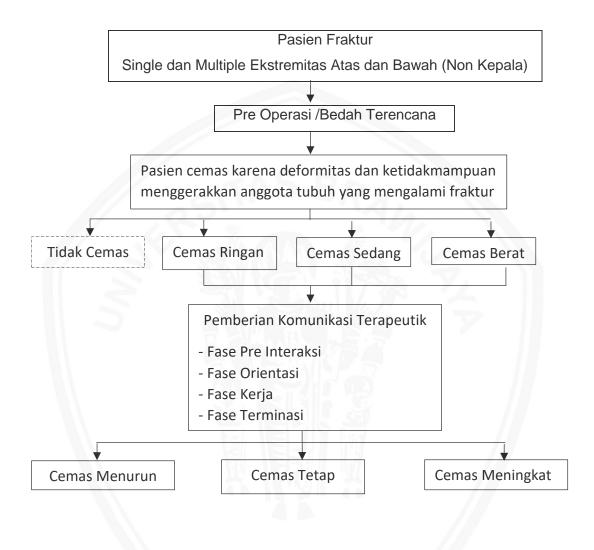
Komunikasi pada fase ini dapat dilakukan segera setelah klien berada diruang pemulihan. Komunikasi verbal mulai dilakukan perawat meski klien belum sadar sepenuhnya.





## **BAB III** KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 1.1 Kerangka Konsep



## Keterangan

: diteliti

: tidak diteliti

## Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Gangguan kesehatan yang sering terjadi pada pasien pre operasi fraktur adalah kecemasan. Kecemasan pada pasien dibedakan menjadi kecemasan ringan,



kecemasan sedang, kecemasan berat dan panik. Kecemasan tersebut dipengaruhi oleh ketidakmampuan menggerakkan anggota gerak tubuh.

Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan tersebut dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada pasien. Komunikasi terapeutik pre operasi fraktur sangat berguna untuk mengurangi kecemasan pasien akan kondisinya.

Komunikasi terapeutik diberikan pada pasien sebelum dilakukan operasi sebagai langkah efektif untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan pasien saat dilakukan prosedur operasi.

### 1.2 **Hipotesa Penelitian**

H1 : Semakin baik komunikasi terapeutik maka tingkat kecemasan semakin berkurang atau rendah pada pasien pre operasi fraktur



## **BAB IV METODE PENELITIAN**

#### 1.1 Rancangan Penelitian

Rancangan atau desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Pre-Experiment One group Pretest-Posttest Design. Rancangan penelitian ini dipilih karena peneliti ingin mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara memberi kuisoner (pre-test) kepada pasien pre operasi fraktur untuk mengetahui tingkat kecemasannya. Pasien yang mengalami kecemasan diberikan komunikasi terapeutik. Selanjutnya setelah diberikan komunikasi terapeutik pasien diberi kuisoner kembali (post-test) untuk dibandingkan hasilnya antara sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik.

Tabel 4.1 Pola Desain Pre-Experiment

Subjek	Pre test	Perlakuan	Pasca test
K	0	P	O"

### Keterangan:

K : subjek

0 : Observasi tingkat cemas sebelum dilakukan komunikasi

terapeutik

Ρ : Intervensi (komunikasi terapeutik)

O" : Observasi tingkat cemas sesudah dilakukan komunikasi

terapeutik

## 1.2 Populasi dan Sampel

#### 1.2.1 **Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah subjek (pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua



pasien rawat inap yang akan dilakukan tindakan pre operasi fraktur di RST Dr Soepraoen Malang

## 1.2.2 Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive* samping yaitu suatu teknik untuk menentukan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti sehingga didapatkan sampel yang dibutuhkan. Penetapan besar minimun sampel menggunakan rumus analisis numerik berpasangan (Dahlan, 2010) sebagai berikut:

$$n = \left(\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2}\right)^2$$

## Keterangan:

N : besar sampel

 $Z_{\alpha}$ : deviat baku alfa (1,64)

 $Z_{\beta}$ : deviat baku beta (1,28)

S : simpang baku gabungan ditentukan dari kepustakaan (2)

X<sub>1</sub>-X<sub>2</sub>: selisih minimal rerata yang dianggap bermakna

$$n = \left(\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2}\right)^2$$

$$n = \left(\frac{(1,64+1,28)2}{2}\right)^2$$

$$n = \left(\frac{2,92^2 \times 2^2}{2^2}\right)$$

$$n = \frac{34,1}{4} = 8,5264 = 9$$

Berdasarkan perhitungan besar sample di atas, dibutuhkan minimal 9 responden namun untuk mengantisipasi sampel yang drop out pada saat penelitian, maka sampel yang diambil data adalah 20 orang.

## Kriteria Sampel

- 1. Kriteria Inklusi
  - a. Pasien fraktur multiple dan single ekstremitas atas dan bawah
  - b. Pasien bedah tulang elektif
  - c. Pasien dengan kondisi stabil
  - d. Pasien yang berusia 20 tahun sampai dengan 50 tahun
  - e. Tidak ada penyulit atau tidak ada penyakit penyerta lainnya

### 2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien dengan cedera/fraktur kepala.
- b. Pasien yang tidak sadar.
- c. Terdapat penolakan dari anggota keluarga pasien.

#### 1.3 Variable Penelitian

- 1. Variabe independen (bebas)
  - Variable Independen dalam penelitian adalah : komunikasi terapeutik
- 2. Variable dependen (tergantung)
  - Variable dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur.

#### 1.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bougenvil Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang. Penellitian dilakukan pada tanggal 4 Maret sampai tanggal 7 April 2018.

#### 1.5 **Instrumen Penelitian**



### 1.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan panduan pelaksanaan komunikasi terapeutik berupa modul yaitu peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis, yang telah tersusun berdasarkan pengukuran tingkat kecemasan dari Hamilton  $Anxiety\ Rate\ Scale\ (HARS)\ yang\ sudah\ dimodifikasi oleh peneliti. Jenis pertanyaan yang digunakan adalah <math>cloesedended\ questions\ yaitu\ suatu\ kuesioner\ dimana\ pertanyaan-pertanyaan\ yang\ telah\ dituliskan\ telah\ disediakan\ jawaban\ pilihan,\ sehingga\ responden\ tinggal\ memilih\ jawaban\ yang\ telah\ disediakan\ dengan\ memberikan\ tanda\ <math>check\ (\sqrt)\ pada\ jawaban\ yang\ sesuai.$ 

## 1.5.2 Uji Validitas

Kuesioner tingkat kecemasan *Hamilton Anxiety Rank Scale* yang dimodifikasi oleh peneliti dan dilakukan uji validitas, menggunakan teknik korelasi *product moment pearson* dengan tingkat signifikasinya 5% dengan menggunakan program *SPSS* for windows versi 18 yang dilakukan di Rumah Sakit Tentara Soepraoen Malang. Jumlah responden pada uji coba instrumen *Hamilton Anxiety Rank Scale berjumlah 10 orang dan* diperoleh hasil *Validity Product Moment Pearson* sebesar r=0,81. Berdasarkan hasil item tersebut sudah valid untuk dipergunakan untuk penelitian

## 1.5.3 Uji Reabilitas

Kuesioner tingkat kecemasan *Hamilton Anxiety Rank Scale* yang dimodifikasi oleh peneliti dan dilakukan uji reabilitas di Rumah Sakit Tentara Soepraoen Malang, menggunakan *Alpha Cronbach*, jika α >0,05. Setelah dilakukan analisis didapatkan hasil indeks reliabilitas 0,769 untuk instrumen *Hamilton Anxiety Rank Scale* sehingga sudah memenuhi kriteria reabilitas.

## 1.6 Definisi Istilah/Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur.

N	o Variabel	Definisi	Parameter	Alat	Skala	Skor
		Opersional		Ukur		

Variabel

independen

komunikasi

terapeutik

Mengajak

berbicara

pada pasien

yang telah

penjelasan

oleh dokter

bahwa akan

dilakukan

operasi dengan

tujuan

memberikan

informasi

secara

diberi

Fase

terapeutik:

1. Fase pre interaksi

perasaan, fantasi

dan ketakutan

b. Mendapatkan data

tentang klien

b. Memperkenalkan

diri kepada pasien

2. Fase orientasi

a. Memberikan

c. Menjelaskan

maksud dan

salam

a. Eksplorasi

	sistematik	tujuan peneliti
	tentang	d. Bina rasa percaya
	tindakan	e. Menentukan/
	operasi	merumuskan
	fraktur	kontrak waktu dan
	secara	tempat
	holistik.	f. Eksplorasi pikiran,
		perasaan dan
\		perilaku klien
		g. Membantu
		mengidentifikasi
		masalah klien
		h. Merumuskan
		tujuan dengan
		klien
		3. Fase kerja
		a. Menanyakan
		kembali apa yang
		dikeluhkan klien/
		topik yang
		diinginkan klien

komunikasi

Panduan

Pelaksanaan

Komunikasi

Terapeutik.

				D. Membenkan	
				penjelasan	
				tentang topik atau	
				materi yang akan	
				disampaikan	
				kepada klien	
				c. Evaluasi respon	
				klien terhadap	
				penjelasan yang	
				sudah diberikan	
				4. Fase terminasi	
				a. Menciptakan	
				realitas	
			// .0	perpisahan	
				b. Membicarakan	
				proses terapi dan	
				pencapaian tujuan	
			5	c. Mengakhiri	
				perbincangan/	
				memberi salam	
				penutup	
	2	Variabel	Suatu	Skala tingkat Kuisoner Ordinal	a. Skor < 14
		dependen	pengalaman	kecemasan Hamilton Hamilton	: tidak ada
		(kecemasan)	emosional	Anxiety Rate Scale: Anxiety Rate	kecemasan
			yang dialami	a. Perasaan cemas Scale yang	b. Skor 14 –
			seseorang	b. Ketegangan diterjemah	20 : Cemas
			dan tidak	c. Ketakutan Kan kedalam	ringan
			tahu	d. Gangguan tidur bahasa	c. Skor 21 –
			sebabnya	e. Gangguan indonesia	27: Cemas
				kecerdasan dan	sedang
				f. Perasaan dimodifikasi	d. Skor 28 –
				depresi Oleh penulis	41 : Cemas
				g. Gejala sensorik	berat
				h. Gejala somatik	e. Skor 42 –
\				i. Gejala	56 : Panik
				kardiovaskuler	(Hidayat, 2007
			ı	1	

b. Memberikan

		j. Gejala
		pernafasan
		k. Gejala
		gastrointestinal
		I. Gejala urogenital
		m. Gejala vegetatif
		n. Perilaku sewaktu
		wawancara

## 1.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuisoner. Penerapan komunikasi terapeutik pada pasien pre operasi fraktur menggunakan panduan penatalaksaan komunikasi terapeutik dan skor tingkat kecemasan menggunakan alat ukur *Hamilton Anxiety Rate Scale* (HARS).

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Tentara Soepraoen Malang dengan alur sebagai berikut:

### 1.7.1 Tahap Pertama

- Responden sebelum operasi fraktur akan di tes dengan Hamilton Anxiety
   Rate Scale (HARS) untuk menentukan tingkat kecemasan responden.

   Responden yang memiliki kecemasan ringan hingga berat selanjutnya akan diberikan komunikasi terapeutik menggunakan panduan.
- Penatalaksanaan komunikasi terapeutik dilakukan kontrak waktu selama
   menit.

### 1.7.2 Tahap Kedua

- Pada penatalaksaan terapi komunikasi terapeutik melalui empat tahapan, yaitu :
  - a. Fase Pre Interaksi
    - 1. Mendapatkan data pasien dari status rawat inap
    - 2. Merencanakan pertemuan



### b. Fase Orientasi

- Menyampaikan Salam terapeutik (perawat)
- 2. Melakukan Evaluasi dan Validasi
- 3. Menetapkan Kontrak
- Topik:
- b. Waktu dan tempat:
- 4. Menyampaikan Tujuan:

### c. Fase Kerja

- 1. Mendorong dan membantu klien untuk mengekspresikan perasaan tentang kesehtannya.
- 2. Mendorong dan membantu klien dengan eksplorasi diri.
- 3. Memberikan informasi yang dibutuhkan untuk mengubah perilaku.
- 4. Mendorong dan membantu klien untuk mencapai tujuan.
- 5. Mengambil tindakan untuk memenuhi tujuan yang ditetapkan bersama.
- 6. Menggukan ketrampilan komunikasi terapeutik untuk memfasilitasi interaksi yang sukses

### d. Fase Terminasi

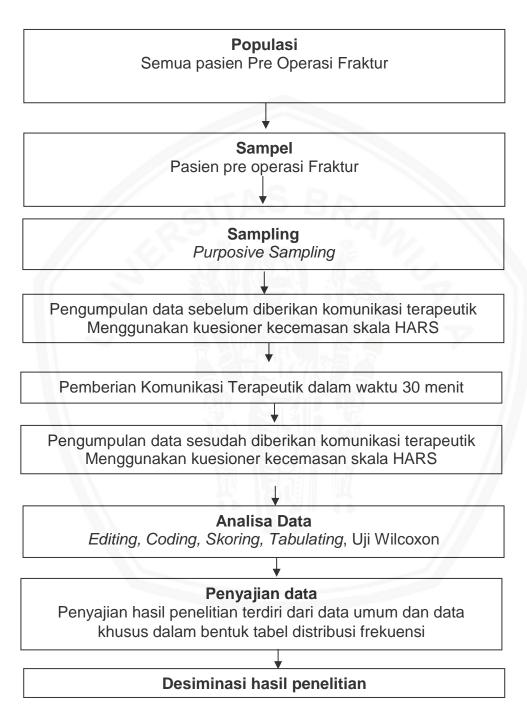
- 1. Mengingatkan klien bahwa terminasi telah dekat.
- 2. Melakukan evaluasi pencapaian tujuan bersama klien.
- 3. Mengingatkan kembali mengenai hubungan perawat klien.
- 4. Memisahkan diri dari klien dengan menyerahkan tanggung jawab rasa perawatan dirinya kepada pihak lain.

## 4.7.3 Tahap Ketiga

- Setelah 3-10 jam, post-test dilakukan dengan menggunakan Hamilton Anxiety Rate Scale (HARS). setelah semua sesi terapi dilaksanakan.
- Menganalisa perbedaan skor tingkat kecemasan sebelum dan 2. sesudah intervensi.



## 4.8 Alur Peneltian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

### 4.9 Pre Analisis Data

#### 4.9.1 **Editing**

Pemeriksaan data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu dan buku register, kemudian memeriksa data, menjumlah dan melakukan koreksi Dalam penelitian ini peneliti memeriksa kembali apakah ada lembar kuesioner yang hilang atau tidak diisi oleh responden

#### 4.9.2 Scoring

Scoring merupakan pengolahan data yang digunakan dengan cara pemberian skor. Pemberian skor kecemasan pada penelitian ini adalah:

Skor 0 : tidak ada gejala sama sekali.

2) Skor 1: 1 dari gejala yang ada.

3) Skor 2: separuh dari gejala yang ada.

4) Skor 3: lebih dari separuh gejala yang ada.

5) Skor 4: semua gejala yang ada.

Setelah itu dilakukan penjumlahan kemudian diklasifikasi untuk menilai tingkat kecemasan sebagai berikut:

1) Skor < 14 : Tidak ada kecemasan

2) Skor 14 – 20 : Cemas ringan

3) Skor 21 – 27 : Cemas sedang

4) Skor 28 – 41 : Cemas berat

5) Skor 42 – 56 : Panik.

#### 4.9.3 Coding

Pada penelitian ini coding diberikan pada kecemasan adalah sebagai berikut:

Tidak cemas 1) Kode: 1

2) Cemas ringan Kode: 2

3) Cemas sedang Kode: 3

4) Cemas berat Kode: 4

Panik Kode: 5 5)

### 4.9.4 **Tabulasi**

Penyajian data dalam penelitian ini ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai data hasil penelitian.



#### 4.10 **Analisa**

Setelah dilakukan pengolahan data, selanjutnya dilakukan pengujian masalah penelitian dengan data peringkat melalui uji Willcoxon signed ranks test yaitu uji statistik yang digunakan untuk membandingkan dua media, selain itu data yang dikumpulkan berdasarkan dua sampel yang tidak independen (related sampel, bisa paired/match atau repeated Measures) dan tingkat pengukuran minimal ordinal. Dengan tingkat signifikan 5% (a=0,05). Analisa data ini dikerjakan dengan progam komputer SPSS versi 18.

#### 4.11 **Etika Penelitian**

Penelitian ini telah mendapatkan surat ijin penelitian oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

# 4.11.1 Respect for Person Dignity (Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia)

Dalam penelitian ini, pelaksanaan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dilakukan dengan cara memberikan penjelasan kepada responden yang terdiri dari 20 pasien pre operasi fraktur mengenai manfaat dari penelitian, kemungkinan kelelahan atau kebosanan saat penelitian dan memberikan penjelasan bahwa responden dapat mengundurkan diri kapan saja. Setelah diberikan penjelasan, responden dapat menyatakan persetujuaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian tanpa ada paksaan dari siapapun dengan menandatangani informed consent yang diberikan. Terdapat satu responden yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sehingga peneliti tetap menghormati keputusan responden.

### 4.11.2 Beneficience (Prinsip Berbuat Baik)

Prinsip berbuat baik dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan penjelasan mengenai manfaat yang didapat oleh responden dari penelitian, salah satu manfaatnya adalah pemberian Terapi Komunikasi Terapeutik untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur sehingga dengan pasien bercerita tentang kecemasan yang dirasakannya dan ditanggapi dengan hal positif dapat mengurangi beban fikiran dan penurunan kecemasan pasien.



### 4.11.3 Nonmaleficience (Prinsip Tidak Merugikan)

Prinsip tidak merugikan semua responden dilakukan dengan cara melakukan kontrak waktu penelitian yaitu selama 1x30 menit pada setiap tindakan dan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta memberikan sebuah reward satu buah handuk kecil kepada responden penelitian.

## 4.11.4 *Justice* (Prinsip Keadilan)

Prinsip keadilan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memperlakukan seluruh responden secara adil dan baik. Peneliti memperlakukan seluruh responden dengan cara yang sama. Pasien diberikan pretest dan post-test tingkat kecemasan sebelum dan sesudah Komunikasi Terapeutik untuk memenuhi syarat justice etik penelitian karena seluruh responden harus diperlakukan dengan sama dan tidak ada diskriminasi atau hal-hal yang tidak patut untuk dilakukan sebelum, selama, dan sesudah penelitian.

## 4.11.5 Confidentality (Kerahasiaan)

Prinsip kerahasiaan dalam penelitian ini dilaksanakan dengan cara tidak mencantumkan nama responden atau identitas responden dalam lembar kuisoner, tetapi hanya dituliskan nomer responden saja. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerhasiaanya oleh peneliti serta penyajian atau pelaporan hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah yang diteliti.

### **BAB V**

### HASIL PENULISAN DAN ANALISA DATA

### 1.1 Anilisis Univariat

### 1.1.1 Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Data Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Usia Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Status Pekerjaan, dan Pengalaman Operasi.

Data Karakteristik		Frekuensi	Presentase (%)
Data Narakteristi			
Jenis Kelamin	Perempuan	5	25%
	Laki-laki	15	75%
	20-30 tahun	8	40%
Usia	31- 40 tahun	7	35%
	>40 tahun	5	25%
Pendidikan Terakhir	SD	3	15%
	SMP	4	20%
	SMA	13	65%
Pekerjaan	Bekerja	16	80%
ronorjaari	Tidak Bekerja	4	20%
Status Pernikahan	Menikah	13	65%
otatao i ominanan	Belum Menikah	7	35%
Pengalaman	Pernah	3	15%
Operasi	Belum Pernah	17	85%
	Femur	6	40%
	Patella	7	35%
Tipe Fraktur	Clavicula	5	25%
	Humerus	.1	5%
	Metatarsal	1	5%

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa latar belakang responden sebagian besar adalah laki-laki (75%). Responden terbanyak berusia 20-30 tahun (40%) dan 31-40 tahun (35%), dengan sebagian besar tamatan SMA (65%), menikah (65%) dan bekerja sebanyak (80%). Responden sebagian besar belum pernah menjalani operasi (85%).

## 1.1.2 Tingkat Kecemasan Responden

## 1.1.2.1 Tingkat Kecemasan Sebelum Intervensi

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien pra-Operatif Fraktur sebelum di berikan Komunikasi Terapeutik.

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Presentase (%)
Cemas ringan	5	25%
Cemas sedang	9	45%
Cemas berat	6	30%
Total	20	100

Dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden sebelum diberikan komunikasi terapeutik terbanyak mengalami cemas sedang sebanyak 9 responden (45%), cemas ringan sebanyak 5 responden (25%), cemas berat sebanyak 6 responden (30%).

## 1.1.2.2 Tingkat Kecemasan Setelah Intervensi

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien pra-Operatif Fraktur setelah di berikan Komunikasi Terapeutik.

Dari tabel 5.3 menunjukkan bahwa jumlah responden sesudah diberikan komunikasi terapeutik terbanyak mengalami tidak ada kecemasan sebanyak 10 responden (50%), cemas ringan sebanyak 5 responden (25%), cemas sedang sebanyak 5 responden (25%).

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Prosentase (%)
Tidak ada kecemasan	10	50%
Cemas ringan	5	25%
Cemas sedang	5	25%
Total	20	100

1.1.2.3 Tingkat Kecemasan Menurut Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan, Pengalaman Operasi Sebelumnya

Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin.

Jenis Kelamin	Tigkat Kecemasan			
	Ringan	Sedang	Berat	— TOTAL
Perempuan	0 (10%)	1 (5%)	4 (20%)	5 (25%)

Laki-laki	5 (25%)	8 (40%)	2 (10%)	15 (75%)
TOTAL	5	9	6	20

Dari tabel 5.4 menunjukkan bahwa jumlah responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 15 responden (75 %), dan perempuan sebanyak 5 responden (25%).

Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia.

Usia		Tingkat Kec	emasan	— TOTAL
USIA	Ringan	Sedang	Berat	TOTAL
20-30 tahun	2 (10%)	4 (20%)	2 (10%)	8 (40%)
31-40 tahun	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)	7 (35%)
40- 50 tahun	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)	5 (25%)
Total	5	9	6	20

Dari tabel 5.5 menunjukkan bahwa jumlah responden berdasarkan usia diperoleh terbanyak pada usia 20-30 tahun sebanyak 8 responden (40%), berusia 31-40 tahun sebanyak 7 responden (35%) berusia >40 tahun sebanyak 5 responden (25%).

Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pendidikan.

Penddikan	Tir	Tingkat Kecemasan			
	Ringan	Sedang	Berat	- TOTAL	
SD	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	3 (15%)	
SMP	1 (5%)	2 (10%)	1 (5%)	4 (20%)	
SMA	3 (15%)	5 (25%)	5 (25%)	13(65%)	
Total	5	9	6	20	

Dari tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden berdasarkan pendidikan terakhir terbanyak pendidikan SMA sebanyak 13 responden (65%), pendidikan SD sebanyak 3 responden (15%) pendidikan SMP sebanyak 4 responden (20%)

Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pekerjaan

Status Perkawinan	Tigk	at Kecemas	san	TOTAL
Status Perkawillan	Ringan	Sedang	Berat	TOTAL
Bekerja	5(25%)	7 (30%)	4 (20%)	16 (80%)
Tidak Bekerja	0(0%)	2 (10%)	2 (10%)	4 (20%)
TOTAL	5	8	6	20

Dari tabel 5.7 menunjukkan bahwa jumlah responden berdasarkan status perkerjaan terbanyak bekerja sebanyak 16 responden (80%), dan belum menikah 4 responden (20%).

Tabel 5.8 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Status Perkawinan.

Status Barkowinan	Tig	TOTAL		
Status Perkawinan	Ringan	Sedang	Berat	TOTAL
Menikah	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)	13 (65%)
Belum Menikah	0(0%)	5 (25%)	2 (10%)	7 (35%)
TOTAL	5	8	6	20

Dari tabel 5.8 menunjukkan bahwa jumlah responden berdasarkan status perkawinan terbanyak menikah sebanyak 13 responden (65%), dan belum menikah 7 responden (35%).

Tabel 5.9 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pengalaman Operasi Seblumnya.

Pengalaman Operasi -	Tię	gkat Kecemas	an	TOTAL	
rengalaman Operasi —	Ringan	Sedang	Berat	TOTAL	
Pernah	0(0%)	1 (5%)	2 (10%)	3 (3%)	
Belum Pernah	5 (25%)	8 (40%)	4 (20%)	17(85%)	
TOTAL	5	9	6	20	

Dari tabel 5.9 menunjukkan bahwa jumlah responden berdasarkan pengalaman operasi sebelumnya terbanyak belum pernah operasi 17 responden (85%), dan pernah operasi sebanyak 3 reponden (15%).

#### 1.2 **Analisis Bivariat**

Tabulasi perbedaan Tingkat Kecemasan Pra-Operatif Fraktur sebelum dan sesudah pemberian Komunikasi Terapeutik

Tabel 5.10 Tabel perbedaan Tingkat Kecemasan Pra-Operatif sebelum dan sesudah pemberian Komunikasi Terapeutik.

Tingkat Kecemasan	Sebelum		Sesudah		P. value
	F	%	F	%	
Tidak ada kecemasan	0	0%	10	50%	
Cemas ringan	5	25%	5	25%	
Cemas sedang	9	45%	5	25%	0,000
Cemas berat	6	30%	0	0%	
Jumlah	20	100	20	100	

Dari tabel 5.10 menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami kecemasan sebelum diberikan komunikasi terapeutik 0 responden (0%) sesudah diberikan komunikasi terapeutik 10 responden (50%), responden yang mengalami cemas ringan sebelum diberikan komunikasi terapeutik 5 responden (25%) sesudah diberikan komunikasi terapeutik 5 responden (25%), responden mengalami cemas sedang sebelum diberikan komunikasi terapeutik 9 responden (45%) sesudah diberikan komunikasi terapeutik 5 responden (25%), responden mengalami cemas berat sebelum diberikan komunikasi terapeutik 6 responden (30%) sesudah diberikan komunikasi terapeutik 0 responden (0%), responden mengalami panik sebelum diberikan komunikasi terapeutik 0 responden (0%) sesudah diberikan komunikasi terapeutik 0 responden (0%).

Hasil tabel tabulasi silang selanjutnya dilakukan perhitungan menggunakan wilcoxon signed ranks test didapatkan data bahwa terdapat 20 responden yang mengalami penurunan kecemasan. Sedangkan uji hipotesis dengan tingkat nilai kemaknaan  $\alpha$ : 0,05, didapatkan nilai probabilitas hasil p=0,000 kurang dari = 0,05 maka H0 ditolak, H1 diterima yang artinya terdapat perbedaan tingkat kecemasan pasien pra-operatif fraktur sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik di Ruang Bougenvil RST Tk II Dr. Soepraoen Malang Nilai Z menunjukkan arah negatif yang berarti data yang didapatkan bersifat menurun atau berkurang tingkat kecemasannya.

### BAB VI

### **PEMBAHASAN**

# Identifikasi Tingkat Kecemasan Pasien Pra-Operasi Fraktur Sebelum diberikan Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan jumlah responden yang diteliti sebanyak 20 responden, terdiri dari 15 responden laki-laki dan 5 responden perempuan. Hasil penelitian mengenai tingkat kecemasan dengan alat ukur Hamilton Anxiety Rank Scale (HARS) diperoleh data bahwa responden yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 5 responden (25%), kecemasan sedang (45%), dan 6 responden (30%) mengalami kecemasan berat. Gejala-gejala tingkat kecemasan tersebut dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, status pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan dan pengalaman operasi.

Responden perempuan (5 orang), mengalami kecemasan berat sebanyak 4 responden (20%), dan yang mengalami kecemasan sedang 1 responden (5%). Responden laki-laki (15 orang) mengalami kecemasan ringan sebanyak 5 responden (25%), mengalami kecemasan sedang 8 responden (40%) dan 2 responden (10%) mengalami kecemasan berat. Kesimpulan dari angka kejadian fraktur berdasarkan jumlah responden mayoritas terjadi pada laki-laki. Hal ini juga diungkapkan pada penelitian yang telah dilakukan oleh Riswanda (2017), kasus fraktur femur dominan ditemukan pada pasien laki-laki (72%). Kejadian fraktur sebagian besar terjadi adanya kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan lainnya. World Health Organization (WHO) mencatat pada tahun 2012-2014 terdapat 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Menurut Kuntjoro (2002), angka kejadian kecemasan pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki, disebutkan bahwa perempuan memiliki kecendurangan untuk mengalami kecemasan dibandingkan dengan laki-laki. Hal tersebut akibat adanya perbedaan hormonal dan perbedaan stressor psikososial yang berbeda antara perempuan dan laki-laki

Hasil penelitian didapatkan pada usia 20-30 tahun terdapat (8 orang) mengalami kecemasan berat sebanyak 2 responden (10%), mengalami kecemasan sedang 4 responden (20%), dan cemas ringan 2 responden (10%). Pada usia 31-40 tahun terdapat (7 orang) mengalami kecemasan berat sebanyak 2 reponden (10%), mengalami kecemasan sedang 3 responden (15%), dan 2 responden cemas ringan (10%). Pada usia 40-50 tahun terdapat (4 orang) mengalami kecemasan berat 1 responden (5%), mengalami kecemasan sedang 2 responden (10%) dan 2 responden



cemas ringan (10%). Mayoritas angka kecemasan sedang dan berat terbanyak terjadi produktif 20-40 tahun (75%). Wirdayati (2014) pada penelitiannya pada usia menyatakan bahwa responden pada usia produktif cenderung mengalami kecemasan. Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Struart, 2007). Umur tidak dapat dijadikan pedoman untuk mengukur tingkat kedewasaan seseorang dalam berfikir dan berperilaku. Adakalanya seseorang dengan usia remaja tapi cara berfikirnya sudah dewasa, dan ada pula seseorang sudah mencapai usia dewasa tapi cara berfikirnya masih kekanakkanakan. Hal ini bisa dipengaruhi oleh lingkungan dan pengalaman hidup seseorang. Pada pengalaman peniliti, responden dengan usia produktif mengalami kecemasan dipengaruhi oleh ketakutan akan masa depan, dan berpikir akan menjadi beban keluarga (Agung, 2014)

Hasil penelitian didapatkan pada pendidikan SD terdapat (3 orang) responden (0%) mengalami cemas berat, cemas sedang 2 responden (10%), dan 1 responden (5%) mengalami cemas ringan. Pendidikan SMP terdapat (4 orang), 1 responden (5%) mengalami cemas berat, cemas sedang 2 responden (10%), dan 1 responden (5%) cemas berat. Pendidikan SMA terdapat 5 responden (25%) mengalami cemas berat, cemas sedang 5 responden (25%) dan 3 responden (15%) cemas berat. Mayoritas kecemasan berdasarkan tingkat pendidikan terakhir terbanyak pada SMA (65%). Menurut Ahsan (2017), pada penelitiannnya menyatakan bahwa hampir 50% kecemasan didominasi oleh responden tingkat SMA. Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan mereka yang mempunyai status pendidikan tinggi (Arif, 2009). Pada fenomena yang dijumpai peneliti, responden dengan pendidikan SMA sebagian mengalami kecemasan yang disebabkan pengetahuan informasi pembedahan yang minimal sehingga responden berpikir berlebihan akan prosedur yang akan dihadapinya

Hasil penelitian didapatkan pada responden dengan status bekerja sebanyak (16 orang), mengalami cemas berat 4 responden (20%), cemas sedang 7 responden (30%), dan cemas ringan 5 responden (25%). Pada status tidak bekerja sebanyak 4 responden (20%), mengalami cemas berat 2 responden (10%), cemas sedang 2 responden (10%) dan cemas ringan 0 responden (0%). Mayoritas responden dengan status bekerja mengalami kecemasan (80%). Pada penelitian Amar (2015), menyatakan 76,9% pasien bekerja mengalami kecemasan. Hal ini dipengaruhi oleh jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan diperlukan sebagai persiapan umum. Persiapan finansial sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan. Beberapa jenis pembedahan membutuhkan biaya yang sangat mahal, misalnya bedah orthopedi. Hal itu disebabkan karena proses pembedahan tersebut memerlukan alat tambahan, atau karena waktu yang dibutuhkan lebih lama sehingga berpengaruh pada biaya obat anestesi yang digunakan (Arif, 2009). Peneliti menyatakan penting sebelum dilakukan operasi pasien dan keluarga sebaiknya sudah mendapat penjelasan dan informasi terkait masalah finansial, mulai dari biaya operasi hingga pemakaian alat tambahan. Hal ini diperlukan agar setelah operasi nanti tidak ada komplain atau ketidakpuasan pasien dan keluarga.

Hasil penelitian didapatkan pada responden dengan status menikah sebanyak (13 orang), mengalami cemas berat 4 responden (20%), cemas sedang 3 responden (15%), dan cemas ringan 5 responden (25%). Responden dengan status belum menikah sebanyak (7 orang), mengalami cemas berat 2 responden (10%), cemas sedang 5 responden (25%), dan cemas ringan 0 responden (0%). Mayoritas responden dalam penelitian ini dengan status menikah mengalami cemas (65%). Pada penelitian Mario (2015) menyatakan 90% responden dengan status menikah mengalami cemas. Menurut Retno (2016) kecemasan pada pasien memiliki status menikah yang sering dialami yaitu kecemasan akan kegagalan prosedur operasi, keadaan fisik, dan kehilangan dukungan keluarga.

Hasil penelitian didapatkan (3 orang) yang pernah menjalani operasi, mengalami cemas berat 2 responden (10%), cemas sedang 1 responden (5%), dan 0 responden (0%) cemas ringan. Responden belum pernah menjalani operasi (17 orang), mengalami cemas berat 4 responden (20%), cemas sedang 8 responden (40%), dan 5 responden (25%) cemas ringan. Mayoritas responden yang belum pernah menjalani tindakan operasi memiliki kecemasan (85%). Menurut Amar (2015) pada penelitiannya menyatakan 90% pasien yang belum pernah menjalani operasi. Pengalaman bedah yang belum pernah dijalani dapat mempengaruhi respoden fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Kekhawatiran nyata yang lebih ringan dapat terjadi karena pengalaman sebelumnya dengan sistem perawatan kesehatan dan orang-orang yang dikenal pasien dengan kondisi yang sama. Akibatnya perawat harus memberikan dorongan untuk pengungkapan serta harus mendengarkan, memahami dan memberikan informasi yang menyingkirkan kekhawatiran tersebut (Potter, 2005). Pada fenomena yang dijumpai oleh peneliti responden yang belum pernah menjalani prosedur operasi mengalami kecemasan yang dipengaruhi oleh, prespsi akan kegagalan operasi, terulang terjadinya fraktur dan tidak dapat beraktivitas secara mandiri.



### 6.2 Identifikasi Tingkat Kecemasan Pasien Pra-Operasi Fraktur Setelah diberikan Komunikasi Terapeutik

Hasil post-test seperti terihat pada tabel 5.3 dari 20 responden yang diteliti didapatkan bahwa responden yang tidak mengalami kecemasan 10 responden (50%), kecemasan ringan 5 responden (25%), kecemasan sedang 5 responden (25%), dan tidak ada responden dengan kecemasan berat serta panik. Secara umum mayoritas responden mengalami penurunan skor kecemasan. Hasil ini membuktikan bahwa tingkat pengaruh komunikasi terapeutik berpengaruh pada setiap individu.

Menurut Stuart & Sudden Stuart dan Sundeen (2002) yang dikutip oleh Intansari Nurjannah, arti komunikasi bagi perawat sebagai alat untuk membangun hubungan terapeutik. Menurut As Hornby (1974) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Mampu terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang mefasilitasi proses penyembuhan. Sebagai alat bagi perawat untuk mempengaruhi tingkah laku klien dan kemudian untuk mendapatkan keberhasilan dalam intervensi keperawatan. Komunikasi merupakan hubungan itu sendiri, dimana tanpa ini tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik perawat dan klien.

Penelitian Agung (2014) menyatakan hasil penelitian tingkat kecemasan pada pasien pre operasi fraktur wrist hand setelah di beri post test mengalami penurunan kecemasan tanpa memandang tingkat pendidikan, usia, dan kategori operasi. Setiawan (2009) menyatakan bahwa sebanyak 84% responden mengalami kecemasan ringan dan 15,4% mengalami kecemasan sedang dan tidak ada pasien kecemasan berat dan panik sebelum pemberian komunikasi terapeutik. Setelah pemberian komunikai terapeutik 92,3% pasien preoperasi tingkat kecemasannya menjadi ringan dan hanya 7,7% tingkat kecemasannya menjadi sedang. Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien untuk mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Oleh karena itu komunikasi terapeutik memegang peranan penting dalam memecahkan masalah yang dihadapi, pada dasarnya komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Komunikasi terpaeutik dalam hal ini mempunyai pengaruh dan mampu menurunkan tingkat kecemasan.



## 6.3 Analisis Pengaruh Komunikasi Terapeutik Sebelum dan Sesudah diberikan Komunikasi Terapeutik

Secara umum semua responden mengalami penurunan skor kecemasan. Hasil uji Wilcoxon Ranked Test dengan tingkat kemaknaan a: 0,05, didapatkan nilai probabilitas hasil perhitungan p = 0,000. Sehingga di dapatkan adanya pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur. Pada penelitian Siti (2012) menyatakan bahwa pemberian komunikasi terapeutik yang diberikan perawat kepada pasien pre operasi appendicitis berpengaruh terhadap penurunan kecemasan. Didukung dengan pendapat Nunik (2014) yang menunjukkan bahwa pemberian informasi tentang persiapan operasi dengan pendekatan komunikasi terapeutik mempunyai pengaruh yang signifikan dalam menurunkan kecemasan pasien (p:0,000; a=0,05 dan z -5,858).

Komunikasi terapeutik penting dilakukan kepada pasien dalam masa operasi terutama pada fase pre operasi. Komunikasi terapeutik pre operasi dilakukan setelah pasien diputuskan melakukan pembedahan dengan tujuan mempersiapkan mental, fisiologis dan psikologis penderita agar penyulit pasca bedah dapat dicegah sebanyak mungkin (Nurjannah, 2001). Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien untuk mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Oleh karena itu komunikasi terapeutik memegang peranan penting dalam memecahkan masalah yang dihadapi, pada dasarnya komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Dalam komunikasi terdapat dua kompenen penting yaitu proses komunikasinya dan efek komunikasinya. (Christina L.I, 2003). Penelitian ini menyimpulkan bahwa komunikasi terapeutik mempunyai pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan. Komunikasi terapeutik merupakan sarana dalam membangun hubungan antara perawat dan pasien untuk mengurangi kecemasan. Komunikasi terapeutik merupakan hubungan antara pasien dan perawat, dalam hubungan ini perawat belajar bersama dalam rangka memperbaiki kondisi emosional klien.

#### 6.4 Implikasi Penelitian

### 1. Pelayanan Keperawatan

- a. Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai manfaat komunikasi terapeutik
- b. Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur
- c. Sebagai dasar yang bisa diterapkan pada setiap pelayanan perawat untuk membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan.

## 2. Penelitian Keperawatan

Penelitian pengaruh komunikasi terapeutik pada tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur sebagai dasar penelitian lebih lanjut untuk dapat diterapkan pada pasien pre operasi fraktur yang lebih spesifik.

## 3. Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai model pembelajaran untuk belajar membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien.

#### 6.5 **Keterbatasan Penelitian**

- Keterbatasan dalam penelitian ini terdapatnya responden dengan karakteristik demografi status pernikahan, pendidikan, asuransi yang bermacam-macam sehingga peneliti perlu menggunakan teknik komunikasi yang berbeda namun peneliti tetap melakukan komunikasi sesuai dengan standar operasional prosedur.
- 2. Data karakteristik demografi pasien dengan tipe fraktur yang berbeda-beda memberikan respon kecemasan yang bebeda juga.



### **BAB VII**

### **PENUTUP**

## 1.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan dan pembahasan yang telah dikemukakan,

- 1. Hasil pengukuran tingkat kecemasan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik pada 20 pasien didapatkan hasil responden dengan kecemasan sedang 45%, kecemasan berat 30% dan kecemasan ringan 25%
- 2. Hasil pengukuran kecemasan setelah diberikan komunikasi terapeutik didapatkan hasil penurunan signifikan responden dengan tidak ada kecemasan sebanyak 10 responden (50%), kecemasan ringan 5 responden (25%) dan kecemasan sedang 5 responden (25%).
- 3. Ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien pra-operasi fraktur dengan *p-value* sebesar 0,000 kurang dari = 0,05.

### 1.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah dikemukakan maka diberikan saran-saran yang dapat digunakan dalam melakukan perbaikan dimasa datang sebagai berikut,

## 1. Bagi Responden

Hendaknya ada peran aktif dari masyarakat untuk meminta penjelasan tentang prosedur-prosedur operasi yang akan dijalani serta konsekuensi pembedahan, jika merasa belum jelas.



## 2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Pada penelitian ini dapat di aplikasikan pada pasien pre operasi fraktur yang lebih spesifik untuk mengetahui lebih detail pengaruh komunikasi terapeutik

## 2. Bagi Profesi Keperawatan

Data penelitian ini dapat digunakan untuk membuktikan adanya pengaruh komunikasi terapeutik terhadap penurunan tingkat kecemasan pada kasus lainnya.

## 3. Bagi Intitusi Pelayanan Kesehatan

Pada pentlitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk revisi pembuatan Protap/Standar Prosedur Operasional tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik, dimana harus dilaksanakan oleh seluruh perawat di ruangan rawat inap.



### **DAFTAR PUSTAKA**

- Agung. 2014. Pengaruh Komunikasi Terapeutik Pada Kecemasan Pasien Operasi Wrist Hand di Rumah Sakit Aisyah. Ponorogo. Studi Ilmu Keperawatan Aisyah Ponorogo.
- Ahsan. 2017. Pengaruh Komunikasi Terapeutik Pada Kecemasan Pasien Pre Operasi Batu Ginjal di Rumah Sakit Tugurejo. Semarang. Progam Studi Ilmu Keperawatan Stikes Tugurejo Semarang.
- Arwani. 2002. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Arif. 2009. Efek Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre
  Operasi di Rumah Sakit Haji Adam Malik. Medan. Studi Ilmu Keperawatan
  Airlangga
- Amar. 2015. Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Cemas Pasien Pre Operasi di Rumah Sakit PKU Sukoharjo. Surakarta. Progam Studi Keperawatan Kusuma.
- Anas. Tamsuri. 2005. Komunikasi Dalam Keperawatan. Jakarta: EGC
- Alimul. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Brunner & Suddath. 2005. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8. Jakarta: EGC
- Carpenito. Lynda Juall. 2000. *Diagnosis Keperawatan. Aplikasi Pada Praktik Klini*s. ed 9. Jakarta . EGC
- Christina. 2003. Komunikasi Kebidanan. Jakarta: EGC
- Dorland, Newman. 2002. Kamus Kedokteran Dorland. Edisi 29, Jakarta : EGC,1765.
- Depkes. 2013. Profil Kesehatan 2013
  - http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesd s%202013/, 31 Oktober 2017
- Depkes. 1994. Pedoman Perawatan Psikiatri. Depkes RI. Jakarta
- Hidayat A. 2007. Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah.
  - Jakarta: Salemba Medika
- Hawari. 2001. Psikologi untuk perawat. Jakarta: EGC
- Kisner & Colby. 2007. Therapeutic Exercise, Fifth Edition Chapter 106. Philadelpia: F.A. Davis Company
- Keliat, A.B. 2002. Hubungan Perawat Klien. Jakarta: EGC

- Kariyato. 1994. Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat. Jakarta : EGC
- Khotimah, N., Marsito., Iswati, N. 2010. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pelayanan Keperawatan di Ruang Inayah RS PKU Muhammadiyah Gombong*, Ilmiah Kesehatan Keperawatan. 8, 73-77
- Lemon & Burke. 2008. *Medical-surgical nursing:critical thinking in client care 4th ed.*USA: Pearson Prentice Hall
- Mansjoer, A. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuluskeletal. Jakarta: EGC
- Mansjoer, A. 2000. Kapita Selekta Kedokteran jilid I. Jakarta: Media Aesculapius
- Maramis, W.F. & Maramis, A.A., 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press
- Mario. 2015. Komunikasi Terapeutik Perawat Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSUD Saras Husada. Purworejo. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alma Ata Yogyakarta.
- Mundakir (2006). *Komunikasi Keperawatan: Aplikasi Dalam Pelayanan*, Edisi Pertama, Yogyakarta: Graha Ilmu
- Nursalam. 2003. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Nurjannah, I. 2001. *Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien*. Yogyakarta. Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM.
- Price, S & Wilson, L. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi*6. Jakarta : EGC
- Price, S. & Wilson, L. 2006. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Puryanto. 2009. Perbedaan tingkat kecemasan pasien pre operatif selama menunggu jam operasi antara ruang rawat inap dengan ruang persiapan operasi.

  Semarang. Progam Studi Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo.
- Purwanto. 2004. Komunikasi Untuk Perawat. Jakarta: EGC
- Potter & Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 volume 1. Jakarta: EGC
- Reeves CJ, Roux G and Lockhart R. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah, Buku I,*(Penerjemah Joko Setyono). Jakarta: Salemba Medika
- Remani. 2002. *Pengaruh komunikasi terhadap kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Dr Yunus Bengkulu*. Jurnal penelitian UNIB, vol VIII.
- Retno. 2017. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi Caesar di Rumah Sakit Irna. Medan. Studi Ilmu Keerawatan

### Universitas Andalas

- Salmond & Pellino. 2002. Low Back Syndrome. Philadelpia: FA Davis Company
- Stuart and Sudden. 1998. Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3 (alih bahasa).

Jakarta: EGC

- Stuart & Sundeen, 2002. Buku Saku Keperawatan, Edisi 4. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta : EGC
- Smeltzer & Bare, B.G. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Terjemahan). Jakarta: EGC
- Smeltzer & Bare, B.G.. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- Suliswati. 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Samira & Leila. 2015. The effect of personnel primary communication on the pre operative anxiety of patients admitted to operating room. Nursing Practice **Today Journal**
- Sevilla, Consuelo. 2007. Research Method. Quenzon City: Rex Printing Company
- Tamsuri, A. 2006. Komunikasi Dalam Keperawatan. Jakarta: EGC
- Tannen, D. 2000. Seni Komunikasi Efektif: Membangun Relasi Dengan Membina Gaya Percakapan. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Videbeck, S.J. 2008. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Who. 2011. Road Traffic Injuries
  - http://www.who.int/violence\_injury\_prevention/road\_traffic/en//, 31 Oktober 2017
- Wahyu. 2006. Hubungan Pengetahuan Komunikasi Terapeutik Terhadap Kemampuan Komunikasi Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di RS Elisabrth Purwokerto. Jurnal Keperawatan Soedirman. 01, 53-60

