

SKRIPSI

GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KLIEN PRE OPERATIF FRAKTUR ANGGOTA GERAK DI RUANG BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

Diajukan Sebagai Salah satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
Pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura



OLEH :

LIBORA MANURUNG
NIM : PO.71.20.1.12.169

**PROGRAM D IV KEPERAWATAN MAHIR MEDIKAL BEDAH
J U R U S A N K E P E R A W A T A N
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
JAYAPURA
2013**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui oleh Dosen pembimbing I dan II untuk mengikuti ujian seminar skripsi dengan judul ; **“Gambaran Tingkat Kecemasan Klien Pre Operatif Fraktur Tertutup Anggota gerak Di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura”**.

Disetujui : Jayapura

Hari/Tanggal: Rabu, 17 Juli 2013

Tempat : Ruang sidang Politeknik Kesehatan Kemenkes
Jayapura

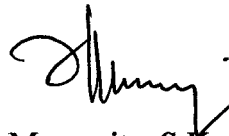
Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Isak J.H Tukayo, S.Kp.,M.Sc
NIP. 19640312 198803 1 003



Blestina Maryorita, S.Kep,Ns.,M.Si
NIP. 19670520 198601 2 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Diploma IV Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura



Blestina Maryorita, S.Kep,Ns.,M.Si
NIP. 19670520 198601 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**Gambaran Tingkat Kecemasan Klien Pre Operatif Fraktur Tertutup
Anggota Gerak Di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura**

DISUSUN OLEH

LIBORA MANURUNG

NIM. PO.71.20.1.12.169

Telah Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Ujian Sidang Skripsi

Di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Pada Hari Jumat Tanggal 19 Juli 2013

Dan Dinyatakan Lulus Memenuhi Syarat

Susunan Dewan Penguji

1. Penguji I : Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns.,M.Si

1.

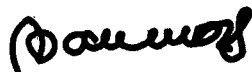
2. Penguji II : Suryani, S.Kep.,Ns

2.

3. Penguji III : Ellen R.V Purba, S.Kep.,Ns

3.

Mengetahui
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura



Isak J.H. Tukayo, S.Kp.,M.Sc
NIP. 19640312 198803 1 003

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas Kasih dan pertolongannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul: “Gambaran Tingkat Kecemasan Klien Pre Operatif Fraktur Tertutup Anggota Gerak Di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura”.

Selama proses penyusunan penelitian ini, penulis melibatkan berbagai pihak yang telah memberikan arahan, masukan, dan bimbingan. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Isak J.H Tukayo, S.Kp.,M.Sc sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura sekaligus sebagai pembimbing pertama yang dengan sabar membimbing dan mengarahkan baik dalam penulisan maupun analisa data, sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian ini.
2. I Ketut Swastika, S.Pd.,S.Kep.,M.Kes sebagai Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns.,M.Si, sebagai Ketua Program Studi Diploma IV, sekaligus sebagai pembimbing kedua, yang telah memberikan arahan dan bimbingan, serta senantiasa memberikan semangat, sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian ini.
4. Segenap anggota Tim pengelola penelitian program studi D-IV KMMB Jurusan Keperawatan, yang telah membantu terselesainya penelitian ini.
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.
6. Yang tercinta anakku dan suamiku atas doa dan semua perhatiannya.

7. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu terutama teman-teman D-IV KMMB 2012.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan penelitian selanjutnya.

Akhirnya, semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Jayapura, Juli 2013

Penulis

HALAMAN PERSEMBAHAN

**Penelitian ini kupersembahkan untuk
Anak dan Suami tercinta
yang selalu memberikan doa, cinta dan kasih sayangnya
untukku.**

"Orang sukses memiliki kebiasaan melakukan hal yang tidak suka dilakukan oleh orang malas. Orang sukses itu sendiri sebenarnya juga tidak suka melakukannya, tapi ketidaksukaan mereka di taklukkan oleh kekuatan tujuan mereka." (Sean Covey)

"Lakukan hal yang Anda takuti dan terus kerjakan dengan tekun. Itu merupakan cara tercepat dan pasti untuk menaklukkan ketakutan." (Dale Carnegie)

GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KLIEN PRE OPERATIF FRAKTUR TERTUTUP ANGGOTA GERAK DIRUANG BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

Libora Manurung, Isak J.H Tukayo¹, Blestina Maryorita².

ABSTRAK

Latar Belakang: Tindakan pembedahan seringkali menjadi ancaman potensial atau aktual bagi integritas seseorang. Hal ini disebabkan tindakan pembedahan dapat membangkitkan reaksi stress baik fisiologis maupun psikologis. Setiap pasien berbeda pandangan dalam menanggapi tindakan bedah atau operasi sehingga responnya berbeda-beda pula. Gejala kecemasan meliputi fisik, emosi dan kognitif. Kecemasan yang sering muncul pada pasien merupakan salah satu respon individu terhadap situasi yang mengancam atau mengganggu integritas diri.

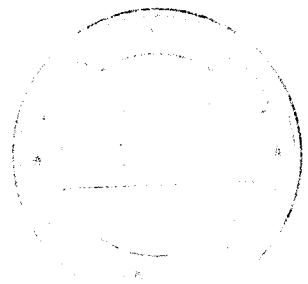
Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan klien preoperatif dengan fraktur tertutup anggota gerak yang akan dilakukan operasi di kamar bedah RSUD Jayapura.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan jumlah sampel 29 responden. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien pre operatif fraktur tertutup yang berada di ruang bedah RSUD Jayapura. Analisa data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase, kemudian ditarik kesimpulan.

Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat kecemasan pada klien dengan pre operatif fraktur tertutup di ruang bedah RSUD Jayapura sebagian besar adalah cemas ringan (90%), cemas sedang (3%), dan yang tidak mengalami kecemasan adalah (7%).

Kesimpulan: Sebagian besar klien pre operatif fraktur tertutup anggota gerak mengalami tingkat kecemasan ringan, maka perlu adanya kajian-kajian terhadap factor-faktor apa saja yang mempengaruhinya sehingga dapat diminimalisir melalui pendekatan terapeutik.

Kata kunci: *Kecemasan, pre operatif, fraktur tertutup*



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
 BAB I. PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	 5
A. Tindakan Keperawatan Preoperatif.....	5
1. Pengertian Tindakan Keperawatan Pre Operatif.....	5
2. Tujuan Tindakan Keperawatan Pre Operatif	5
3. Asuhan Keperawatan Tindakan Keperawatan Pre Operatif	7
4. Peran Perawat Dalam Tindakan Keperawatan Pre Operatif	14
B. Kecemasan	15
1. Pengertian Kecemasan.....	15
2. Faktor Predisposisi	16
3. Tanda-tanda Kecemasan	18
4. Tingkat Kecemasan	19
5. Pengukuran Kecemasan.....	20
C. Konsep Fraktur.....	26
1. Pengertian	26
2. Klasifikasi Etiologis	26
3. Jenis Fraktur	27
4. Manifestasi Klinis	29
5. Penatalaksanaan Fraktur	29
6. Penatalaksanaan Fraktur Tertutup	32
7. Faktor Penyembuhan Fraktur	33

8. Komplikasi Fraktur	34
9. Kerangka teori	36
10. Kerangka konsep	37
BAB III. METODE PENELITIAN	38
A. Desain penelitian	38
B. Tempat dan waktu penelitian	38
C. Populasi dan sampling	38
D. Definisi operasional	40
E. Pengumpulan dan Analisa data	41
F. Instrumen penelitian	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	43
A. Gambaran Tempat Penelitian	43
B. Hasil penelitian	44
1. Distribusi karakteristik responden	45
a. Deskriptif Umur responden	45
b. Deskriptif Pendidikan rsponden	46
c. Deskriptif Jenis kelamin	46
2. Distribusi tingkat kecemasan	47
3. Tabulasi silang (<i>crosstab</i>)	48
C. Pembahasan	50
1. Umur	50
2. Pendidikan	50
3. Tingkat Kecemasan	51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran	54

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	40
Tabel 4.1 Tabulasi silang hubungan umur dengan tingkat kecemasan	48
Tabel 4.2 Tabulasi silang hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat kecema- San	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Distribusi persentase klien pre operatif fraktur berdasarkan umur di ruang bedah RSUD Jayapura	45
Gambar 4.2 Distribusi persentase klien pre operatif fraktur berdasarkan tingkat pendidikan di ruang bedah RSUD Jayapura	46
Gambar 4.3 Distribusi persentase klien pre operatif fraktur berdasarkan jenis kelamin di ruang bedah RSUD Jayapura	46
Gambar 4.4 Distribusi persentase klien pre operatif fraktur berdasarkan tingkat kecemasan di ruang bedah RSUD Jayapura	47

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan seperti yang terdapat di dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal maka generasi penerus bangsa wajib dipersiapkan dengan baik (Ilyas, 2002).

Tindakan pembedahan seringkali menjadi ancaman potensial atau aktual bagi integritas seseorang. Hal ini disebabkan tindakan pembedahan dapat membangkitkan reaksi stress baik fisiologis maupun psikologis. Setiap pasien berbeda pandangan dalam menanggapi tindakan bedah atau operasi sehingga responnya berbeda-beda pula. Gejala kecemasan meliputi fisik, emosi dan kognitif. Kecemasan yang sering muncul pada pasien merupakan salah satu respon individu terhadap situasi yang mengancam atau mengganggu integritas diri (Kozier dan Erb, 1991; Barbara C, 1996).

Saat ini penyakit muskuloskeletal telah menjadi masalah yang banyak dijumpai di pusat-pusat pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Bahkan WHO telah menetapkan dekade ini (2000-2010) menjadi dekade tulang dan persendian. Penyebab fraktur terbanyak adalah karena kecelakaan lalu lintas. Kecelakaan lalu lintas ini, selain menyebabkan fraktur, menurut WHO juga menyebabkan kematian kurang lebih 1,25

juta orang setiap tahunnya, di mana sebagian besar korbannya adalah remaja atau pada orang dewasa muda.

Perawat mempunyai kontak paling lama dalam menangani persoalan pasien dan peran perawat dalam upaya penyembuhan pasien menjadi sangat penting. Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis, dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Lilis dan Taylor, 1993; Rothrock, 1999).

Berdasarkan observasi sementara di ruang perawatan bedah RSUD Jayapura didapatkan jumlah penderita pre operasi dengan kasus Fraktur dari bulan Januari-September tahun 2011 sebagai berikut: Fraktur terbuka (*compound fracture*) : 39 pasien, Fraktur tertutup (*simple fracture*) : 100 pasien, *Non-union* : 20 pasien, *MdX-union* : 28 pasien, *Comminutedfracture* : 15 pasien, Fraktur mandibula : 3 pasien.

Pengamatan penulis terhadap peran perawat RSUD Jayapura dalam menginformasikan tentang jalannya operasi telah dilaksanakan sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki, namun dalam kenyataannya masih ditemukan respon kecemasan yang berbeda dari setiap pasien yang diduga oleh kurangnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

Berdasarkan hal-hal di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran tingkat kecemasan klien pre operatif dengan fraktur tertutup anggota gerak di ruang bedah RSUD Jayapura.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran tingkat kecemasan klien pre operatif dengan fraktur tertutup anggota gerak di ruang bedah RSUD Jayapura.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan klien pre operatif dengan fraktur tertutup anggota gerak yang akan dilakukan operasi di kamar bedah RSUD Jayapura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik klien pre operative dengan fraktur tertutup yang akan menjalani tindakan operatif diruang bedah RSUD Dok II Jayapura
- b. Mengetahui tingkat kecemasan pada klien pre operatif pada fraktur tertutup yang akan menjalani tindakan operasi diruang bedah RSUD Dok II Jayapura

D. Manfaat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada :

1. Peneliti

Menambah wawasan tentang pentingnya hubungan karakteristik klien pre operatif terhadap tingkat kecemasan dengan fraktur tertutup anggota gerak.

2. Bagi pelayanan keperawatan

Diharapkan dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan.

3. Bagi institusi pendidikan

Memberi informasi kepada mahasiswa mengenai gambaran tingkat kecemasan klien pre operasi dengan fraktur tertutup anggota gerak dan sebagai bahan referensi penelitian selanjutnya.

4. Bagi pasien

- a. Mendapat pelayanan keperawatan yang lebih baik dan berkualitas.
- b. Agar lebih memahami tentang tindakan operasi dan merasa nyaman selama dalam perawatan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tindakan Keperawatan Pre Operatif

1. Pengertian Tindakan Keperawatan

Komponen universal dari proses keperawatan juga bertindak sebagai kerangka konseptual untuk keperawatan perioperatif. Istilah "Pre operatif menggambarkan proses asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat, baik sebelum, selama, maupun segera setelah operasi (Muttaqin, 2008).

Seorang perawat yang melakukan asuhan keperawatan pre operatif bertanggung jawab untuk mengkaji, merencanakan, dan mengimplementasikan (atau mendelegasikan), dan mengevaluasi perawatan klien selama fase pra operasi (dimulai sejak adanya keputusan bahwa klien akan menjalani pembedahan sampai ke meja bedah), intra operasi (dimulai dari klien ada di meja bedah sampai klien masuk *Recovery Room*[RR]), dan pascaoperasi (dimulai dari RR sampai sadar total) (Muttaqin, 2008).

2. Tujuan Tindakan Keperawatan Pre Operatif

Seorang klien yang mendapatkan tindakan pembedahan akan menjalani masa-masa praoperasi, intraoperasi, dan postoperasi. Pada masa ini klien akan mendapatkan tindakan keperawatan. Ada pun tindakan keperawatan yang diselenggarakan oleh perawat selama masa sebelum operasi disebut sebagai perawatan

preoperasi (*pre operative nursing*) di mana pada masa ini perawat melakukan persiapan-persiapan yang berhubungan dengan rencana operasi yang akan dijalankan nantinya (Potter & Perry, 1987).

Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiko pelayanan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis, dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Lilis & Taylor, 1993; Rothock, 1999).

Pengkajian terhadap kondisi fisik, psikologis, sosiokultural dan dimensi spiritual pada pasien penting karena pembedahan merupakan stressor utama psikologis, mempengaruhi pola koping, support sistem dan kebutuhan sosiokultural (Lilis & Taylor, 1997).

Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa pre operatif karena stress emosional ditambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (Lilis & Taylor, 1997). Adapun tujuan perawatan pada masa pre operasi ini adalah, (Connel, 1987, dalam Lilis & Taylor, 1997)

- a. Klien siap untuk dioperasi secara fisik.
- b. Klien secara emosional siap untuk dioperasi.
- c. Klien mampu mendemonstrasikan cara untuk, miring, batuk, napas dalam secara benar.
- d. Klien menyatakan mengerti bagaimana cara mengontrol nyeri post operasi.

- e. Klien menyatakan tindakan-tindakan yang akan dijalannya selama masa pre dan post operasi.
- f. Klien mengatakan akan makan dan minum cukup untuk memenuhi kebutuhan makannya.

Selanjutnya (Lilis & Taylor, 1997) mengemukakan bahwa untuk mencapai tujuan di atas, perawat harus melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Menegakkan data dasar dan rencana keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan klien
- b. Mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan pembelajaran pada klien dan keluarga.
- c. Mengidentifikasi resiko fisik dan psikososial.
- d. Melakukan tindakan untuk memaksimalkan keamanan dan kenyamanan secara fisik maupun emosional.

3. Asuhan Keperawatan Tindakan Keperawatan Pre Operatif

Konsep asuhan keperawatan sebelum operasi dilakukan pasien perlu dipersiapkan secara fisik maupun psikis, di samping itu juga pasien perlu diberikan pengetahuan tentang peristiwa yang akan dialami setelah dioperasi dan diberikan latihan-latihan fisik (pernapasan dalam, gerakan kaki dan duduk) untuk digunakan dalam periode post operatif.

Menurut Sudoyono (2006), menguraikan yang perlu dilakukan dalam tindakan keperawatan pre operatif adalah sebagai berikut:

a. Persiapan pasien di unit perawatan

1. Persiapan fisik

Persiapan pre operatif yang dialami oleh pasien dibagi dalam dua tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi.

Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain:

a) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas pasien, riwayat penyakit seperti kesehatan masalah lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap.

Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stress fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

b) Status nutrisi

Kebutuhan nutrisi pasien ditentukan, antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Mengukur tinggi badan dan berat badan
- 2) Lipatan kulit trisep
- 3) Lingkaran lengan atas

4) Kadar protein darah (*albumin* dan *globulin*)

5) Keseimbangan nitrogen

Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lama dirawat di rumah sakit.

Komplikasi yang "paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehiscensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

c) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan diantaranya adalah:

1) Kadar natrium serum (normal: 135-145 mmol/l)

2) Kadar kalium serum (normal: 3,5-5 mmol/l)

3) Kadar kreatinin serum (0,07-1,50 mg/dl)

Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal, di mana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anasthesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti

Oligunuria, Insufiensi Renal Akut, Nefritis Akut, maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal. Kecuali pada kasus- kasus yang mengancam jiwa.

d) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enemalavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke arah pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi CITO (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas. Maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*).

e) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi,

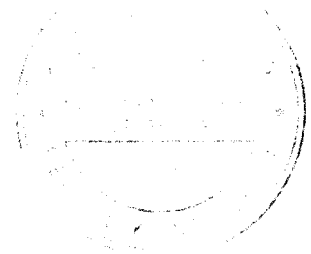
misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (*schereeri*) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur.

Seringkali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya : apendiktomi, herniotomi, urotrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, hemmoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

f) Personal hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

g) Pengosongan kandung kemih



Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi *bladder* tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk pengobservasi keseimbangan cairan.

2. Persiapan penunjang

Persiapan penunjang yang dipersiapkan perawat, antara lain adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto Thoraks, Abdomen, foto Tulang (Daerah Fraktur), USG (*Ultra Sono Grafi*), CTScan (*Computerized Tomography Scan*), MRI (*Magnetic Reconance Imagine*), BNOIVP, Renogram, Cytoscopy, Mammografi, CIL (*Colon in Loop*), EKGEC (*Electro Cardio Grafi*) , ECHO, EEG (*Electro Encephalo Grafi*), dan lain-lain.
- b) Pemeriksaan Labotorium, berupa pemeriksaan darah : Hemoglobin, angka leukosit, limfosit, LED (Laju Endapan Darah), jumlah trombosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium dan chloride), CT BT, ureum kretinin, BUN, dan lain-lain. Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsum tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.
- c) Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganas, jinak, atau berupa infeksi kronis saja.
- d) Pemeriksaan Kadar Gula Darah (KGD)

Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan KGD 2 jam PP (*post prandial*).

3. Pemeriksaan status anasthesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anasthesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien.

Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (*American Society Of Anesthesiologist*). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

4. Inform consent

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu *Inform consent*. Baik pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi). *Inform consent* sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi. Aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib

untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya.

4. Peran Perawat Dalam Tindakan Keperawatan Pre Operatif

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, peran perawat dalam tindakan keperawatan menurut Lilis dan Taylor, (1997), adalah sebagai berikut:

a. Tindakan umum

1. Membina hubungan teraupetik, memberi kesempatan kepada pasien untuk menyatakan rasa takut dan perhatiannya terhadap rencana operasi
2. Melakukan sentuhan untuk menunjukan adanya empati dan perhatian
3. Menjawab/menerangkan tentang berbagai prosedur operasi
4. Meningkatkan pemenuhan nutrisi dan hidrasi
5. Mengajarkan batuk dan napas dalam
6. Mengajarkan manajemen nyeri setelah pembedahan
7. Mengajarkan latihan lengan dan ambulasi
8. Menerangkan alat-alat yang akan digunakan oleh klien selama operasi.

b. Tindakan khusus

1. Sehari sebelum operasi
 - a. Memberikan dukungan emosional, menjawab pertanyaan dan memberikan dukungan spiritual bila diperlukan
 - b. Melakukan pembatasan diet preoperasi

- c. Menyiapkan kebutuhan eliminasi selama dan setelah pembedahan
- d. Mencukur dan menyiapkan daerah operasi

2. Hari pembedahan

- a. Mengecek bahwa bahan obat-obatan telah lengkap
- b. Mengecek tanda-tanda vital
- c. Mengecek *informed consent*
- d. Melanjutkan persiapan nutrisi dan hidrasi
- e. Melakukan perawatan mulut
- f. Mengosongkan alas dan bowel
- g. Mempersiapkan catatan yang diperlukan selama pre operasi
- h. Memberikan obat-obatan yang perlu diberikan (sesuai order dokter)

B. Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun fisiologik; misalnya harga diri, gambaran diri, identitas diri. Kecemasan merupakan suatu signal yang menyadarkan; memperingati adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk menyadari ancaman (Sadock, 1997).

Kecemasan merupakan pengalaman individual yang bersifat emosional dan subyektif yang tidak dapat diobservasi secara langsung. Kecemasan adalah emosi

tanpa obyek yang jelas. Biasanya kecemasan timbul tanpa diketahui dan akibat adanya pengalaman baru. Pasien yang cemas sering mengalami ketakutan atau perasaan tidak tenang (Rotrock, 1999). Berbagai bentuk ketakutan muncul seperti ketakutan akan hal yang tidak diketahui seperti terhadap pembedahan, anasthesi, masa depan, keuangan dan tanggung jawab keluarga; ketakutan akan nyeri atau kematian atau ketakutan akan perubahan citra diri dan konsep diri (Lilis dan Taylor, 1997).

Kecemasan merupakan pengalaman subyektif dari individu dan tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa obyek yang spesifik. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya objek/sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu (Suliswati dkk, 2005).

2. Faktor Pre Disposisi

Menurut Stuart dan Laraia (1998), terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan kecemasan diantaranya:

a. Pandangan psikoanalitik

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian-id (perilaku) dan super ego (perhatian). Perilaku mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b. Pandangan interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat.

c. Pandangan perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan dalam kehidupan selanjutnya.

d. Kajian keluarga

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan antara gangguan kecemasan dengan depresi.

e. Kajian biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepine*. Reseptor ini membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam *aminobutirik-gamma neroregulator* (GABA) juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan sebagaimana halnya dengan endofin.

Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

3. Tanda-tanda Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (1991), efek terhadap respon kecemasan dapat memberikan tanda sebagai berikut :

a. Fisiologis

Kecemasan sangat mempengaruhi fisiologis seseorang seperti nadi cepat, tensi meningkat, ketegangan otot, sukar napas, berkeringat, dilatasi pupil, mulut kering, anoreksia, konstipasi sakit kepala, penglihatan kabur, mual, muntah, dan gangguan tidur.

b. Perilaku

Kecemasan dapat merubah perilaku seseorang, diantaranya; gelisah, tremor, mudah terkejut, bicara cepat, aktifitas dan gerakan kurang terkoordinasi.

1. Kognitif

Tidak mampu memusatkan perhatian/konsentrasi dan lupa, persepsi menyempit, kreativitas menurun.

2. Psikologis

Respon psikologis mempengaruhi mental seseorang terhadap kecemasan.

4. Tingkat Kecemasan

Kecemasan dibagi dalam empat tingkat yaitu kecemasan ringan, sedang, berat dan panik. Dampak dari kecemasan pada individu bervariasi sesuai dengan tingkatnya (Stuart and Sundeen, 1998)

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.

Mampu menghadapi situasi yang bermasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang, perasaan relative aman dan nyaman, tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal, pupil normal atau konstriksi. Pada tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Pada kecemasan sedang, persepsi sempit dan terfokus pada hal yang penting mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi

ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Pembelajaran sangat terganggu, sangat kebingungan, tidak mampu berkonsentrasi. Pandangan saat ini dikaitkan pada masa lalu. Hampir tidak mampu mengerti situasi yang dihadapi saat ini. Tanda-tanda vital meningkat, *diaphoresis*, ingin kencing, nafsu makan turun, pupil dilatasi, otot-otot tegang, pandangan menurun, sensasi nyeri meningkat.

d. Kecemasan sangat berat/ panik

Tingkat kecemasan sangat berat/ panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya.

Karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Seseorang mungkin menjadi pucat, tekanan darah menurun, hipotensi, koordinasi otot-otot melemah, nyeri, sensasi pendengaran minimal. Tingkat kecemasan ini sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

5. Pengukuran Kecemasan

Derajat kecemasan dapat diukur dengan berbagai instrumen. Maramis (1990), menyatakan ada tes-tes kecemasan dengan pertanyaan langsung, mendengarkan cerita

penderita serta mengobservasinya terutama perilaku nonverbalnya. Ini sangat berguna dalam menentukan adanya kecemasan dan untuk menetapkan tingkatnya. Skala kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Skala Semantik Differensial maupun Visual Analog dapat dilakukan (Burns dan Groove, 1999). Instrumen lain yang dapat digunakan untuk mengukur skala kecemasan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yaitu mengukur aspek kognitif dan efektif yang meliputi (Hawari, 2001).

a. Perasaan cemas, ditandai dengan :

- i. Cemas
- ii. Firasatburuk
- iii. Takut akan pikiran sendiri

b. Ketegangan yang ditandai oleh :

- i. Merasa tegang
- ii. Lesu
- iii. Tidak dapat istirahat tenang
- iv. Mudah terkejut
- v. Mudah menangis
- vi. Gemetar
- vii. Gelisah

c. Ketakutan ditandai oleh :

- i. Ketakutan pada gelap
- ii. Ketakutan ditinggal sendiri
- iii. Ketakutan pada orang asing

- iv. Ketakutan pada binatang besar
 - v. Ketakutan pada keramaian lalu lintas
 - vi. Ketakutan pada kerumunan orang banyak
- d. Gangguan tidur ditandai oleh :
- 1. Sukar masuk tidur
 - 2. Terbangun malam hari
 - 3. Tidur tidak nyenyak
 - 4. Bangun dengan lesu
 - 5. Mimpi-mimpi
 - 6. Mimpi buruk
 - 7. Mimpi yang menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan ditandai oleh :
- 1. Sukar konsentrasi
 - 2. Daya ingat buruk
 - 3. Daya ingat menurun
- f. Perasaan depresi ditandai oleh :
- 1. Kehilangan minat
 - 2. Sedih
 - 3. Bangun dini hari
 - 4. Kurangnya kesenangan pada hobi
 - 5. Perasaan berubah sepanjang hari
- g. Gejala somatik ditandai oleh :

1. Nyeri pada otot
 2. Kaku
 3. Kedutan otot
 4. Gigi gemeretak
 5. Suara tidak stabil
- h. Gejala sensorik ditandai oleh :
1. Tinitus
 2. Penglihatan kabur
 3. Muka merah dan pucat
 4. Merasalemah
 5. Perasaan ditusuk-tusuk
- i. Gejala kardiovaskuler ditandai oleh
1. Takikardia
 2. Berdebar-debar
 3. Nyeri dada
 4. Denyut nadi mengeras
 5. Rasa lemas seperti mau pingsan
 6. Detak jantung hilang sekejap
- j. Gejala pernapasan ditandai oleh :
1. Rasa tertekan atau sempit di dada
 2. Perasaan tercekik
 3. Merasa nafas pendek/ sesak

4. Sering menarik nafas panjang

k. Gejala gastrointestinal ditandai oleh

1. Sulitmenelan

2. Mual

3. Perut melilit

4. Gangguan pencernaan

5. Nyeri lambung sebelum atau sesudah makan

6. Rasa panas di perut

7. Perut terasa kembung atau penuh

8. Muntah

9. Defekasi lembek

10. Berat badan menurun

11. Konstipasi (sukar buang air besar)

l. Gejala urogenital ditandai oleh :

1. Sering kencing

2. Tidak dapat menahan kencing

3. *Amenorhoe* tidak datang bulan

4. *Menorhagia* datang bulan banyak

5. Frigiditas

6. Ejakulasi prekok

7. Ereksi hilang

8. Impoten

9. Ereksi hilang

m. Gejala otonom ditandai oleh :

1. Mulut kering
2. Mudah berkeringat
3. Muka kering
5. Pusing, sakit kepala
6. Bulu-bulu berdiri

n. Perilaku sewaktu wawancara ditandai oleh :

1. Gelisah
2. Tidak tenang
3. Jari gemetar
4. Mengerutkan dahi atau kening
5. Mukategang
6. Tonus otot meningkat
7. Nafas pendek dan cepat
8. Muka merah

Cara penilaian:

- a. Skor 0 : tidak ada gejala sama sekali
- b. Skor 1 : satu dari gejala yang ada
- c. Skor 2 : separuh dari gejala yang ada
- d. Skor 3 : lebih dari separuh gejala yang ada
- e. Skor 4 : semua gejala ada

Hawari (2001), penilaian hasil yaitu dengan menjumlahkan nilai skor item 1 sampai dengan 10 dengan ketentuan sebagai berikut:

0 : Skor kurang dari 14	: Tidak ada kecemasan
1 : Skor 14 s/d 20	: Kecemasan ringan
3 : Skor 21 s/d 27	: Kecemasan sedang
4 : Skor 42 s/d 56	: Kecemasan sangat berat (panik).

C. Konsep Fraktur

1. Pengertian

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian (C. Rasjad, 1998). Fraktur adalah deformasi atau diskontinuitas tulang oleh tenaga yang melebihi kekuatan tulang (Schwart , 2000). Fraktur dapat terjadi pada bagian-bagian tubuh manusia, misalnya : pada tulang femur, tibia, humerus, vertebra cervikalis. Fraktur tertutup (*simple fracture*) adalah fraktur yang fragmen tulangnya tidak menembus kulit sehingga tempat fraktur tidak tercemar oleh lingkungan / tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar (C Rasjad, 1998).

2. Klasifikasi Etiologis

Chairudin Rasjad (1998) mengklasifikasikan fraktur dalam beberapa keadaan berikut:

a. Fraktur traumatik.

Terjadi karena trauma yang tiba-tiba mengenai tulang dengan kekuatan besar dan tulang tidak mampu menahan trauma tersebut sehingga terjadi patah.

b. Fraktur patologis.

Terjadi karena kelemahan tulang sebelumnya akibat kelainan patologis di dalam tulang. Fraktur patologis terjadi pada daerah- daerah tulang yang telah menjadi lemah karena tumor atau proses patologis lainnya. Tulang seringkali menunjukkan penurunan densitas. Penyebab yang paling sering dari fraktur-fraktur semacam ini adalah tumor, baik tumor primer maupun tumor metastatis.

c. Fraktur stress.

Terjadi karena adanya trauma yang terus-menerus pada suatu tempat tertentu.

3. Jenis Fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Brunner & Suddarth, 2001) :

- a. *Complete fracture* (fraktur komplet), adalah patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran tulang.
- b. *Closed fracture* (simple fraktur), tidak menyebabkan robeknya kulit, integritas kulit masih utuh.
- c. *Open fracture* (fraktur komplikata/ kompleks), merupakan fraktur dengan luka pada kulit (integritas kulit rusak dan ujung tulang menonjol sampai menembus kulit) atau membrane mukosa sampai kepatahan tulang.

Fraktur juga digolongkan sesuai pergeseran anatomis fragmen tulang- *fraktur bergeser/tidak bergeser*. Berikut ini adalah berbagai jenis khusus fraktur (Brunner & Suddarth, 2001)

1. Grenenstick, fraktur dimana salah satu sisi tulang patah sedang yang lainnya membengkok
2. Transversal: fraktur sepanjang garis tengah tulang
3. Oblik: fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang
4. Spiral: fraktur memuntir seputar batang tulang.
5. Komunitif : fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen
6. Depresi : fraktur dengan fragmen patahan terdorong ke dalam (sering terjadi pada tulang tengkorak dan wajah)
7. Kompresi: fraktur dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang)
8. Patologik : fraktur yang teijadi pada daerah tulang berpenyakit (metastasis tulang, tumor)
9. Epifisia X: fraktur melalui episis
10. Impaksi : fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya.
11. Avulsi : tertariknya fragmen tulang oleh ligamen atau tendo pada perleketannya.

Secara umum keadaan patah tulang secara kliniis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Fraktur tertutup (*simple fracture*) adalah fraktur yang fragmen tulangnya tidak menembus kulit sehingga tempat fraktur tidak tercemar oleh lingkungan / tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.
- 2) Fraktur terbuka (*compound fracture*) adalah fraktur yang mempunyai hubungan dengan dunia luar melalui luka pada kulit dan jaringan lunak, dapat berbentuk *from within* (dari dalam), atau *from without* (dari luar).
- 3) Fraktur dengan komplikasi (*complicated fracture*) adalah fraktur yang disertai dengan komplikasi, misalnya *mal-union*, *delayed-union*, *nonunion*, dan infeksi tulang.
- 4) Fraktur avulsi. Fraktur avulsi memisahkan suatu fragmen tulang pada tempat insersi tendon ataupun ligament (C. Rasjad, 1998).

4. Manifestasi Klinis.

Manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, *deformitas*, pemendekan ekstermitas, *krepitus*, pembekakan lokal, dan perubahan warna.

5. Penatalaksanaan Fraktur

Prinsip penatalaksanaan fraktur meliputi reduksi, imobilisasi, dan pengembalian fungsi serta kekuatan normal dengan rehabilitasi (Smeltzer, 2002). Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Metode untuk mencapai reduksi fraktur adalah dengan reduksi tertutup, traksi, dan reduksi terbuka. Metode yang dipilih untuk mereduksi fraktur bergantung

pada sifat frakturnya. Pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Selanjutnya traksi dapat dilakukan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Berat traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

Pada fraktur tertentu memerlukan reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang solid terjadi. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna dan fiksasi eksterna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi, kontin, pin, dan tehnik gips. Sedangkan implant logam digunakan untuk fiksasi interna (Smeltzer, 2002).

Prinsip penanganan fraktur dikenal dengan *empat R* yaitu :

- a. *Rekognisi* adalah menyangkut diagnosis fraktur pada tempat kejadian dan kemudian di Rumah Sakit
- b. *Reduksi* adalah usaha dan tindakan memanipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin untuk kembali seperti letak asalnya
- c. *Retensi* adalah aturan umum dalam pemasangan gips, yang dipasang untuk mempertahankan reduksi harus melewati sendi diatas fraktur dan dibawah fraktur
- d. *Rehabilitasx* adalah pengobatan dan penyembuhan fraktur (Price, 2000).

Menurut Sjasuhidajat & Jong (2005), untuk patah tulang sendiri, prinsipnya adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula (*reposisi*) dan

mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang (*imobilisasi*).

Beberapa cara penanganan patah tulang :

- a. Cara pertama untuk penanganan patah tulang dengan dislokasi fragmen patahan yang minimal atau dislokasi yang tidak menyebabkan cacat di kemudian hari, cukup dengan proteksi tanpa reposisi dan imobilisasi. Contoh cara ini adalah patah tulang rusuk, klavikula pada anak.
- b. Cara kedua ialah imobilisasi dengan fiksasi atau imobilisasi luar tanpa reposisi, tetapi tetap memerlukan imobilisasi agar tidak terjadi dislokasi fragmen. Contoh cara ini adalah patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi.
- c. Cara ketiga berupa reposisi dengan cara manipulasi diikuti dengan imobilisasi. Dilakukan pada patah tulang dengan dislokasi fragmen yang berarti seperti pada patah tulang radius distal.
- d. Cara keempat berupa reposisi dengan traksi terus-menerus selama masa tertentu. Misalnya beberapa minggu, kemudian di ikuti dengan imobilisasi. Ini dilakukan pada patah tulang yang bila direposisi secara manipulasi akan terdislokasi kembali didalam gips.
- e. Cara kelima berupa reposisi di ikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar. Untuk fiksasi fragmen patahan tulang, digunakan pin baja yang ditusukan pada fragmen tulang, kemudian pin baja tadi disatukan secara kokoh dengan batangan logam diluar kulit. Alat ini dinamakan fiksator ekstern.
- f. Cara keenam berupa reposisi non-operatif di ikuti dengan pemasangan fiksasi dalam pada tulang secara operatif, misalnya reposisi patah tulang kolum femur.

- g. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif di ikuti dengan fiksasi patahan tulang dengan fiksasi interna. Ini dilakukan misalnya, pada patah tulang femur, tibia, humerus, dan lengan bawah.
- h. Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dan menggantinya dengan prostesis, yang dilakukan pada patah tulang kolum femur. Kaput femur dibuang secara operatif dan diganti dengan prosthesis.

6. Penatalaksanaan Fraktur Tertutup

- a. Penatalaksanaan konservatif merupakan penatalaksanaan nonpembedahan.
 - 1. Proteksi (tanpa reduksi atau imobilisasi); *Sling* (mitela)
 - 2. Imobilisasi dengan bidai eksterna (tanpa reduksi); *Plaster of paris* (gips)
 - 3. Reduksi tertutup dengan manipulasi dan imobilisasi eksterna yang menggunakan gips.
- b. Penatalaksanaan pembedahan
 - 1. Reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal: Pemasangan k-Wire
 - 2. Reduksi terbuka dan fiksasi internal atau fiksasi eksternal tulang :
 - 1) Fiksasi internal / ORIF (Open Reduction Internal fixation): Pemasangan mule & screw, Interkik nail, Implant
 - 2) Fiksasi eksternal / OREF (Open Reduction External Fixation): Pemasangan implant.

7. Faktor Penyembuhan Fraktur

Menurut Chairuddin Rasjad (1998) dalam buku Arif Muttaqin (2008) :

a. Usia penderita

Waktu penyembuhan tulang anak-anak jauh lebih cepat daripada orang dewasa.

b. Lokalisasi dan konfigurasi fraktur

Lokalisasi fraktur memegang peranan penting. Penyembuhan fraktur metafisis lebih cepat dari pada fraktur diafisis. Konfigurasi fraktur seperti fraktur transversal lebih lambat penyembuhannya dibandingkan dengan fraktur oblik karena kontak yang lebih banyak.

c. Pergeseran awal fraktur

Pada fraktur yang periosteumnya tidak bergeser, penyembuhannya dua kali lebih cepat dibandingkan dengan fraktur yang bergeser.

d. Vaskularisasi pada kedua fragmen

Apabila kedua fragmen mempunyai vaskularisasi yang baik, penyembuhannya tanpa komplikasi. bila salah satu sisi fraktur memiliki vaskularisasi yang jelek sehingga mengalami kematian, pembentukan *union* akan terhambat atau mungkin terjadi *non-union*.

e. Reduksi serta imobilisasi

Reposisi fraktur akan memberikan kemungkinan untuk vaskularisasi yang lebih baik dalam bentuk asalnya. Imobilisasi yang sempurna akan mencegah pergerakan dan kerusakan pembuluh darah yang mengganggu penyembuhan fraktur.

f. Waktu imobilisasi

Bila imobilisasi tidak dilakukan sesuai waktu penyembuhan sebelum terjadi *union*, kemungkinan terjadinya *non-union* sangat besar.

g. Ruangan diantara kedua fragmen serta interposisi oleh jaringan lunak. Adanya interposisi jaringan, baik berupa periosteum maupun otot atau jaringan fibrosa lainnya akan menghambat vaskularisasi kedua ujung fraktur.

h. Faktor adanya infeksi dan keganasan lokal.

i. Cairan sinovial

Cairan sinovial yang terdapat pada persendian merupakan hambatan dalam penyembuhan fraktur.

j. Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak.

Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak akan meningkatkan vaskularisasi daerah fraktur. Akan tetapi, gerakan yang dilakukan pada daerah fraktur tanpa imobilisasi yang baik juga akan mengganggu vaskularisasi.

8. Komplikasi Fraktur

a. Komplikasi awal

1. Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT (*Capillary Refill Time*) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar, dan dingin pada ekstermitas yang disebabkan oleh tindakan darurat *spilinting*, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

2. Sindrome kompartemen

Merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Hal ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah, atau karena tekanan dari luar seperti gips dan pembebanan yang terlalu kuat.

3. Infeksi

Sistem pertahanan tubuh akan rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedi, infeksi dimulai pada kulit (*superficial*) dan masuk ke dalam. Hal ini biasa terjadi pada kasus fraktur terbuka, tetapi dapat juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan, seperti pin (ORIF & OREF) dan plat.

4. Nekrosis avaskuler

Terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu sehingga menyebabkan nekrosis tulang.

5. Syok

Terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigenasi menurun.

b. Komplikasi lama

1. *Delayed union*

Kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung, hal ini terjadi karena suplai darah ke tulang menurun.

Delayed-union adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

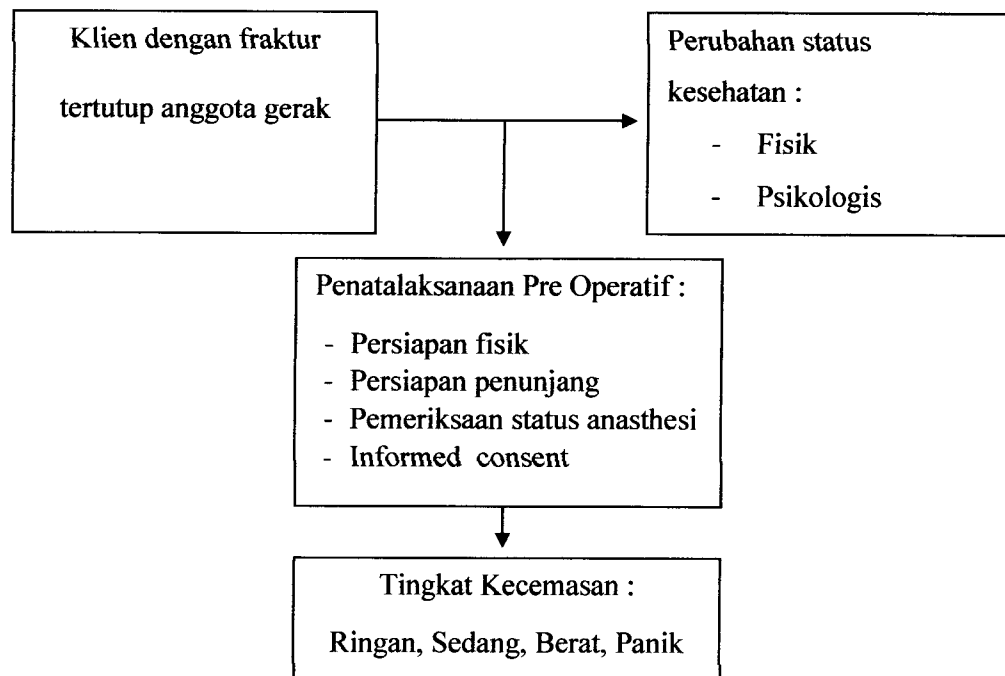
2. Non – union

Fraktur yang tidak sembuh antara 6-8 bulan dan tidak didapatkan konsolidasi sehingga terdapat pseudo-artrosis (sendi palsu).

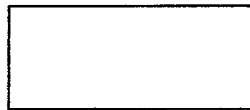
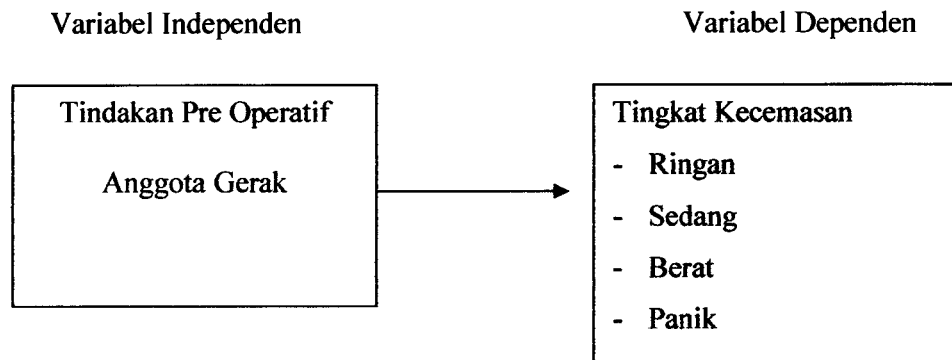
3. Mal – union

Keadaan ketika fraktur menyembuh pada saatnya, tetapi terdapat deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, rotasi, pemendekan.

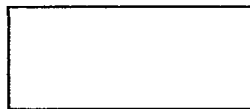
D. Kerangka Teori



Sumber : (Stuart & Sundeen, 1998)

E. KERANGKA KONSEP

: Variabel yang tidak diteliti



: Variabel yang diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memberika gambaran atau mendeskripsikan tentang suatu keadaan objektif (Notoadmodjo, 2005). Dimana penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan klien pre operatif dengan fraktur tertutup di ruang bedah RSUD Jayapura.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di ruang bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan selama 1 bulan yaitu mulai bulan April s/d Mei 2013.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan objek yang akan diteliti dan merupakan keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam & Pariani, 2001).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien yang mengalami fraktur tertutup anggota gerak yang akan menjalani operatif dan dirawat di ruang bedah RSUD Jayapura.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2002). Penentuan sampel dalam penelitian ini, dengan menggunakan teknik pengambilan sampel total sampling, yaitu semua jumlah populasi dengan kriteria :

1) Kriteria Inklusi

- a. Fraktur tertutup
- b. Klien yang akan menjalani operasi
- c. Umur 20 – 40 tahun
- d. Bersedia untuk diteliti
- e. Bisa membaca dan menulis

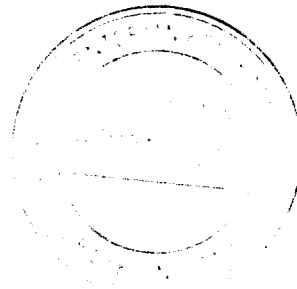
2) Kriteria Eksklusi

- a. Fraktur terbuka
- b. Umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 40 tahun
- c. Tidak bersedia untuk diteliti
- d. Klien yang tidak menjalani operasi

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Tingkat kecemasan	Derajat kecemasan yang mempengaruhi timbulnya gejala fisik, psikologis yang dialami klien dengan fraktur tertutup yang akan menjalani operasi	Kuesioner	Ordinal	Skor 0: Tidak ada gejala sama sekali Skor 1: Satu dari gejala yang ada Skor 2: Separuh dari gejala yang ada Skor 3: Lebih dari separuh gejala yang ada Skor 4: Semua gejala ada Hasil tabulasi kemudian dikategorikan sbb: 0-14: Tidak ada kecemasan 14-20: Kecemasan ringan 21-27: Kecemasan sedang 28-41: Kecemasan berat 42-56: Panik
Fraktur	Hilangnya keutuhan tulang ataupun tulang rawan oleh karena cedera			
Pre Operatif	Tindakan keperawatan sebelum menjalani operasi pada pasien yang mengalami fraktur			



E. Pengumpulan dan Analisa Data

Setelah mendapatkan ijin dari Direktur RSUD Jayapura melalui bagian penelitian dan pengembangan Rumah Sakit, peneliti akan memulai untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang akan diisi oleh responden yang memenuhi kriteria inklusi dengan berisikan pertanyaan-pertanyaan mengenai tingkat kecemasan klien yang menjalani pre operatif.

1. Pengumpulan data

a. Data primer

Data yang diperoleh peneliti dari objek secara langsung yaitu dengan cara memberikan kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan untuk diisi oleh responden.

b. Data sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung, baik melalui laporan medis klien, buku-buku, serta sumber-sumber lain yang mendukung jalannya penelitian ini.

2. Teknik Analisis Data

Setelah data terkumpul kemudian data-data diolah dengan cara :

a. Editing

Pada tahap ini peneliti memeriksa semua data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner. Hal ini dimaksudkan untuk mengecek kembali apakah seluruh pertanyaan telah dijawab oleh responden.

b. Coding

Tahap kedua peneliti mengklasifikasikan jawaban dari semua responden serta memberikan kode dari masing-masing jawaban.

c. Scoring

Semua data pada lembar kuesioner diolah dengan memberikan scoring sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Semua jawaban responden akan diberikan scoring kemudian di total jumlah scoring yang didapatkan dari masing-masing responden. Data yang ada kemudian dibuat dalam bentuk distribusi frekuensi dengan menghitung persentase dari masing-masing tingkat kecemasan klien.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berupa lembaran dan kuesioner dengan 10 pertanyaan yang dapat diisi dengan beberapa alternative jawaban. Instrument disusun untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan klien fraktur tertutup yang akan menjalani tindakan operatif.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian mengenai gambaran tingkat kecemasan klien pre operatif fraktur anggota gerak. Pengambilan data dilakukan di Ruang Bedah pria RSUD Jayapura, dengan jumlah 29 responden.

Hasil penelitian ini akan diuraikan tentang gambaran tempat penelitian, dan hasil penelitian.

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUD Jayapura berdiri tegak pada tanah seluas 25.000 m² dengan luas bangunan 5000 m² untuk memenuhi pelayanan kesehatan, RSUD ini menyediakan rawat jalan yang terdiri dari poli mata, poli penyakit dalam, poli anak, poli kulit dan kelamin, poli THT, poli gizi, poli bedah, poli kandungan, poli syaraf dan poli paru. Sedangkan unit rawat inap yang disediakan sebanyak 7 ruangan yaitu ruang Vip , ruang Kls , ruang Anak . ruang Syaraf. ruang Bersalin dan ruang Operasi. Ruang ICU,.ruang penyakit dalam wanita.ruang paru-paru,ruang bedah pria,ruang bedah wanita, ruang dalam pria. Untuk melengkapi fasilitas dalam pelayanan kesehatan juga disediakan beberapa instalasi diantaranya : Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Hemodialisa, Instalasi Rehabilitasi medis, Instalasi Gizi, Instalasi bedah sentral, Instalasi kamar jenazah dan Instalasi Linen.

Rumah sakit umum RSUD Jayapura dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasiennya mempunyai:

Visi:

Mendapat kepercayaan kepada masyarakat kabupaten Jayapura dan sekitarnya dengan memberikan mutu pelayanan kesehatan setinggi-tingginya yang dilaksanakan oleh tenaga profesional sesuai kebutuhan masyarakat.

Misi:

1. Menyelenggarakan pelayanan yang bermutu.
2. Menyelenggarakan kesehatan pada semua lapisan masyarakat baik ekonomi mampu atau kurang mampu.
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional dengan memberikan kesejahteraan hidup jasmani dan rohani.
4. Menyediakan peralatan dan fasilitas yang memadai sesuai kemampuan dan kebutuhan.
5. Menyediakan pelayanan kesehatan meliputi kabupaten Jayapura dan sekitarnya.

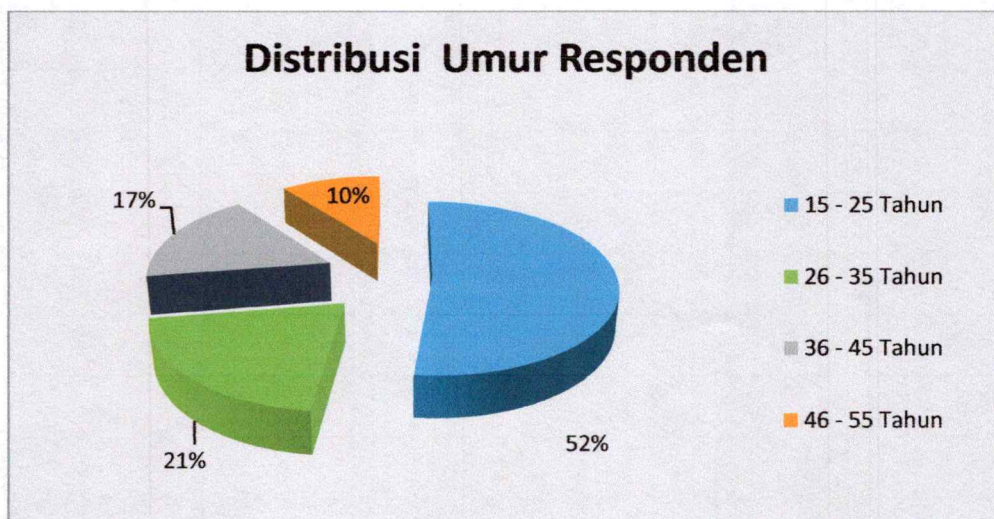
B. HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan terhadap pasien pre operatif fraktur tertutup anggota gerak di ruang bedah pria dan wanita RSUD Jayapura yang dimulai sejak tanggal 13 s/d 25 Mei 2013, didapatkan 29 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Data diperoleh berdasarkan hasil jawaban kuesioner tentang tingkat kecemasan pasien kebersihan pre operatif fraktur tertutup anggota gerak. Selanjutnya data yang sudah terkumpul ditabulasi, kemudian disajikan dalam bentuk *pie chart* untuk dianalisa dan dibahas.

1. Deskriptif karakteristik responden

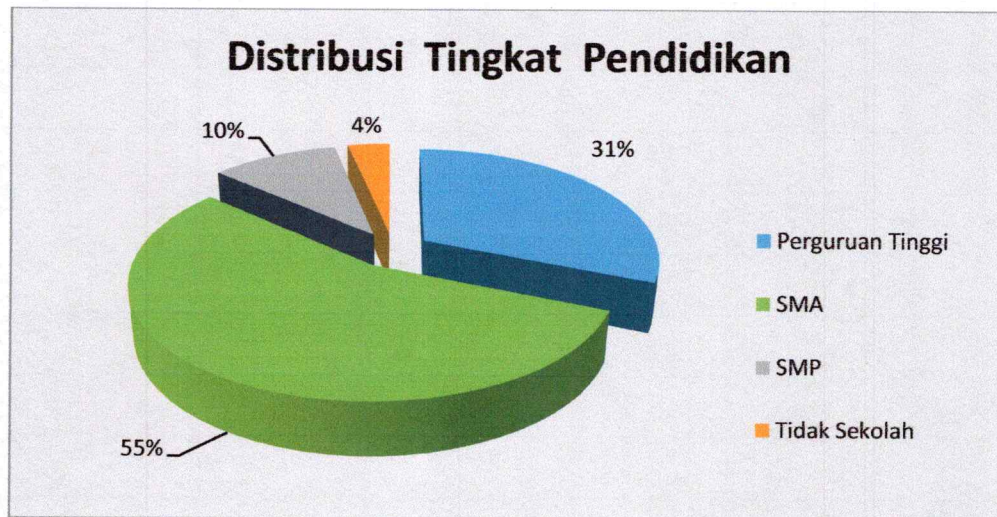
Analisa deskriptif (*univariat analysis*) dimaksudkan untuk menggambarkan distribusi frekuensi jawaban responden. Berdasarkan hasil observasi untuk memberikan gambaran secara umum mengenai kondisi pasien pre operatif anggota gerak yang menjadi responden, diperoleh informasi mengenai usia, pendidikan, dan jenis kelamin responden.

a. Deskriptif Umur Responden



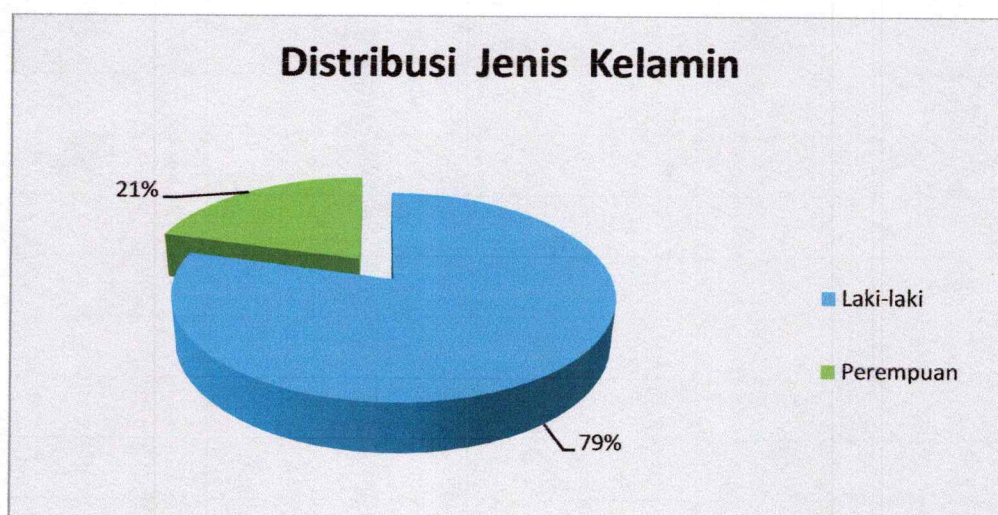
Gambar 4.1 Distribusi persentase klien pre operatif fraktur berdasarkan umur di ruang bedah RSUD Jayapura

Gambar diatas diketahui usia responden terbesar (52%) berusia 15–25 tahun, selanjutnya (21%) berusia 26–35 tahun, (17%) berusia 36–45 tahun, dan sisanya (10%) berusia antara 46-55 tahun.

b. Deskriptif Pendidikan Responden

Gambar 4.2 Distribusi frekuensi klien pre operatif fraktur berdasarkan tingkat pendidikan di ruang bedah RSUD Jayapura

Dari gambar diatas diketahui bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak (55%) adalah SLTA (SMA), (31%) adalah tingkat pendidikan Perguruan Tinggi, (10%) adalah tingkat pendidikan SLTP (SMP), dan (4%) adalah tidak sekolah.

c. Deskriptif Jenis Kelamin Responden

Gambar 4.3 Distribusi frekuensi klien pre operatif fraktur berdasarkan jenis kelamin di ruang bedah RSUD Jayapura.

Gambar tersebut diatas diketahui bahwa jenis kelamin terbanyak (79%) adalah laki-laki, dan (21%) adalah perempuan.

2. Deskriptif Tingkat Kecemasan Responden

Berdasarkan hasil jawaban responden tentang tingkat kecemasan pasien pre operatif fraktur tertutup pada anggota gerak, dapat dikelompokkan dalam beberapa kategori seperti yang terlihat pada pie chart sebagai berikut:



Gambar 4.6 Distribusi frekuensi klien pre operatif fraktur berdasarkan tingkat kecemasan di ruang bedah RSUD Jayapura.

Dari gambar diatas menunjukkan bahwa (90%) pasien mempunyai tingkat kecemasan ringan, (3%) mempunyai tingkat kecemasan sedang, sedangkan (7%) tidak mengalami kecemasan.

3. Tabulasi Silang (*Crosstab*)

Untuk mengetahui adanya hubungan antara umur, jenis kelamin, dan pendidikan responden dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif fraktur tertutup anggota gerak, maka perlu dibentuk tabulasi silang (*crosstabs*) yang dapat menggambarkan penyebaran data secara lebih terinci mengenai hal tersebut, sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Tabulasi silang hubungan umur dengan tingkat kecemasan

Umur	Tingkat Kecemasan							
	Ringan		Sedang		Tidak Cemas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15 - 25 Tahun	14	48.3	0	0.0	1	3.4	15	51.7
26 - 35 Tahun	5	17.2	1	3.4	0	0.0	6	20.7
36 - 45 Tahun	4	13.8	0	0.0	1	3.4	5	17.2
46 - 55 Tahun	3	10.3	0	0.0	0	0.0	3	10.3
Total	26	89.7	1	3.4	2	6.9	29	100

Dari hasil tabulasi silang (*crosstabs*) diatas diketahui bahwa dari 29 responden yang berumur 15-25 tahun, mempunyai 14 pasien (48.30%) dengan tingkat kecemasan ringan dan 1 pasien (3.40%) yang tidak mengalami kecemasan. Selanjutnya responden yang berumur 26-35 tahun mempunyai 5 pasien (17.20%) dengan tingkat kecemasan ringan dan 1 pasien (3.40%) dengan tingkat kecemasan sedang. Responden yang berumur 36-45 tahun mempunyai 4 pasien (13.80%)

dengan tingkat kecemasan ringan dan 1 pasien (3.40%) yang tidak mengalami kecemasan. Sedangkan responden yang berumur 46-55 tahun mempunyai 3 pasien (10.30%) dengan tingkat kecemasan ringan.

Tabel 4.2 Tabulasi silang hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan

Pendidikan	Tingkat Kecemasan							
	Ringan		Sedang		Tidak Cemas		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Perguruan Tinggi	9	31.0	0	0.0	0	0.0	9	31.0
SMA	14	48.3	1	3.4	1	3.4	16	55.2
SMP	2	6.9	0	0.0	1	3.4	3	10.3
Tidak sekolah	1	3.4	0	0.0	0	0.0	1	3.4
Total	26	89.7	1	3.4	2	6.9	29	100

Dari hasil tabulasi silang (*crosstabs*) diatas diketahui bahwa untuk tingkat pendidikan Perguruan Tinggi mempunyai 9 pasien (31%) dengan tingkat kecemasan ringan. Selanjutnya untuk tingkat pendidikan SLTA (SMA) mempunyai 14 pasien (14.30%) dengan tingkat kecemasan ringan, 1 pasien (3.40%) dengan tingkat kecemasan sedang, dan 1 pasien (3.40%) yang tidak mengalami kecemasan. Responden dengan tingkat pendidikan SLTP (SMP) mempunyai 2 pasien (6.90%) cemas ringan dan 1 pasien (3.40%) yang tidak mengalami kecemasan. Sedangkan responden yang tidak bersekolah mempunyai 1 pasien (3.40%) dengan tingkat kecemasan ringan.

B. PEMBAHASAN

1. Umur.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden terbanyak yang mengalami kecemasan yaitu kelompok umur 15-25 tahun sebesar (48,3%). Hubungan usia dengan kecemasan yaitu pada orang yang lebih tua kemampuan untuk mengerti dan mengontrol kecemasan berkembang sesuai dengan perkembangan usianya. Rentang umur tersebut merupakan umur yang cukup matang baik secara fisik maupun segi psikologi didalam tanggung jawab merawat diri. Seperti pendapat (Long, 2001) mengemukakan bahwa semakin tua seseorang maka semakin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi. Hal ini secara tidak langsung akan mempengaruhi terhadap tingkat kecemasan seseorang. Dalam usia yang cukup matang dari segi fisik, seorang diharapkan mempunyai status kesehatan yang optimal. Dari segi psikologi usia yang sudah matang diharapkan mampu menerima dan menyadari kondisinya yang harus dirawat dengan baik dan benar.

2. Pendidikan

Dari hasil penelitian menjelaskan bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak yang mengalami kecemasan adalah SMA yang berjumlah 14 responden (48,3%). Kaitan pendidikan dengan tingkat kecemasan yaitu pendidikan yang tinggi akan lebih mampu mengatasi dan menggunakan koping yang konstruktif dan efektif dari pada yang berpendidikan rendah. Kuncoroningrat dalam Nursalam (2001) mengemukakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi dalam hal menerima informasi sehingga pengetahuan yang didapat akan semakin

luas. Hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien. Oleh karena responden pada penelitian ini berlatarbelakang pendidikan yang tidak sama maka pola koping dan respon cemas yang dirasakan dalam menghadapi stressor juga tidak sama.

3. Tingkat Kecemasan Klien Pre Operatif Fraktur Anggota Gerak

Tingkat kecemasan yang dialami pasien post operasi di ruang Bedah RSUD Jayapura didapatkan hampir seluruhnya (90%) mengalami kecemasan ringan, 3% responden mengalami kecemasan sedang, dan 7% responden tidak mengalami kecemasan.

Kecemasan merupakan pengalaman individual yang bersifat emosional dan subyektif yang tidak dapat diobservasi secara langsung. Kecemasan adalah emosi tanpa obyek yang jelas. Biasanya kecemasan timbul tanpa diketahui dan akibat adanya pengalaman baru. Pasien yang cemas sering mengalami ketakutan atau perasaan tidak tenang (Rotrock, 1999). Berbagai bentuk ketakutan muncul seperti ketakutan akan hal yang tidak diketahui seperti terhadap pembedahan, anastesi, masa depan, keuangan dan tanggung jawab keluarga; ketakutan akan nyeri atau kematian atau ketakutan akan perubahan citra diri dan konsep diri (Lilis dan Taylor, 1997).

Pada pasien yang akan menjalani operasi (pembedahan) fraktur tertutup tentunya akan muncul rasa cemas atau takut terhadap rencana tindakan pembedahan tersebut, apalagi pembedahan tersebut merupakan pengalaman pertamanya. Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap responden untuk mengidentifikasi penyebab dari kecemasan pasien, menunjukkan bahwa beberapa factor

diantaranya adalah kurang adanya informasi tentang pentingnya tindakan pembedahan oleh petugas kesehatan, hubungan terapeutik yang kurang

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk memberikan pemahaman kepada pasien (masyarakat) yang kondusif tentang pentingnya kesehatan, lebih khusus pada pasien yang akan menjalani operasi fraktur tertutup. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar pasien (masyarakat) menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebagainya. Peran aktif dari petugas kesehatan baik melalui forum formal maupun informal sangat dibutuhkan dalam mengantisipasi dan memperbaiki persepsi dan sikap yang salah dimasyarakat melalui kegiatan-kegiatan penyuluhan baik secara langsung maupun tidak langsung (media massa).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden

a. Umur

Dari 29 responden pre operatif fraktur anggota gerak di ruang bedah RSUD Jayapura sebagian besar (52%) berumur 15-25 tahun.

b. Jenis kelamin

Dari 29 responden pre operatif fraktur anggota gerak di ruang bedah RSUD Jayapura sebagian besar (79%) dengan jenis kelamin laki-laki.

c. Pendidikan

Dari 29 responden pre operatif fraktur anggota gerak di ruang bedah RSUD Jayapura sebagian besar (55%) mempunyai tingkat pendidikan SMA.

2. Tingkat kecemasan responden

Tingkat kecemasan responden terhadap pre operatif fraktur tertutup anggota gerak tergolong ringan (90%), tingkat kecemasan sedang (3%), dan responden yang tidak mengalami kecemasan sebanyak (7%).

B. Saran

1. Bagi Pasien

Pasien perlu meningkatkan pengetahuan dengan cara menanyakan hal – hal yang berkaitan dengan proses pembedahan kepada petugas kesehatan yang nantinya diharapkan pasien mampu menetralsir tingkat kecemasan dan dapat melakukan perawatan mandiri.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Memberikan prosedur keperawatan berupa informasi yang jelas dan benar sehingga klien mengerti mengapa dilakukan operasi. Dengan informasi yang jelas, benar dan dimengerti maka diharapkan menurunkan tingkat kecemasan pada klien post operasi.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini bisa dijadikan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengadakan penelitian ulang dan pengambilan sampel yang lebih besar dan dapat melakukan penelitian dengan cara menghubungkan faktor-faktor lain yang terkait terhadap tingkat nyeri dan cemas pada pasien post operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Zaidin, SKM, MM 2002. *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional* Edisi I, Jakarta: Widya Medika.
- Arikunto, S. 2001. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chitty. 1997. *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Djarwanto, PS. (2000). *Pokok-pokok Metode Riset dan Bimbingan Teknis Penulisan Skripsi*. Yogyakarta: Liberty.
- Nursalam & Siti Pariani, 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Nursalam, 2002. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (1997). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Scaffier, Ct a!, 2000. *Pencegahan Infeksi Dan Praktek Yang Aman*. Jakarta: EGC.
- Stevens, P. J. M. (1999). *Ilmu Keperawatan Jilid I*. Jakarta: EGC.
- Stevens, P. J. M. (2000). *Ilmu Keperawatan Jilid II*. Jakarta: EGC.
- Stuart & Sundeen. 1988. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Suliswati, dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Warter. R Wilson, 2001. *Diagnosa and Treatment in Infeksius Disease*. EGC: Jakarta.
- Weinsten Sharon M, 2001. *Terapi Intravena* Edisi I, Jakarta: EGC.
- Wolf, Lu Verne et al. (1999). *Dasar-dasar Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Gunung Agung.

Lampiran I

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Calon responden penelitian
Di Ruang Bedah RSUD Jayapura

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswi Program Studi
DIV Keperawatan Mahir Medikal Bedah:

Nama : Libora Manurung

NIM : PO.71.20.1.12.169

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Gambaran Kecemasan
Klien Pre Operatif Fraktur Anggota Gerak di Ruang Bedah Rumah Sakit
Umum Daerah Jayapura”**

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden.
Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya dipergunakan untuk
kepentingan penelitian dalam usaha mengembangkan ilmu pengetahuan
khususnya bidang kesehatan.

Demikian surat permohonan ini, atas perhatian dan kerjasama kami
ucapkan terima kasih.

Hormat saya

(Libora Manurung)

LAMPIRAN 2

No. Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawahini, menyatakan **bersedia** untuk menjadi responden penelitian mahasiswa Progam Studi DIV Keperawatan Mahir Medical Bedahyang berjudul "*Gambaran tingkat kecemasan pre operasi pasien dengan fraktur di RSUD Jayapura*"

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif dan data-data mengenai saya dalam penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data-data.

Demikian, secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Jayapura, Februari 2013

Tanda tangan responden

(Tanpa Nama)

Lampiran III

KUESIONER

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PRE OPERASI PASIEN
DENGAN FRAKTUR DI RSUD JAYAPURA**

Petunjuk: isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah tersedia.

A. Karakteristik Responden

1. Usia responden

- ☐ 1. 15-25 tahun
- ☐ 2. 26-35 tahun
- ☐ 3. 36-45 tahun
- ☐ 4. 46-55 tahun

2. Jenis Kelamin

- ☐ 1. Laki-laki
- ☐ 2. Perempuan

3. Pendidikan

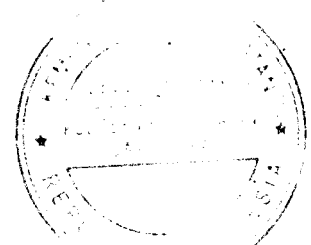
- ☐ 1. Tidak sekolah tidak tamat SD
- ☐ 2. SD
- ☐ 3. SMP/SMA
- ☐ 4. Akademi/PT

B. Kecemasan

Instrument tingkat kecemasan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yaitu mengukur aspek kognitif dan afektif yang meliputi :

1) Perasaan cemas ditandai dengan:

- ☐ Firasat buruk
- ☐ Takut akan pikiran sendiri
- ☐ Mudah tersinggung



2) Ketegangan yang ditandai oleh:

- ☐ Merasa tegang
- ☐ Lesu
- ☐ Tidak dapat istirahat dengan nyenyak
- ☐ Mudah terkejut
- ☐ Mudah menangis
- ☐ Gemetar
- ☐ Gelisah

3) Ketakutan ditandai oleh:

- ☐ Ketakutan pada gelap
- ☐ Ketakutan ditinggal sendiri
- ☐ Ketakutan pada orang asing
- ☐ Ketakutan pada binatang besar
- ☐ Ketakutan pada keramaian lalu lintas
- ☐ Ketakutan pada kerumunan banyak orang

4) Gangguan tidur ditandai oleh:

- ☐ Sukar memulai tidur
- ☐ Terbangun malam hari
- ☐ Tidak pulas
- ☐ Mimpi buruk
- ☐ Mimpi yang menakutkan

5) Gangguan kecerdasan ditandai oleh:

- ☐ Sukar konsentrasi
- ☐ Daya ingat buruk
- ☐ Sering bingung

6) Perasaan depresi ditandai dengan:

- ☐ Kehilangan minat
- ☐ Sedih
- ☐ Bangun dini hari
- ☐ Berkurangnya kesukaan pada hobi
- ☐ Perasaan berubah sepanjang hari

7) Gejala somatic (otot-otot) ditandai dengan:

- ☐ Nyeri pada otot
- ☐ Kaku
- ☐ Kedutan otot
- ☐ Gigi gemeretak
- ☐ Suara tidak stabil

8) Gejala sensorik ditandai dengan:

- ☐ Telinga berdengung
- ☐ Pandangan kabur
- ☐ Muka merah dan pucat
- ☐ Merasa lemah
- ☐ Perasaan ditusuk-tusuk

9) Gejala kardiovaskuler ditandai oleh:

- ☐ Denyut nadi cepat
- ☐ Berdebar-debar
- ☐ Nyeri dada
- ☐ Denyut nadi mengeras
- ☐ Rasa lemah seperti mau pingsan
- ☐ Detak jantung hilang sekejap

10) Gejala pernafasan ditandai oleh:

- ☐ Rasa tertekan atau sempit di dada
- ☐ Perasaan tercekik
- ☐ Merasa nafas pendek atau sesak
- ☐ Sering menarik nafas panjang

11) Gejala gastrointestinal di tandai oleh:

- ☐ Sulit menelan
- ☐ Mual muntah
- ☐ Berat badan menurun
- ☐ Konstipasi/sulit buang air besar
- ☐ Perut melilit

- ☐ Gangguan pencernaan
- ☐ Rasa panas di perut
- ☐ Nyeri lambung sebelum/sesudah makan
- ☐ Perut terasa kembung dan penuh

12) Gejala urogenital ditandai oleh:

- ☐ Sering kencing
- ☐ Tidak dapat menahan kencing
- ☐ Menstruasi tidak teratur
- ☐ Frigiditas

13) Gejala otonom/vegetative ditandai oleh:

- ☐ Mulut kering
- ☐ Muka kering
- ☐ Mudah berkeringat
- ☐ Pusing/sakit kepala
- ☐ Bulu roma berdiri

14) Perilaku sewaktu wawancara, ditandai oleh:

- ☐ Gelisah
- ☐ Tidak tenang
- ☐ Mengerutkan dahi muka tegang
- ☐ Nafas pendek dan cepat
- ☐ Muka merah

Lampiran : Rekapitulasi Data Hasil Penelitian

No Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Kecemasan Pasien Pre Operatif Fraktur Tertutup Anggota Gerak														Kategori	Kode
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	2	Laki-laki	SMA	2	2	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	16	Cemas Ringan	2
2	3	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	15	Cemas Ringan	2
3	3	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
4	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
5	3	Perempuan	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
6	2	Laki-laki	SMA	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	16	Cemas Ringan	2
7	1	Laki-laki	SMP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	Tidak Cemas	1
8	4	Laki-laki	Tdk Sekolah	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
9	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
10	4	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
11	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
12	2	Laki-laki	SMP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
13	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
14	4	Perempuan	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
15	2	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
16	3	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	15	Cemas Ringan	2
17	1	Laki-laki	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
18	2	Laki-laki	SMA	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	23	Cemas Sedang	3
19	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
20	1	Perempuan	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
21	3	Perempuan	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	Tidak Cemas	1
22	1	Laki-laki	SMP	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Cemas Ringan	2
23	1	Laki-laki	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
24	1	Perempuan	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
25	1	Perempuan	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
26	1	Laki-laki	SMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
27	1	Laki-laki	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
28	2	Laki-laki	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2
29	1	Laki-laki	P. Tinggi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Cemas Ringan	2

Frequencies

[DataSet1] D:\Bu Libora\Data editor.sav

Statistics					
		Usia	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Tingkat Kecemasan
N	Valid	29	29	29	29
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

Usia				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	51.7	51.7
	2	6	20.7	72.4
	3	5	17.2	89.7
	4	3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	

Jenis Kelamin				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	L	23	79.3	79.3
	P	6	20.7	100.0
	Total	29	100.0	

Tingkat Pendidikan				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	9	31.0	31.0
	SMA	16	55.2	86.2
	SMP	3	10.3	96.6
	TS	1	3.4	100.0
	Total	29	100.0	

Tingkat Kecemasan				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	CR	26	89.7	89.7
	CS	1	3.4	93.1

Tingkat Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TC	2	6.9	6.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

CROSSTABS

/TABLES=UR BY TK

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

[DataSet1] D:\Bu Libora\Data editor.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Tingkat Kecemasan	29	100.0%	0	.0%	29	100.0%

Usia * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

Count

		Tingkat Kecemasan			Total
		CR	CS	TC	
Usia	1	14	0	1	15
	2	5	1	0	6
	3	4	0	1	5
	4	3	0	0	3
Total		26	1	2	29

CROSSTABS

/TABLES=PR BY TK

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

[DataSet1] D:\Bu Libora\Data editor.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Tingkat Kecemasan	29	100.0%	0	.0%	29	100.0%

Tingkat Pendidikan * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

Count

		Tingkat Kecemasan			Total
		CR	CS	TC	
Tingkat Pendidikan	PT	9	0	0	9
	SMA	14	1	1	16
	SMP	2	0	1	3
	TS	1	0	0	1
Total		26	1	2	29