

# SKRIPSI

## ANALISA HUBUNGAN TERAPEUTIK PERAWAT-PASIE DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI DI RUANG IRNA BEDAH RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh:

**DJULIANUS TES MAU**  
**NIM 010030165 B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**

**2002**

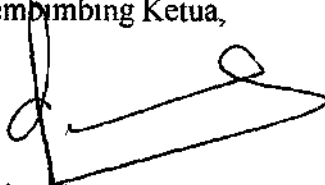
**PERSETUJUAN**

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada  
ujian sidang skripsi

Menyetujui,

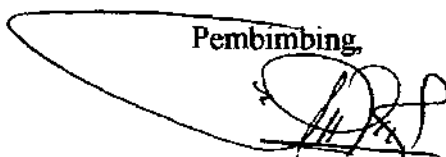
Surabaya 21 Mei 2002

Pembimbing Ketua,



Dr. Suharto, dr, MSc, DTMH, SpPD-KTI  
NIP : 130 517 170

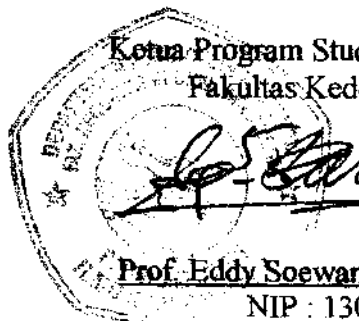
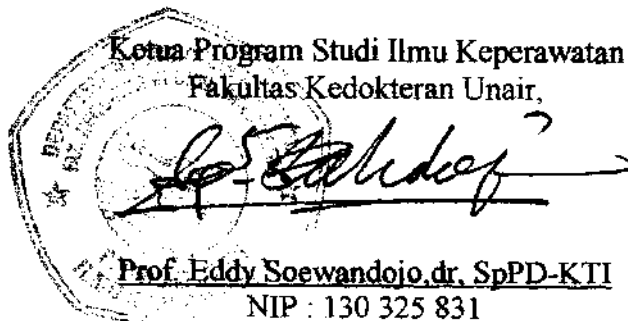
Pembimbing,



Joni Haryanto, S.Kp  
NIP : 140 251 745

Mengetahui :

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Unair,



Prof. Eddy Soewandojo, dr, SpPD-KTI  
NIP : 130 325 831

**LEMBARAN PENGESAHAN**

Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Ujian Sidang  
Skripsi pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga Surabaya

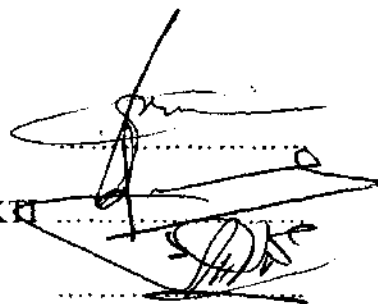
Pada Tanggal, 30 Mei 2002

Tim Penguji :

Ketua : Nursalam, M. Nurs (Hons)

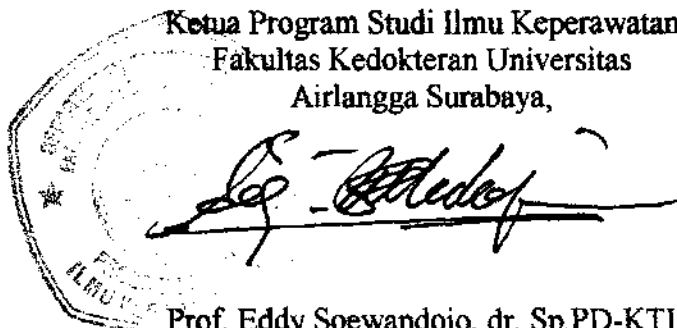
Anggota : 1. Dr. Suharto, dr, MSc, DTMH, Sp.PD-KTI

2. Joni Haryanto, S.Kp



Mengetahui :

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga Surabaya,



Prof. Eddy Soewandojo, dr, Sp.PD-KTI

NIP : 130 325 831

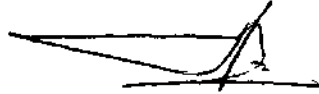
**MOTTO**

*“Usaha, niat dan doa yang tulus membuahkan kesuksesan dan keberhasilan  
dimana  
Kesuksesan dan keberhasilan adalah Suatu Kebanggaan dan Anugerah”*

**Djulianus Tes Mau**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.



Djulianus Tes Mau

## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Baik karena atas Berkat dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “ **ANALISA HUBUNGAN TERAPEUTIK PERAWAT-PASIEN DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI DI IRNA BEDAH RSUD DR.SOETOMO SURABAYA**”.

Skripsi ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini yaitu:

1. Prof. Dr. H.M.M.S Wiyadi.dr.,Sp. THT., Selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr.,Sp PD-KTI, selaku koordinator Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
3. Dr. H. Abdus Sjukur, Sp.B, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
4. Dr. Soeharto, dr., MSc.,DTMH., Sp PD-KTI, selaku pembimbing utama yang telah mengarahkan dan membimbing skripsi penulis
5. Joni Haryanto, S.Kp, selaku pembimbing II yang telah memberikan dorongan dan membimbing penulis menyelesaikan skripsi ini

6. Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian pada Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
7. dr. R. E. P Lamanepa, MPH, selaku kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur yang turut memberikan dukungan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
8. Drs. Marsellus Bere, selaku Bupati Belu yang telah turut serta memberikan dukungan bagi penulis untuk dapat mengikuti pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
9. Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Belu yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan studi pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
10. Pasien yang telah bersedia dijadikan responden dalam penelitian ini
11. Istri dan Anak tercinta serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan baik secara materiil maupun spiritual kepada penulis selama mengikuti pendidikan
12. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi penulis khususnya dan para pembaca umumnya.

Surabaya, Mei 2002

Penulis,

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Lembaran Pengesahan .....	iii
Motto .....	iv
Surat Pernyataan .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
Abstrak .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Relevansi .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Hubungan Terapeutik.....	7
2.2 Komunikasi Interpersonal .....	15
2.3 Persiapan Tindakan Operasi.....	18
2.4 Kecemasan .....	20
2.5 Kerangka Konsep .....	25
2.6 Hipotesis .....	27
<b>BAB 3 METODELOGI PENELITIAN.....</b>	<b>28</b>
3.1 Disain Penelitian .....	28
3.2 Kerangka Operasional Penelitian .....	28
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	29



3.4 Populasi, Sampel dan Sampling Penelitian .....	30
3.5 Variabel penelitian, Definisi operasional .....	33
3.6 Teknik pengumpulan dan Pengolahan Data .....	35
3.7 Masalah Etika .....	37
3.8 Keterbatasan .....	38
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	40
4.1 Hasil Penelitian .....	40
4.2 Pembahasan .....	49
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....	54
5.1 Kesimpulan .....	54
5.2 Saran .....	54
DAFTAR PUSTAKA .....	56
LAMPIRAN .....	58
1. Halminton Anxiety Rating Scale.....	58
2. Surat Ijin Penelitian .....	62
3. Format pernyataan menjadi responden .....	63
4. Surat persetujuan menjadi responden .....	64
5. Format pengumpulan data .....	65
6. Surat keterangan telah melakukan penelitian .....	72
7. Uji statistik .....	73

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka konsep .....	26
Gambar 2 Kerangka operasional penelitian .....	29
Gambar 3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin .....	43
Gambar 4 Distribusi responden berdasarkan umur .....	44
Gambar 5 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan .....	44
Gambar 6 Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan .....	45

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 3.1	Variabel penelitian, definisi operasional, pengukuran variable..... 33
Tabel 4.1	Jumlah dokter Spesialis dan PPDS I di IRNA Bedah ..... 41
Tabel 4.2	Jumlah karyawan dan tempat tidur di IRNA Bedah ..... 42
Tabel 4.3	Data pasien di ruangan Bedah I, B, E RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Januari- Maret 2002 ..... 43
Tabel 4.4	Dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien..... 45
Tabel 4.5	Dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien... 46
Tabel 4.6	Tingkat kecemasan pasien pre operasi ..... 46
Tabel 4.7	Hubungan dimensi respon dan tingkat kecemasan..... 47
Tabel 4.8	Hubungan dimensi respon dan tingkat kecemasan ..... 48

**LAMPIRAN**

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1	Halminton Anxiety Rating Scale ..... 58
Lampiran 2	Surat ijin penelitian ..... 62
Lampiran 3	Formulir pernyataan menjadi responden ..... 63
Lampiran 4	Lembaran persetujuan pasien menjadi responden ..... 64
Lampiran 5	Format pengumpulan data ..... 65
Lampiran 6	Surat keterangan telah melakukan penelitian ..... 72
Lampiran 6	Hasil uji statistik ..... 73

## ABSTRACT

This research is purposed to identify the relationship between response dimensions with action dimensions in a nurse-patient therapeutic relationship and to identify, which one is more dominant between response dimension and action dimension in a nurse-patient therapeutic relationship to the level of anxiety of pra operation patient at IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

The design of research is cross sectional that have an analytic characteristic where is done in an observation manner or the measurement of temporary variable. This research is held at April 18 – May 11 in year 2002, the number of the sample is 31 respondent who are fill inclusion condition that is patient who have been prepared effectively, to be done operation action, not experiencing reality orientation disturb ion, patiens who are not experiencing physical defect, in age between 20-55 years old and have background of education minimal in junior high school, they also to be ready for being respondent. Data collection is done with using interview and questioner and then it is analyzed to get a result. To identify relationship between variables so we use logistic regression statistic test with level of significant  $p < 0,05$ .

The result of the research indicate that good response dimension is 74,2% and average response dimension 25,8 % and less response dimension is 0% whereas good action dimension is 64,5% and average action dimension 35,5 % and less action dimension is 0% ; light anxiety level is 61,3% and average anxiety level 38,7% and then for heavy anxiety level until panic is 0%. Based on logistic regression test indicate that there is a significant relationship between response dimension with the level of anxiety at level of significant 0,049 ( $p < 0,05$ ). Whereas action dimension also indicate that it has significant relationship with the level of anxiety of pra operation patient at level of significant 0,011 ( $p = 0,05$ ).

It is suggested to increase comprehension as effective as possible in application of nurse-patient therapeutic relationship in order to perform nursery, especially at pra operation patient and also it is necessary to be more developed in next research for the improvement of nursery knowledge and technology in the future.

**Key Word :** Therapeutic relationship, response dimension, action dimension, anxiety level.

## **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Selama beberapa dekade terakhir, keperawatan telah mengalami perubahan-perubahan yang mengagumkan, terutama melalui munculnya gerakan reformasi profesional pada tahun 1970-an yang disebut keperawatan baru. Salvage (1992) dikutip oleh (Ellis, 1999:134), mengatakan unsur sentral dari ideologi keperawatan baru adalah hubungan antara perawat dengan pasien. Fokus perawatan beralih dari pendekatan yang berorientasi medis penyakit ke model yang berfokus pada orang dan bersifat pribadi. Dalam konteks yang sama, peran pengasuhan dari perawat tidak lagi berpusat pada fungsi-fungsi biologis pasien tetapi telah meluas ke aspek-aspek psiko-sosial individu. Pasien menjadi mitra penuh perawat didalam perawatan, pasien dilibatkan sepenuhnya dalam proses pembuatan keputusan yang berkaitan kondisi fisik maupun psikologis pasien, khususnya pada pasien yang akan menjalani suatu tindakan pembedahan.

Hubungan terapeutik perawat-pasien merupakan hubungan kerja sama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan erat yang terapeutik (Stuart dan Sundeen, 1987: 103). Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan pasien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah. Perawat memberikan umpan balik dan alternatif pemecahan untuk mengenali respon atau reaksi tubuh dan perubahan-perubahan yang timbul akibat tindakan pembedahan seperti :

respon fisiologis berupa palpitasi, keringat dingin pada telapak tangan, tekanan darah, respirasi, peristaltik meningkat dan respon psikologis dapat berupa gugup, tegang, serta tidak enak, dan mudah terkejut (Long, 1996: 5). Hal demikian apabila tidak mendapat perhatian dari seorang perawat, maka pasien akan jatuh kedalam keadaan kritis yang dapat memperberat keadaan pasien.

Proses hubungan terapeutik lebih lanjut menekankan pada upaya membantu mempercepat penyembuhan pasien serta memberi umpan balik dan alternatif pemecahan masalah secara konstruktif. Dalam konteks hubungan perawat-pasien, selalu diawali dengan kontrak dan kesepakatan bersama, antara perawat dengan pasien (Priharjo, 1995: 59). Kesepakatan ini menjadi parameter dalam menentukan setiap tindakan. Perawat mempunyai dorongan serta hasrat untuk saling berinteraksi dengan pasien agar terjadi hubungan yang saling mempengaruhi. Menurut Ley dikutip (Smet, 1994: 243) mengatakan 35-40 % pasien sering tidak puas dengan kualitas dan jumlah informasi yang pasien terima dari tenaga kesehatan, serta kurangnya komunikasi antara staf rumah sakit dengan pasien merupakan salah satu alasan keluhan umum pasien di rumah sakit, dan perawat jarang melakukan komunikasi interpersonal dengan pasien. Dikemukakan oleh (Ellis, 1999: 91) disebabkan oleh (1) kurangnya kesadaran diri perawat, (2) kurangnya pelatihan ketrampilan interpersonal yang sistematis, (3) kurangnya kerangka konseptual dan, (4) kurangnya kejelasan tujuan. Peplau (1983) dikutip (Ellis, 1999: 90) mengatakan bahwa keperawatan pada intinya adalah sebuah proses interpersonal. Maka ketidakmampuan perawat dalam menerapkan



hubungan yang terapeutik akan berdampak negatif, bagi pasien baik sebelum maupun sesudah menjalani tindakan operasi.

Perawat yang kompeten harus menjadi komunikator yang efektif bagi seorang pasien, demi meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi operasi. Menurut Jonston (1980) dikutip oleh (Abraham, 1997: 103) dinyatakan bahwa pasien yang akan menjalani tindakan operasi dapat mengalami kecemasan luar biasa selama berhari-hari sebelum dan sesudah menjalani operasi dan merasa kuatir, serta akan dapat meningkatkan kecemasan pasien. Wienman dan Jonston (1988) dikutip (Abraham, 1997: 103) menyatakan bahwa pasien dalam keadaan cemas, lebih mengalami sensasi jasmaniah dan tanda-tanda terancam dan bila kecemasan berlanjut dapat mempengaruhi status kesehatan serta dapat mengubah prosedur diagnosa yang telah ditentukan.

Dengan demikian dimensi respon dan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien sangat diperlukan. Perawat memberikan umpan balik dan alternatif koping yang konstruktif akibat adanya stressor yang mungkin terjadi, agar dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi suatu tindakan operasi sehingga kecemasan yang mungkin timbul dapat diatasi.

Dari pemikiran dan fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Analisa Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien Dan Tingkat Kecemasan Pasien, khususnya pada pasien sebelum dilakukan operasi di ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah penelitian mengandung unsur :

### **1.2.1 Pernyataan Masalah**

Adanya ketidakmampuan perawat dalam menerapkan hubungan terapeutik perawat-pasien akan berdampak negatif bagi pasien baik sebelum dan sesudah menjalani tindakan pembedahan. Kecemasan yang timbul sebelum menjalani tindakan pembedahan merupakan suatu hal yang dapat mengubah prosedur tindakan operasi yang telah direncanakan. Untuk dapat mengurangi kecemasan tersebut dimensi respon dan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien perlu ditingkatkan agar kepercayaan diri pasien meningkat, dan pada akhirnya pasien dapat menjalani tindakan pembedahan sesuai rencana.

### **1.2.2 Pertanyaan Masalah**

Sebagai pedoman dan arahan dalam penelitian ini, maka pertanyaan masalah penelitian adalah sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan antara dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pre operasi ?
2. Apakah ada hubungan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi ?
3. Manakah yang lebih dominan dimensi respon atau dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi ?

### **1.3 Tujuan penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum:**

Untuk mempelajari sejauh mana hubungan terapeutik perawat-pasien dilihat dari dimensi respon dan dimensi tindakan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi.

#### **1.3.2 Tujuan khusus :**

1. Mengidentifikasi dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien.
2. Mengidentifikasi dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien.
3. Mengidentifikasi hubungan antara dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.
4. Mengidentifikasi hubungan antara dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

### **1.4 Manfaat penelitian**

Adapun manfaat penelitian adalah :

#### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

1. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya penerapan seefektif mungkin hubungan terapeutik perawat-pasien terhadap pasien pre operasi di ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Dapat meningkatkan kualitas insan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan, khususnya dalam penerapan hubungan terapeutik yang baik.

3. Memberikan informasi kepada pihak rumah sakit tentang pentingnya komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### **1.4.2 Bagi perawat**

1. Menambah pengetahuan insan perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan.
2. Menyadarkan perawat tentang pentingnya hubungan terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien secara umum.

#### **1.4.3 Bagi pasien**

1. Pasien mendapat pelayanan keperawatan yang lebih baik dan berkualitas.
2. Agar lebih merasa nyaman selama dalam perawatan dirumah sakit.

### **1.5 Relevansi**

Hubungan terapeutik perawat-pasien dapat meningkatkan rasa kepercayaan diri pasien, sehingga kecemasan yang mungkin timbul dapat diatasi. Pada dasarnya persiapan tindakan operasi, sangat penting untuk memperkecil resiko operasi karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan pasien dan persiapan operasi. Oleh sebab itu peran perawat sangat penting dalam menerapkan hubungan terapeutik yang mempunyai tujuan spesifik, harapan, dan berfokus pada perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam tinjauan teoritis ini akan dibahas tentang konsep dasar hubungan terapeutik, komunikasi *interpersonal*, persiapan tindakan operasi dan kecemasan.

#### **2.1. Konsep Hubungan terapeutik**

##### **2.1.1 Pengertian**

Hubungan terapeutik adalah kemampuan seseorang melakukan suatu interaksi atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan (Stuart dan Sundeen, 1987: 103). Hubungan terapeutik perawat-pasien adalah pengalaman belajar bersama dan pengalaman untuk memperbaiki emosi pasien. Dalam hubungan ini perawat memakai diri sendiri dan teknik pendekatan yang khusus dalam bekerja dengan pasien untuk memberikan pengertian dan merubah perilaku pasien.

##### **2.1.2. Tujuan Hubungan Terapeutik**

Hubungan terapeutik perawat-pasien bertujuan untuk perkembangan pasien (Stuart dan Sundeen, 1998: 13) yaitu :

1. Kesadaran diri, penerimaan diri, dan penghargaan diri yang meningkat.
2. Pengertian yang jelas tentang identitas diri dan integritas diri .
3. Kemampuan untuk membina hubungan erat, *interdependen*, pribadi dengan kecakapan menerima dan memberi kasih sayang.

4. Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memenuhi dan mencapai tujuan pribadi yang realitas.

### **2.1.3 Tahapan Hubungan Terapeutik**

Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai tingkat perkembangan pasien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu memecahkan masalah. Tahapan hubungan terapeutik ini dibagi dalam empat tahapan atau fase yaitu pra interaksi, orientasi atau perkenalan, kerja, dan terminasi.

#### **2.1.3.1 Pra interaksi**

Pra interaksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengeksplorasi perasaan, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan pasien dapat dipertanggung jawabkan. Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna agar lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang *konstruktif* dengan orang lain dan berpegang pada kenyataan dalam menolong pasien (Stuart dan Sundeen, 1987: 105). Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang pasien dan menentukan kontak pertama.

#### **2.1.3.2 Perkenalan atau Orientasi**

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat-pasien. Dalam memulai hubungan, tugas utama

adalah membina rasa percaya, penerimaan, dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan pasien. Stuart dan Sundeen (1987) dikutip (Keliat, 1992: 12) mengatakan elemen-elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas pada pasien sehingga kerja sama perawat-pasien dapat optimal. Diharapkan pasien berperan serta secara penuh dalam kontrak. Perawat dan pasien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Pasien yang mempunyai pengalaman hubungan *interpersonal* yang menyakitkan akan sulit menerima dan terbuka pada perawat. Pada tahap ini tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan pasien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama pasien.

### 2.1.3.3 Kerja

Pada fase ini, perawat dan pasien mengungkapkan *stressor* yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan pasien. Perawat membantu pasien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri, dan mengembangkan mekanisme *coping* yang *konstruktif*. Perubahan perilaku *maladaptif* menjadi *adaptif* merupakan fokus fase ini.

### 2.1.3.4 Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan erat yang terapeutik sudah terjalin dan berada pada tingkat yang optimal. Perawat dan pasien, akan merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit



tertentu atau pasien akan pulang. Perawat dan pasien bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Proses terminasi yang sehat akan memberi pengalaman positif dalam membantu pasien mengembangkan coping untuk perpisahan. Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin dipersepsikan pasien sebagai penolakan, atau dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubungan karena pasien masih memerlukan bantuan perawat (Keliat, 1992: 14).

#### **2.1.4 Komponen Hubungan Terapeutik**

Komponen-komponen hubungan terapeutik perawat dengan pasien terdiri dari empat komponen :

##### **2.1.4.1 Kualitas *personal*/pribadi perawat**

Fokus analisa diri perawat adalah kesadaran diri, klarifikasi nilai, pengungkapan perasaan, dan rasa tanggung jawab (Stuart & Sundeen, 1998: 15).

**Kesadaran diri perawat**, merupakan kemampuan seseorang untuk memahami diri sendiri baik perilaku, perasaan maupun pikirannya sendiri. Pemahaman dan penerimaan diri akan membuat perawat menghargai perbedaan dan keunikan yang dimiliki pasien. Menurut Stuart dan Sundeen (1987) yang dikutip (Keliat, 1992: 5), kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara: 1) Mempelajari diri sendiri meliputi proses pengungkapan diri, pikiran, perasaan, perilaku, termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan *interpersonal* dan kebutuhan pribadi, 2) Belajar dari orang lain, merupakan suatu kesediaan dan keterbukaan menerima umpan balik dari orang lain 3) Membuka diri merupakan

salah satu kriteria kepribadian yang sehat. Kesadaran diri dapat ditingkatkan agar penguasaan diri secara terapeutik dapat lebih efektif.

**Klarifikasi nilai;** Menurut Covey (1997) yang dikutip (Nurjannah, 2001: 23), mengatakan bahwa dalam klarifikasi nilai seseorang menemukan nilai-nilainya sendiri dengan mengkaji, mengungkapkan dan menentukan nilai-nilai pribadi serta bagaimana nilai-nilai tersebut digunakan sebagai acuan dalam mengambil keputusan. Hal ini perlu dilakukan karena nilai itu bermacam-macam, dari sinilah seorang yang *proaktif* mendasarkan pemilihan responnya, pilihan tersebut merupakan hasil dari pertimbangan yang matang berdasarkan nilai bukan emosi sesaat. Perawat sebaiknya mempunyai sumber kepuasan dan rasa aman yang cukup, sehingga tidak menggunakan pasien untuk kepuasan dan keamannya.

**Pengungkapan perasaan;** disini dilakukan terhadap hubungan seseorang dengan lingkungan luar atau interaksinya dengan orang lain. Perawat perlu terbuka dan sadar terhadap perasaannya, dan mengontrol agar dapat menggunakan diri secara terapeutik. Jika perawat terbuka pada perasaannya akan mendapatkan bagaimana informasi tentang respon dan penampilan pada pasien.

**Etik dan tanggung jawab;** perawat mempunyai kode etik dan tanggung jawab tertentu yang menggambarkan nilai-nilai yang terdapat dalam hubungan perawat dengan pasien. Dengan demikian perawat perlu memahami kode etik keperawatan dan menggunakan kode etik dalam melaksanakan tugas.

#### **2.1.4.2 Fasilitasi Komunikasi**

Komunikasi pada dasarnya dapat menjadi suatu alat untuk memfasilitasi dan tanpa komunikasi tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik antara perawat-pasien. Menurut Wilson dan Kneisi (1983) yang dikutip (Nurjannah, 2001: 33), menyatakan bahwa fasilitasi komunikasi bertujuan untuk memulai, membangun dan membina keterlibatan dan hubungan saling percaya, antara perawat dan pasien. Dalam berkomunikasi faktor yang perlu diperhatikan agar hubungan dapat berlangsung secara efektif diperlukan suatu pengenalan kesadaran diri sendiri dan mengenal orang lain dengan demikian tujuan komunikasi dapat tercapai. Dalam proses komunikasi ada beberapa faktor yang mempengaruhi, sehingga komunikasi yang dibangun tidak dapat berlangsung secara efektif, antara lain :

- 1) perkembangan,
- 2) persepsi,
- 3) nilai atau standar,
- 4) latar belakang sosial budaya,
- 5) emosi,
- 6) jenis kelamin,
- 7) pengetahuan,
- 8) peran dan hubungan,
- 9) lingkungan, dan
- 10) jarak.

#### **2.1.4.3 Dimensi respon**

Menurut Stuart and Sundeen (1987) dikutip (Keliat, 1992: 18), dinyatakan bahwa dimensi respon merupakan kepedulian dan kepekaan seseorang untuk menempatkan diri dan memahami perilaku yang menunjukkan perhatian terhadap diri sendiri dan orang lain. Dimensi respon sangat penting pada awal berhubungan dengan pasien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Dimensi respon terdiri dari respon perawat yang ikhlas, menghargai, empati dan konkrit.

**Keikhlasan;** perawat menyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan, dan berperan aktif dalam berhubungan dengan pasien. Corey (1986) dikutip (Ellis, 1999: 191), perawat berespon dengan tulus, tidak berpura-pura, mengungkapkan perasaan yang sebenarnya dan spontan.

**Menghargai;** perawat menerima pasien apa adanya. Sikap perawat tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak mengejek, atau tidak menghina. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui duduk diam bersama pasien yang menangis, minta maaf pada hal yang tidak disenangi pasien.

**Empati;** merupakan kemampuan masuk dalam kehidupan pasien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya (Keliat, 1992: 19). Menurut Ellis (1999: 189) mengungkapkan bahwa empati melibatkan unsur sikap sekaligus perilaku. Perawat memasuki dunia pasien melalui perilaku, memperhatikan, mengamati, mendengarkan dan kemudian menyampaikan pemahaman tersebut melalui ketrampilan berespon. Perawat memandang melalui pandangan pasien, merasakan melalui perasaan pasien dan kemudian mengidentifikasi masalah pasien, serta membantu pasien mengatasi masalah tersebut.

**Konkrit;** Perawat harus dapat menghindari keraguan dan ketidakjelasan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan: 1) mempertahankan respon perawat terhadap pasien, 2) memberikan penjelasan yang akurat, 3) mendorong pasien memikirkan masalahnya.

#### 2.1.4.4 Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respon. Tindakan yang dilaksanakan harus dalam konteks kehangatan dan pengertian serta

berorientasi pada kebutuhan dasar manusia. Stuart dan Sundeen (1987) dikutip (Keliat, 1992: 20) menyatakan bahwa dimensi tindakan terdiri dari *konfrontasi*, *kesegeraan*, *emosional catharsis*.

**Konfrontasi;** konfrontasi merupakan ekspresi perasaan perawat tentang perilaku pasien yang tidak sesuai. Carkhoff (1988), dikutip (Keliat, 1992: 20), mengidentifikasi ada tiga kategori yaitu: 1) Ketidaksesuaian antara konsep tentang diri pasien dan ideal diri pasien, 2) Ketidaksesuaian antara *ekspresi* non verbal dan perilaku pasien, 3) Ketidaksesuaian antara pengalaman pasien dan perawat. Sebelum melakukan *konfrontasi*, perawat perlu mengkaji tingkat hubungan saling percaya, waktu yang tepat, tingkat kecemasan pasien, dan kekuatan *coping* pasien. *Konfrontasi* ini berguna untuk meningkatkan kesadaran pasien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku yang dilakukan secara *asertif*.

**Kesegeraan;** kesegeraan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-pasien saat ini. Perawat *sensitif* terhadap perasaan dan berkeinginan membantu pasien dengan segera.

**Keterbukaan perawat;** perawat memberikan informasi tentang dirinya, idealnya, perasaannya, sikap dan nilainya. Perawat membuka diri tentang pengalaman yang berguna. Keterbukaan antara perawat dan pasien akan menurunkan tingkat kecemasan perawat-pasien (Stuart & Sundeen, 1987) yang dikutip (Keliat, 1992: 21).

**Emosional Catharsis;** *emosional catharsis* terjadi jika pasien diminta bicara tentang hal yang sangat mengganggu dirinya seperti ketakutan, perasaan, dan pengalaman.

Dalam hubungan perawat-pasien dimana pasien menyadari perasannya dalam suasana yang diterima dan aman, maka pasien akan memperluas kesadaran dan penerimaan pada dirinya. Menurut Goldstein (1975) yang dikutip (Smet, 1994: 266), mengatakan makin baik hubungan interpersonal perawat dengan pasien makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya dan makin cenderung mendengarkan dengan penuh perhatian serta bertindak atas nasehat yang diberikan oleh perawat.

## **2.2 Komunikasi Interpersonal**

Menzies (1970) yang dikutip oleh (Ellis, 1994: 89), mengatakan ada beberapa kajian terakhir yang mengidentifikasi masalah komunikasi sebagai penyebab yang harus selalu diperhatikan dalam proses pemberian pelayanan kesehatan. Peplau (1988) dikutip (Ellis, 1994: 90), mengatakan bahwa keperawatan pada intinya merupakan sebuah proses interpersonal, maka perawat yang kompeten harus menjadi komunikator yang efektif bagi setiap pasien. Ketidakmampuan perawat melakukan komunikasi interpersonal disebabkan oleh kurangnya kesadaran diri perawat, kurangnya ketrampilan interpersonal yang sistematis dan kurangnya kerangka konseptual serta kurangnya kejelasan tujuan.

### **2.2.1 Kurangnya kesadaran diri perawat**

Kesadaran diri perawat akan aspek-aspek diri sendiri sangat mempengaruhi interaksi dengan orang lain. Kesadaran diri perawat akan menghasilkan suatu interaksi yang lebih produktif dan penggunaan diri lebih berarti serta akan mengubah potensi kegagalan. Stein-Parbury (1993) dikutip oleh

(Ellis, 1999: 91), mengatakan perawat perlu mengembangkan kesadaran diri yang tepat manakala terlibat dalam interaksi dan hubungan dengan pasien, melalui kesadaran diri perawat akan tahu apa yang sedang pasien lakukan dan bagaimana tindakannya mempengaruhi pasien yang sedang dirawat. Kesadaran diri perawat perlu ditingkatkan agar penggunaan diri secara terapeutik dapat lebih efektif. Rogers (1974) dikutip (Ellis, 1999:91), menyatakan bahwa unsur inti dari hubungan pertolongan adalah kehangatan, ketulusan, pemahaman yang empati dan perhatian positif yang tidak bersyarat. Unsur-unsur ini sangat diperlukan untuk mendapatkan perubahan yang konstruktif bagi pasien dalam situasi terapeutik.

### **2.2.2 Kurangnya pelatihan ketrampilan interpersonal yang sistematis**

Ketrampilan yang sistematis mempunyai peran dalam proses menjadikan seseorang komunikator yang efektif dan kompeten, serta dapat mengintegrasikan ketrampilan yang sudah dikenalnya kedalam gaya komunikasi yang unik. Ketrampilan *interpersonal* meliputi ketrampilan verbal dan non verbal yang terdiri dari ketrampilan mendengarkan dengan penuh perhatian, menunjukkan penerimaan, mengulangi ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri, memfokuskan pembicaraan, menganjurkan pasien untuk menguraikan persepsinya dan memberikan kesempatan kepada pasien memulai pembicaraan. Ketrampilan tersebut, akan dipraktekkan sampai kompetensi dicapai. Egan (1990) yang dikutip (Ellis, 1999: 92), mengatakan bahwa seringkali perawat tidak memiliki ketrampilan dasar untuk menolong (ketrampilan *interpersonal* ).

### 2.2.3 Kurangnya kerangka konseptual

Dunn (1991) yang dikutip oleh (Ellis, 1999: 92), mengatakan bahwa perawat yang menunjukkan kompetensi dalam penerapan ketrampilan interpersonal kadang-kadang dapat menggunakan secara khusus. Dibutuhkan sebuah kerangka teoritis yang memberikan informasi dan menyediakan sebuah struktur untuk analisis, *refleksi* dan evaluasi interaksi. Upaya untuk memahami hubungan tanpa sebuah konsep adalah hal yang bemasalah. Adalah penting bagi perawat untuk mengkonseptualisasikan apa yang sedang perawat lakukan untuk memastikan bahwa ketrampilan digunakan dengan cara yang *koheren* dan strategis. Dan akan terungkap dalam model kerangka konseptual yang jelas seperti model keperawatan Orem (1985), dimana area kerja perawat adalah membina dan mempertahankan hubungan terapeutik perawat-pasien menentukan kapan seseorang membutuhkan bantuan, memperhatikan respon pasien (Gaffar, 1999: 33). Model Betty Neuman (1982) meletakkan dasar bagi komunikasi terbuka antara perawat dan pasien dalam keterlibatan perawat yang efektif. Model yang diterapkan ini, berfokus pada individu dan respon atau reaksi individu terhadap stress termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi dan kemampuan adaptasi pasien (Gaffar, 1999: 34).

### 2.2.4 Kurangnya kejelasan tujuan

Hubungan yang efektif akan mempunyai angka keberhasilan dalam membuat pilihan yang benar pada situasi-situasi yang dihadapi karena perawat mengetahui dengan jelas tentang tujuan atau maksud dari setiap interaksi (Ellis, 1999: 93). Ini memungkinkan untuk membeda-bedakan dan memilih



pilihan yang cocok dengan situasi tertentu. Biasanya bukan perawat yang menentukan tujuan interaksi tetapi kebutuhan pasien. Proses ini, membutuhkan kepekaan dan empati agar perawat mampu membaca situasi secara tepat dan menilai apa yang diperlukan serta mengetahui tujuan yang jelas, dan melakukan secara strategis.

### **2.3 Persiapan Tindakan Operasi**

Tindakan pre operasi penting sekali untuk memperkecil resiko operasi karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan pasien dan persiapan pre operasi. Dalam persiapan ditentukan indikasi atau kontra indikasi operasi, toleransi pasien terhadap tindakan bedah dan ditetapkan waktu yang tepat untuk melaksanakan pembedahan. Tindakan umum yang dilakukan setelah diputuskan melakukan pembedahan adalah untuk mempersiapkan pasien agar penyulit paska bedah dapat dicegah sebanyak mungkin. Tindakan bedah adalah upaya yang dapat mendatangkan *stress* karena terdapat ancaman terhadap tubuh, integritas dan terhadap jiwa seseorang. Perawat berada dalam posisi untuk memberikan bantuan kepada pasien agar bisa menyesuaikan dengan *stressor*.

#### **2.3.1 Persiapan mental**

Persiapan mental pasien sebelum menjalani tindakan operasi meliputi tiga hal penting yaitu :

### 2.3.1.1 Informasi

Menurut Long (1996: 9), informasi merupakan fungsi untuk mengurangi rasa cemas. Pasien yang menerima informasi yang benar sebelum menghadapi prosedur tindakan, tujuan operasi dan efek sampingnya lebih dapat melakukan perawatan yang mandiri. Makin banyak informasi khusus yang dimiliki seseorang tentang situasi menegangkan yang akan dihadapi, makin pasien tersebut mampu mengerahkan pertahanan dan strategi pribadi untuk mengurangi dampak yang mungkin terjadi (Mc.Ghie,1996: 138). Adapun informasi yang harus diberikan kepada pasien meliputi prosedur dan resiko yang mungkin terjadi, alternatif tindakan yang dapat dipilih, perubahan bentuk dan penampilan, anestesi yang digunakan (kondisi pada periode pasca operasi dan biaya operasi).

### 2.3.1.2 Dukungan

Merupakan dukungan dari petugas kesehatan dan terutama dari keluarga. Perawat harus mampu menciptakan kompromi dan bersikap obyektif dan penuh perhatian, serta dapat memberikan dukungan kepada pasien. Dukungan dari perawat dapat berupa informasi tentang operasi serta cara kerja yang profesional dalam mempersiapkan operasi (Mc.Ghie,1996: 137). Sedangkan dari keluarga dapat berupa kasih sayang, doa, kehadiran, dan keuangan.

### 2.3.1.4 *Post op Exercise*

Misalnya *diaphragmatic breathing, turning and leg exercise*, dsb merupakan suatu tindakan atau ketrampilan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan. *Post op exercise* dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi operasi.

### 2.3.2 Persiapan fisik

Persiapan fisik meliputi persiapan berbagai sistem tubuh dan organ, keadaan gizi pasien, pemeriksaan laboratorium dan foto dan pemasangan alat perawatan sesuai prosedur operasi serta penyulit pasca bedah lainnya yang mungkin timbul.

### 2.3.3 Persetujuan tindakan medik

Merupakan perjanjian *legal* antara dokter dan pasien yang harus ditandatangani oleh pasien / orang tua / wali sebelum dokter melakukan tindakan (Appelbaum, 1987: 37).

## 2.4 Kecemasan

### 2.4.1 Pengertian.

Menurut (Pusdiknakes Depkes RI, 1990: 37) kecemasan adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekuatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam diri (intra psikis). Sedangkan Menurut (Mardijana, dkk 2001: 2), mengatakan kecemasan merupakan perasaan yang bersifat khas, subyektif dan sangat tidak menyenangkan, mengambang, kabur dan tidak menentu. Dikatakan pula cemas adalah perasaan mengenai sesuatu yang akan terjadi yang dipersepsikan sebagai ancaman atau keadaan yang tidak nyata dan datangnya dari dalam, disertai reaksi badaniah dan perilaku. Obyek dari kecemasan biasa bersifat samar-samar atau tidak jelas sehingga menimbulkan semacam kegelisahan, kekhawatiran, dan tidak tahu apa yang akan terjadi dimasa

yang akan datang sehingga individu mengalami kebingungan sebelum sesuatu peristiwa benar-benar terjadi. Kecemasan tidak hanya bersangkut paut dengan penyebab yang tidak jelas, melainkan juga berkaitan dengan sesuatu ketidakpastian. Ketidakpastian tersebut biasanya terletak pada situasi yang akan datang dan tidak pada situasi yang aktual.

#### 2.4.2 Etiologi

Menurut (Mardijana, dkk 2001: 3) mengatakan bahwa penyebab cemas belum diketahui secara pasti, diperkirakan terkait dengan berbagai faktor yang berperan yaitu kejadian yang menimbulkan stress, lingkungan, faktor genetik, faktor biologik dan dan faktor psikologis. Kecemasan sering dimulai dari kejadian yang menimbulkan stress, apabila ada masalah yang menetap maka gangguan tersebut akan menjadi kronis dan berkembang menjadi suatu gangguan terhadap individu yang bersangkutan. Ada beberapa teori yang dikemukakan antara lain :

##### 1) Teori perilaku kognitif

Menyatakan bahwa bahwa kecemasan sebagai reaksi terhadap bahaya. Serta reaksi akibat mekanisme penyesuaian yang tidak tepat terhadap ancaman yang berlebihan.

##### 2) Teori Psikoanalitik

Teori ini dikemukakan oleh Freud, menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu gejala yang timbul dari konflik tidak terpecahkan dan tidak disadari diantara *impuls libido* atau kepuasan agresif dan pengenalan super ego dari lingkungan yang membahayakan. Serta kegagalan menggunakan mekanisme pertahanan ego yang efektif.

### 3) Teori Biologi

Hal ini berkaitan dengan adanya kemungkinan terjadi abnormalitas dari *system receptor benzodiazepine* di otak. Ikatan antara *benzodiazepin* afinitas tinggi dengan kompleks *receptor  $\gamma$  aminobutyric acid* (GABA) dan *chloride ionophore benzodiazepine* mempunyai efek potensiasi terhadap kompleks *receptor GABA* untuk menghambat *neurotransmitter* di otak. *Benzodiazepin* memperkuat penghambat efek GABA dengan cara meningkatkan frekuensi pembukaan *chloride channel*.

#### 2.4.3 Gejala – Gejala Kecemasan

Menurut (Maramis, 1995: 258) gejala kecemasan dikelompokkan menjadi 2 komponen yaitu :

##### 1) Somatik

Gejala somatik mungkin dapat berupa nafas sesak, dada tertekan, kepala enteng seperti mengambang, linu-linu, epigastrium nyeri, lekas lelah, palpitasi, keringat dingin. Gejala lain mungkin mengenai motorik, pencernaan, pernafasan, sistem kardiovaskuler, genito urinaria atau susunan syarat pusat.

##### 2) Psikologik

Gejala psikologik mungkin timbul sebagai rasa was-was, khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, prihatin dengan pikiran orang mengenai dirinya. Pasien tegang terus menerus dan tak mampu berlaku santai. Pemikirannya penuh tentang kekhawatirannya. Kadang-kadang bicaranya cepat, tetapi terputus-putus.

#### 2.4.4 Tingkatan Cemas

Menurut (Stuart & Sundeen, 1998: 176) mengidentifikasi tingkatan kecemasan menurut Scale Halminton Anxiety Rating Scale (HARS) dapat dibagi menjadi :

1) Kecemasan ringan

Pada tingkat ini kecemasan yang terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi membantu individu menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.

2) Kecemasan sedang

Pada tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3) Kecemasan berat

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain, semua perilaku ditujukan untuk mengurangi kecemasan, individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

4) Panik

Keadaan ini mengancam pengendalian diri, individu tidak mampu untuk melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan *disorganisasi* kepribadian yang ditandai dengan meningkatnya kegiatan motorik, menurunnya respon untuk berhubungan dengan orang lain, *distorsi*

persepsi dan kehilangan pikiran yang rasional. Tingkah laku panik ini tidak mendukung kehidupan individu tersebut.

#### **2.4.5 Cara Penilaian Tingkat Kecemasan**

Ada berbagai cara untuk menilai kecemasan yaitu dengan menggunakan pertanyaan langsung, mendengarkan cerita pasien, serta mengobservasi perilaku non verbalnya. Hal ini sangat berguna dalam menentukan adanya kecemasan serta menetapkan tingkatannya. Dengan demikian perawat harus peka terhadap isyarat-isyarat nonverbal yang nampak untuk menentukan tingkat kecemasan seseorang. Untuk menilai tingkat kecemasan tersebut dipakai skor Halminton Anxiety Rating Scale (HARS) yang telah dianggap baku. Untuk penilaian dapat dilihat pada lampiran. Adapun cara penilaian sebagai berikut :

- Skor 0 = tidak ada gejala sama sekali
- Skor 1 = 1(satu) dari gejala yang ada
- Skor 2 = separuh dari gejala ada
- Skor 3 = lebih dari separuh gejala yang ada
- Skor 4 = semua gejala yang ada

Penentuan derajat kecemasan :

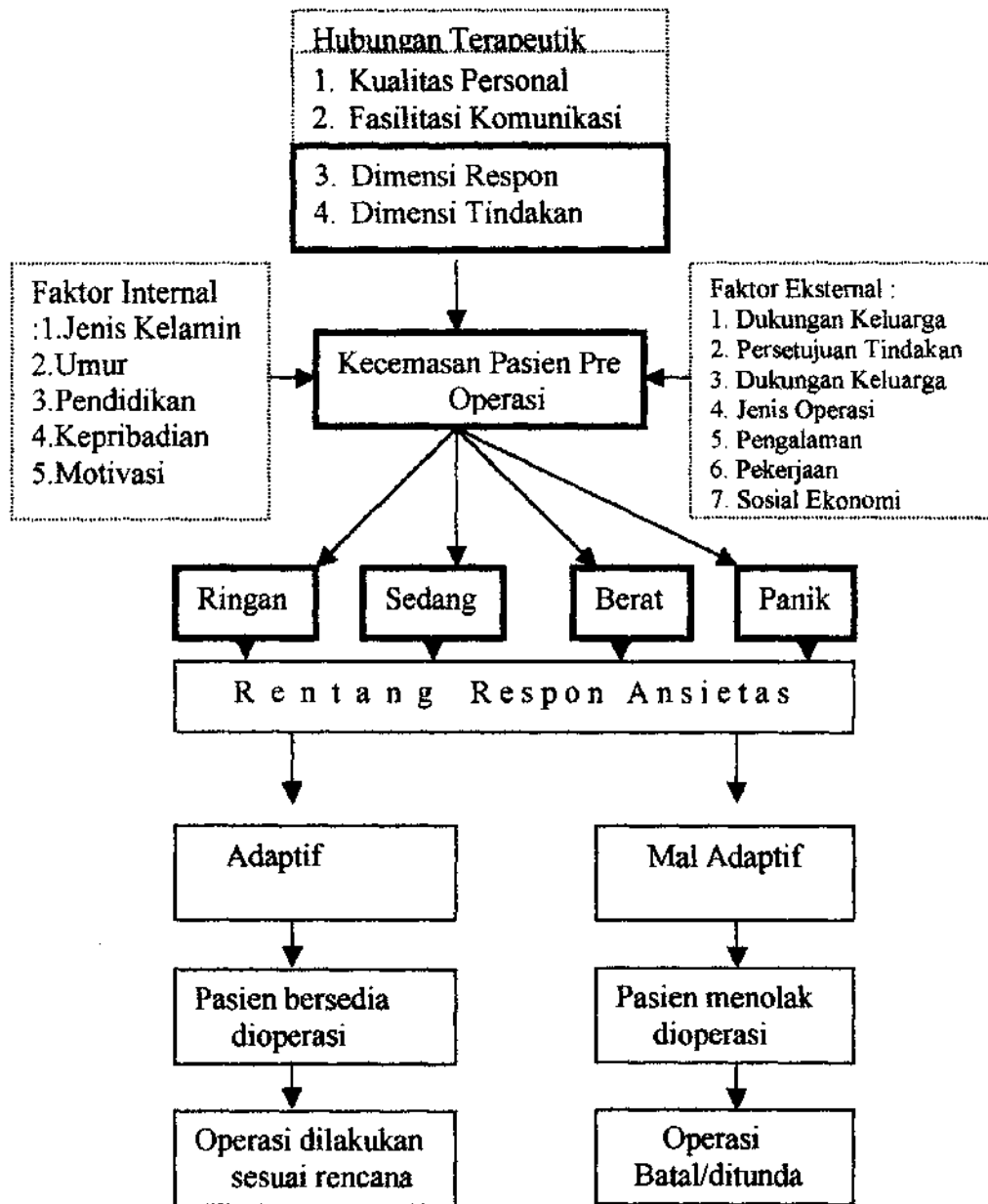
- Skor kurang dari 6 = kecemasan ringan
- Skor 6-14 = kecemasan sedang
- Skor 15-27 = kecemasn sedang
- Skor lebih dari 27 = panik

## 2.5 Kerangka Konsep

Penerapan hubungan terapeutik perawat-pasien sangat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi. Keberhasilan hubungan tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan langsung kepada pasien. Status pasien dalam hubungan perawat-pasien merupakan hubungan *interdependent* dan perawat memberikan alternatif dan membantu pasien dalam proses pemecahan masalah yang dihadapi (Cook dan Fontaine, 1987: 103). Dalam hubungan terapeutik tersebut, perawat harus mampu membina hubungan saling percaya serta tindakan yang dilaksanakan dalam konteks kehangatan dan pengertian. Yang pada gilirannya dapat meningkatkan rasa kepercayaan diri pasien dan dapat mengembangkan coping yang konstruktif sehingga kecemasan yang mungkin timbul dapat diatasi. Maka berdasarkan hal tersebut penulis ingin membuktikan kebenaran teori dengan kenyataan dilapangan.



Maka dapat dilihat pada bagan berikut ini :



Keterangan : Diteliti   
 Tidak diteliti

Gambar 1 : Kerangka konsep penelitian

## 2.6 Hipotesis

Berdasarkan gambar diatas dapat ditarik hipotesa sebagai berikut :

Ho : Tidak terdapat hubungan antara dimensi respon dan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pre operasi, maka Ho diterima.

## **BAB 3**

# **METODOLOGI PENELITIAN**

## **BAB 3**

### **METODELOGI PENELITIAN**

Dalam metodologi penelitian ini dijelaskan secara rinci mengenai disain penelitian yang digunakan, kerangka operasional penelitian, populasi, sampel, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan analisis data, etika penelitian dan keterbatasan penelitian.

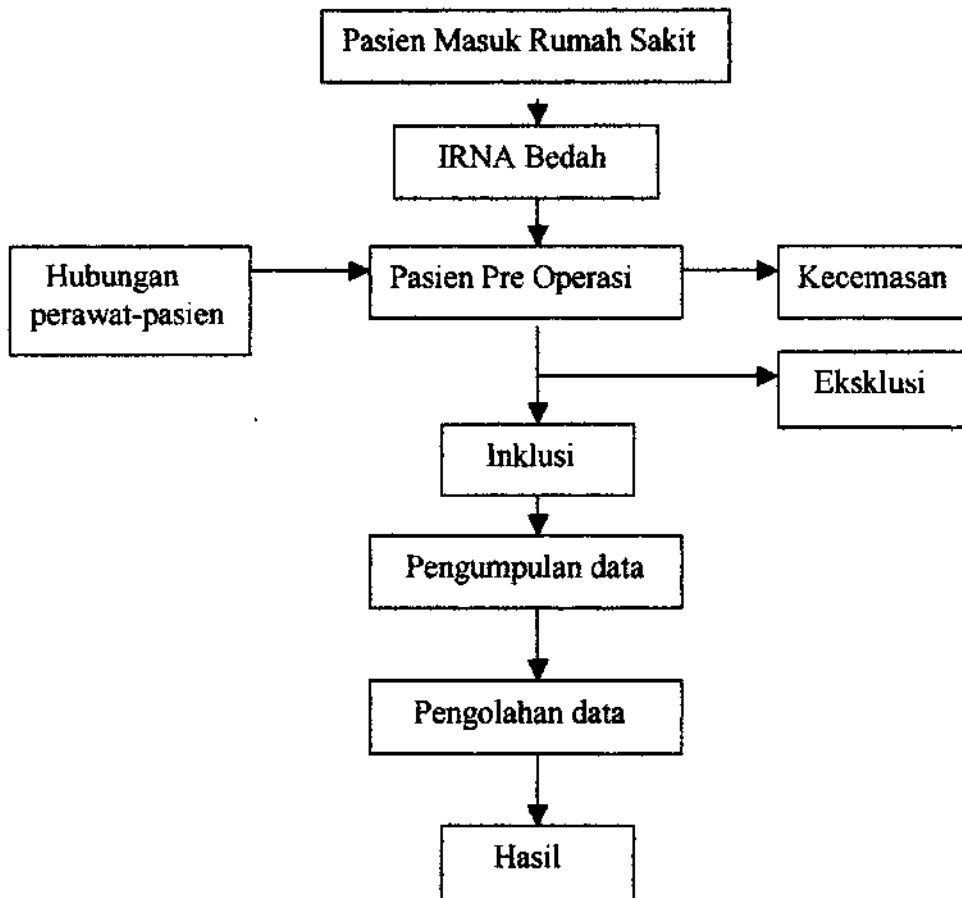
#### **3.1 Disain Penelitian**

Disain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada sebuah proses penelitian (Nursalam & Siti Pariani, 2001: 53). Berdasarkan tujuan penelitian maka, disain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yang bersifat *analitik* dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel sesaat.

#### **3.2 Kerangka operasional penelitian**

Kerangka operasional penelitian dapat dilihat dilembaran berikut

Kerangka operasional penelitian di IRNA Bedah RSUD dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002.



Gambar 2. Kerangka Operasional Penelitian di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei, 2002.

### 3.3 Lokasi dan waktu penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 18 April – 11 Mei 2002.

### 3.4 Populasi, sampel, dan sampling penelitian

#### 3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2002: 55). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang telah dipersiapkan secara elektif untuk dilakukan operasi di ruang Bedah I, B, E IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### 3.4.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi / mewakili populasi (Nursalam & Siti Pariani, 2001: 64). Pada penelitian ini, sample diambil dari semua pasien yang telah dipersiapkan secara elektif untuk menjalani tindakan pembedahan di ruang perawatan Bedah I, B, dan E IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Untuk menentukan jumlah sampel minimal dipandang sesuai, diambil dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Soekidjo, 2000: 92) :

$$(n) = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

- N = Besar Populasi
- n = Besar sampel
- d = Tingkat kepercayaan ( 0,05 )

Pada penelitian ini diketahui jumlah pasien pada tempat penelitian (18 April – 11 Mei 2002), di ruangan Bedah I, B, E adalah

sebanyak 136 orang. Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah :

$$(n) = \frac{136}{1 + 136 (0,05)^2} = 102$$

Sehubungan dengan keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti, sehingga tidak memungkinkan mengambil semua sampel dari populasi pasien yang dirawat di ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Maka diambil 20-30 % dari jumlah sampel yang ada, sehingga diperoleh jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 31 orang yang telah masuk dalam kriteria inklusi dan sampel yang *representatif*, dari ruang bedah I, B dan E IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

#### 1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam & Siti Pariani, 2001: 65). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien yang telah dipersiapkan secara elektif
- 2) Pasien yang tidak mengalami gangguan orientasi realita
- 3) Pasien yang tidak menderita / mengalami cacat fisik
- 4) Jenis penyakit atau kasus yang bukan bersifat kronis.
- 5) Jenis kelamin laki-laki maupun perempuan yang berumur 20- 55 tahun
- 6) Pasien minimal berpendidikan SMP
- 7) Pasien yang bersedia dijadikan responden dalam penelitian.

## 2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam & Siti Pariani, 2001: 66). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang menolak untuk dijadikan responden
- 2) Pasien yang tidak *kooperatif*
- 3) Pasien yang mengalami gangguan atau cedera otak
- 4) Pasien yang tidak sadar
- 5) Pasien yang sementara menjalani pengobatan (diberikan obat anti cemas)
- 6) Pasien yang menderita cacat fisik

### 3.4.3 Sampling penelitian

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam & Siti Pariani, 2001: 66). Penelitian ini menggunakan *Probability Sampling (Simple random sampling)* yaitu pengambilan sampel anggota populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu serta anggota populasi homogen (Sugiyono, 2002: 57). Dari ke sebelas ruang perawatan IRNA Bedah yang ada, dilakukan acak untuk mendapatkan ruangan perawatan pasien yang dijadikan sampel (responden) adalah diruangan Bedah I, B, E IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



### 3.5 Variabel penelitian, definisi operasional, dan cara pengukuran variabel

Tabel 1. Variabel penelitian, definisi operasional dan cara pengukuran variabel.

No	Variabel	Difinisi	Parameter	Alat ukur	skala	skor
1.	Variabel independen					
	Dimensi respon	Kepedulian dan kepekaan seseorang perawat untuk menempatkan diri dan memahami perilaku yang menunjukkan perhatian terhadap diri sendiri dan orang lain.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Keikhlasan perawat (bersikap terbuka, jujur, realitas, dapat dipercaya)</li> <li>Menghargai / respek (dapat menerima, mempercayai, dan menghargai)</li> <li>Empati (peka, mengidentifikasi dan memberikan alternatif pemecahan masalah)</li> <li>Konkrit (Menggunakan terminologi yang spesifik bukan yang abstrak tentang perasaan dan pengalaman serta perilaku)</li> </ol>	Kuesioner	ordinal	<p>Bila menjawab Ya = 3 Kadang-kadang=2 Tidak pernah=1 Bila jumlah nilai &gt; 27 respon baik Nilai 18-26 respon cukup Nilai &lt; 18 respon kurang.</p>
	Dimensi tindakan	Tindakan atau perbuatan yang dilakukan oleh seseorang dalam merespon suatu rangsangan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Konfrontasi (ekspresi perasaan perawat tentang perilaku pasien).</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	<p>Bila menjawab Ya=3 Kadang-kadang=2 Tidak pernah=1 Bila nilai &gt; 20</p>

2.	Variabel dependen Kecemasan	Reaksi terhadap pengalaman emosional yang tidak menyenangkan atau menyakitkan dan terjadi saat individu mengalami tekanan perasaan.	<p>2. Segera (memberikan respon pada hal-hal yang terjadi sekarang)</p> <p>3. Keterbukaan perawat (mengemukakan tentang dirinya, ide, perasaan, nilai dan sikap )</p> <p>4. Emosional katarsis(mendorong pasien bicara hal yang mencemaskan atau tidak menyenangkan)</p> <p>Aspek fisik dan psikis yang meliputi :Perasaan tegang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketegangan</li> <li>2. ketakutan</li> <li>3. Gangguan tidur</li> <li>4. Gangguan kecerdasan</li> <li>5. Perasaan depresi</li> <li>6. Gejala otonomi</li> <li>7. Gejala sensori</li> <li>8. Gejala kardiovaskuler</li> <li>9. Gangguan pernafasan</li> <li>10. Gangguan gastrointestinal</li> <li>11. Gangguan urology</li> <li>13. Gangguan vegetatif</li> <li>14. Perilaku.</li> </ol>	kuesioner	ordinal	<p>dimensi tindakan baik Nilai 14-19</p> <p>dimensi tindakan cukup Nilai &lt; 14</p> <p>dimensi tindakan kurang.</p> <p>Kecemasan ringan = 1 Kecemasan sedang = 2 Kecemasan berat = 3 Panik = 4 Bila nilai &lt; 6 kecemasan ringan 6-14 kecemasan sedang 15-27 kecemasan berat &gt; 27 panik</p>
----	--------------------------------	---	---	-----------	---------	--

### 3.6 Teknik pengumpulan, Pengolahan dan Analisis data

#### 3.6.1 Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data dikumpulkan dengan wawancara langsung dan menggunakan kuesioner, yang diberikan kepada semua pasien, yang telah memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian.

#### 3.6.2 Teknik pengolahan data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing* dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau kurang lengkap.
2. *Coding* yaitu mengklasifikasikan jawaban dari *responden* menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item pada *questioner*:
  - a. Dimensi respon memiliki 12 *questioner* yang terdiri dari jenis *favorable* dan *unfavorable*, yang digolongkan kedalam pertanyaan *favorable* (pertanyaan no.1-6 dan 8-12) diberi nilai Ya = 3, kadang-kadang = 2, dan tidak pernah = 1. Sedangkan untuk pertanyaan *unfavorable* (pertanyaan no. 7) diberi nilai Ya = 1, kadang-kadang = 2, dan tidak pernah = 3.

Ke duabelas *questioner* tersebut dijumlahkan dan menentukan kriteria berdasarkan jumlah nilai untuk mengetahui hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

parameter dimensi respon, yaitu :

Bila jumlah nilai  $> 27$  : dimensi respon baik

Bila jumlah nilai 18 - 26 : dimensi respon cukup

Bila jumlah nilai  $< 18$  : dimensi respon kurang

- b. Dimensi tindakan, memiliki 9 pertanyaan diberi nilai Ya = 3, kadang-kadang = 2, tidak pernah = 1.

Kesembilan pertanyaan tersebut dijumlahkan dan menentukan kriteria berdasarkan jumlah nilai untuk mengetahui hubungan terapeutik perawat-pasien tingkat kecemasan pasien pre operasi sesuai parameter dimensi tindakan.

Bila jumlah nilai  $> 20$  : dimensi tindakan baik

Bila jumlah nilai 14-19 : dimensi tindakan cukup

Bila jumlah nilai  $< 14$  : dimensi tindakan kurang

- c. Kecemasan terdiri dari 14 kriteria yang memiliki 76 item, dengan nilai kecemasan ringan = 1, kecemasan sedang = 2, kecemasan berat = 3, dan panik = 4.

Kemudian dari hasil angket tersebut dijumlahkan serta menentukan kriteria sesuai dengan patokan nilai yang telah ditentukan yaitu bila

$< 6$  : kecemasan ringan

6 - 14 : kecemasan sedang

15 - 27 : kecemasan berat

$> 27$  : panik.

### 3.6.3 Penyajian Data

Penyajian data dari penelitian ini adalah dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang (*Cross table*).

### 3.6.4 Teknik Analisa Data

Untuk mengetahui apakah ada hubungan dimensi respon dan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi. Maka digunakan uji statistik regresi logistik, karena terdiri dari 2 variabel yaitu variabel bebas dengan skala pengukuran ordinal dan pada variabel terikat dengan skala pengukuran ordinal (Nursalam & Pariani, 2000: 70), dengan tingkat kemaknaan  $p > 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, maka  $H_0$  ditolak. Selanjutnya data dianalisa dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 10,0 *for MS Windows release*.

## 3.7 Masalah Etika

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan ijin kepada komisi etik keperawatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya, untuk mendapatkan persetujuan. Masalah etik meliputi :

### 3.7.1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika pasien bersedia diteliti, maka pasien harus menandatangani lembaran persetujuan tersebut. Jika pasien tersebut

menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati pasien tersebut.

### 3.7.2. *Anonymity* ( Tanpa Nama )

Untuk menjaga kerahasiaan pasien peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomer kode pada masing-masing lembar tersebut.

### 3.7.3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan dan pasien dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

## 3.8. Keterbatasan.

Keterbatasan dalam penelitian ini menyangkut beberapa hal antara lain :

1. Pengumpulan data dengan *questioner* memungkinkan jawabannya kurang *valid* karena dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif dari para responden.
2. Teknik pemilihan sampling dengan menggunakan *simple random sampling*, dapat menyebabkan tidak semua sampel di ruangan IRNA Bedah memperoleh kesempatan yang sama maka, diambil berdasarkan random ruangan perawatan (Ruangan Bedah I, Bedah B, dan Bedah E). Mengingat adanya kriteria inklusi dan eksklusi dalam menentukan sampel, maka tidak semua pasien di ruangan diambil untuk dijadikan sampel penelitian.

3. Singkatnya waktu dan biaya yang tersedia serta kemampuan peneliti yang masih sangat terbatas (peneliti pemula).

## **BAB 4**

# **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**



## BAB 4

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya dari tanggal 18 April 2002 sampai dengan tanggal 11 Mei 2002, dan selanjutnya akan membahas hasil penelitian melalui proses pengolahan data dari hasil yang telah diperoleh.

Sesuai dengan judul dan tujuan penelitian pada bab ini akan dibahas tentang hasil penelitian yaitu data umum yang meliputi keadaan umum tempat penelitian, jenis kelamin responden, umur responden, pendidikan responden dan jenis pekerjaan responden. Sedangkan data khusus meliputi dimensi respon dan dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi. Kemudian akan dibahas berdasarkan uji statistik regresi logistik, dengan kemaknaan  $p > \alpha 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, maka  $H_0$  ditolak. Bila nilai  $p < \alpha 0,05$  artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara dua variable, maka  $H_0$  diterima.

#### 4.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian meliputi ketenagaan dan jumlah ruangan serta pasien yang dirawat pada Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya yaitu keadaan pada waktu pelaksanaan penelitian, kemudian hasil penelitian yang menyangkut data khusus sesuai variabel penelitian

#### 4.1.1 Keadaan Ketenagaan pada Instalasi Rawat Inap Bedah

Instalasi Rawat Inap Bedah terdiri dari 9 ruangan dengan jumlah tempat tidur 493 buah dilayani oleh tenaga kesehatan yang terdiri dari : tenaga medis (dokter spesialis dan PPDS I) dan tenaga perawat serta non perawat.

##### 1. Tenaga Medis

Tenaga medis pada Instalasi Rawat Inap Bedah terdiri dari tenaga dokter spesialis dan dokter PPDS I seperti terlihat pada tabel 4.1 berikut ini :

**Tabel 4.1 Jumlah tenaga Dokter Spesialis dan PPDS I menurut seksi pada Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya , 2002**

No	Seksi	Dokter Spesialis	Dokter PPDS I	Jumlah
1.	Bedah Urologi	8	26	34
2.	Bedah Umum	26	42	68
3.	Bedah saraf	5	14	19
4.	Bedah Orthopedi	14	30	44
5.	Bedah THT	26	26	52
6.	Bedah Plastik	3	13	16
7.	Bedah Kandungan	29	40	69
8.	Bedah Mata	20	60	80
Jumlah		131	251	382

Sumber : Laporan pelayanan IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya,2001

## 2. Tenaga Perawat dan Non Perawat

Tenaga perawat dan non perawat pada Instalasi Rawat Inap Bedah yang tersebar pada ruangan terdiri dari 171 Perawat, 141 TPP, 28 PRT dan 18 TU seperti terlihat pada tabel 4.2 berikut ini :

**Tabel 4.2 Data jumlah karyawan dan tempat tidur menurut ruangan pada IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2001**

Ruangan	Jumlah karyawan					Klas & Tempat Tidur	
	Perawat	TPP	PRT	TU	Jumlah	Klas	TT
Bedah A	17	10	3	1	33	2,3	40
Bedah B	13	10	2	1	26	1,2,3	35
Bedah C	13	13	3	1	30	1,2	29
Bedah D	10	10	3	1	24	3	41
Bedah E	10	13	1	1	25	2,3	30
Bedah F	24	20	4	1	49	1,3	53
Bedah G	20	17	2	1	40	1,3	53
Bedah H	13	12	2	1	28	1,2,3	42
Bedah I	6	2	-	-	8	1	33
Irna Bedah	3	2	-	4	9	-	-
Mata	9	11	-	2	22	1,2,3	35
THT	10	7	2	2	21	Pav,1,2,3	37
Kandungan	23	14	6	2	45	1,2,3	65
Total	171	141	28	18	358	-	493

Sumber : Laporan pelayanan IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2001

Keterangan : TPP : Tenaga pembantu perawat

PRT : Pembantu rumah tangga

TU : Tata usaha

TT : Tempat tidur

### 3. Ruangan dan Jumlah Pasien

**Tabel 4.3 Data jumlah pasien yang dirawat di ruangan Bedah I, B, dan E RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Januari – Maret 2002**

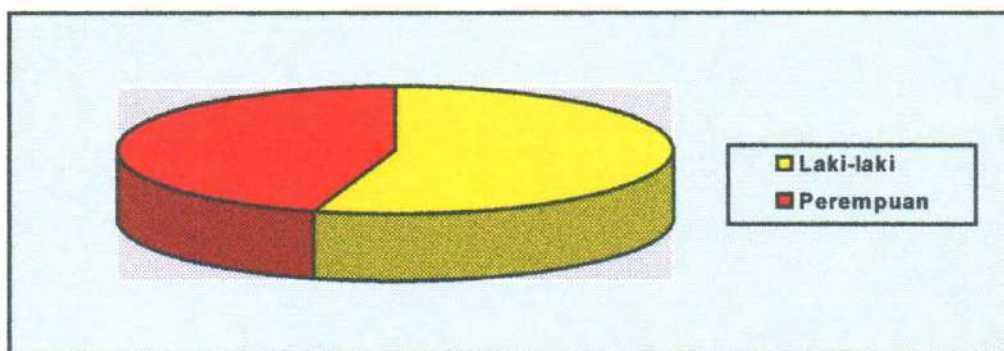
No	Ruangan	Bulan		
		Januari 2002	Februari 2002	Maret 2002
1.	Bedah I	56	51	60
2.	Bedah B	64	50	53
3.	Bedah E	37	26	23
	Total	157	127	136

Sumber : IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002

Penelitian ini dilaksanakan pada Ruangan Bedah I, Bedah B, dan Bedah E dan jumlah pasien bulan Januari, Pebruari dan Maret 2002 seperti terlihat pada tabel 4.3 berikut ini:

#### 4.1.2 Data Demografi Responden.

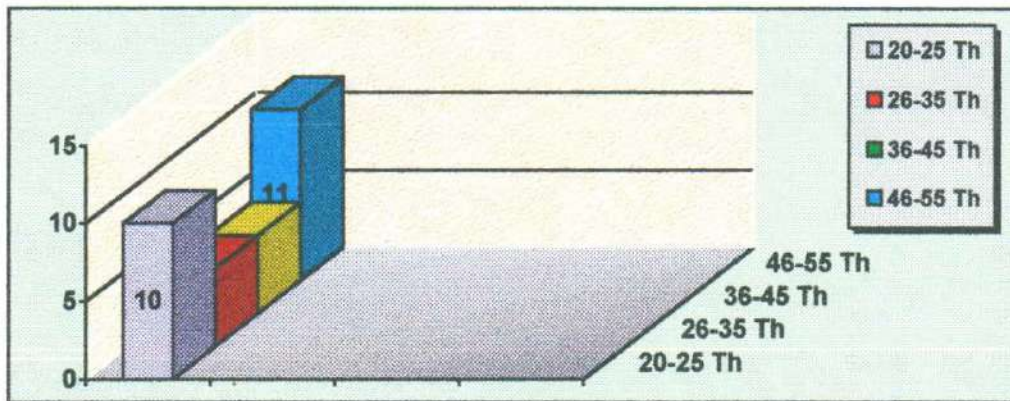
##### 1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002

Dari diagram 3 diatas menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki sebanyak 16 orang ( 48,4 % ) dan perempuan 15 orang ( 51,6 % ).

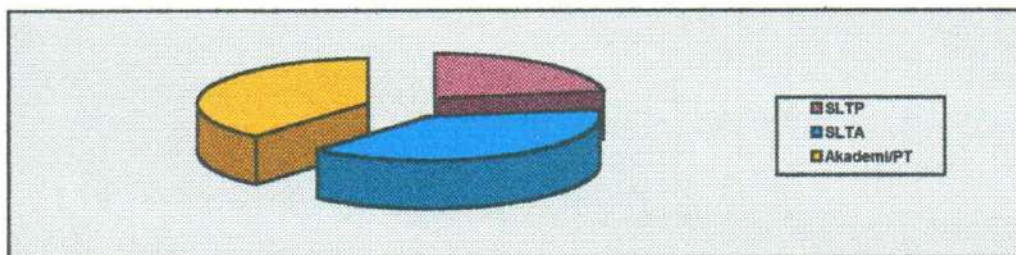
## 2. Distribusi Responden berdasarkan Umur



Gambar 4 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di Ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya Pada Bulan, Mei 2002

Dari diagram 4 diatas responden berusia berkisar antara 20–55 tahun dengan perincian sebagai berikut : 20–25 tahun sebanyak 10 orang (32,3 %), 26 - 35 tahun sebanyak 5 orang (16,1%), 36- 45 tahun sebanyak 5 orang (16,1 %) dan 46-55 tahun sebanyak 11 orang (35,5 %).

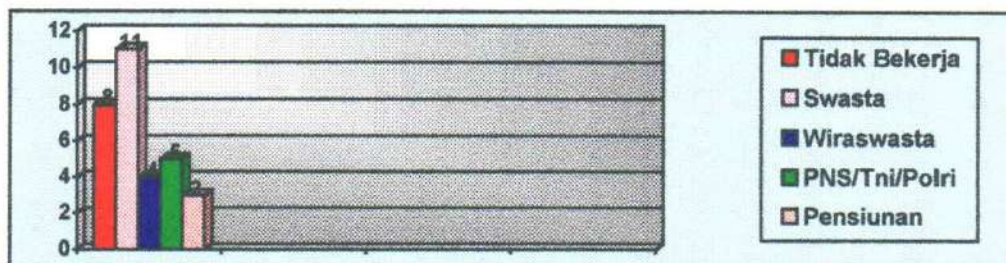
## 3. Distribusi Responden berdasarkan tingkat Pendidikan



Gambar 5 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002

Dari diagram 5 diatas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden SLTP sebanyak 7 orang (22,6 %), SLTA sebanyak 12 orang (38,7 %) dan Akademi / Perguruan Tinggi sebanyak 12 orang (38,7 %).

#### 4. Distribusi Responden berdasarkan Jenis Pekerjaan



Gambar 6 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Di Ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002

Dari diagram 6 diatas jenis pekerjaan responden bervariasi dari : Tidak bekerja 8 orang (25,8%), swasta 11 orang (35,5%), wiraswasta 4 orang (12,9 %), PNS/TNI/POLRI 5 orang (16,1%), dan pensiunan 3 orang (9,7 %).

#### 4.1.3 Dimensi Respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien

Berikut akan disajikan distribusi mengenai dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien .

Tabel 4.4 Data distribusi dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002.

No.	Dimensi Respon	Jumlah	Presentase
1.	Kurang	0	0
2.	Cukup	8	25,8
3.	Baik	23	74,2
	Jumlah	31	100

Dari tabel 4.4 di atas sebagian besar menunjukkan dimensi respon perawat baik sebanyak 23 orang (74,2%). Sedangkan sebanyak 8 orang (25,8%) menunjukkan dimensi respon cukup selanjutnya dimensi respon kurang tidak ada (0%).

#### 4.1.4 Dimensi Tindakan dalam hubungan terapeutik Perawat-Pasien

Berikut akan disajikan distribusi mengenai dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien.

**Tabel 4.5 Data distribusi dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat pasien di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002.**

No.	Dimensi Tindakan	Jumlah	Presentase
1.	Kurang	0	0
2.	Cukup	11	35,5
3.	Baik	20	64,5
	Jumlah	31	100

Dari tabel diatas sebagian besar menunjukkan dimensi respon tindakan perawat baik sebanyak 20 orang (64,5%), sedangkan sebanyak 11 orang (35,5%) menunjukkan dimensi tindakan cukup selanjutnya dimensi tindakan kurang tidak ada (0%).

#### 4.1.5 Tingkat kecemasan pasien Pre Operasi

Berikut ini akan disajikan distribusi mengenai tingkat kecemasan pasien pre operasi.

**Tabel 4.6 Data distribusi tingkat kecemasan pasien pre operasi di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya ,Mei 2002.**

No	Tingkat Kecemasan	Jumlah	Presentase
1.	Ringan	19	61,3
2	Sedang	12	38,7
3	Berat	0	0
4	Panik	0	0
	Jumlah	31	100

Dari tabel diatas sebagian besar tingkat kecemasan ringan sebanyak 19 orang (61,3%) dan kecemasan sedang sebanyak 12 orang (38,7%), selanjutnya untuk tingkat kecemasan berat sampai panik tidak ada ( 0%).

#### 4.1.6 Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien dan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi.

Berikut ini hasil tabulasi silang dan hasil uji statistik dengan *regresi logistik* antara hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

##### 4.1.6.1 Hubungan dimensi respon dan tingkat kecemasan pasien pre operasi

Hubungan dimensi respon dan tingkat kecemasan pasien pre operasi disajikan dalam tabel 4.7 dibawah ini :

**Tabel 4.7 Hubungan dimensi respon dan tingkat kecemasan pasien pre operasi IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002**

No.	Dimensi Respon	Tingkat Kecemasan								Jumlah	
		Ringan		Sedang		Berat		Panik		N	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1.	Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Cukup	1	3,2	7	22,5	0	0	0	0	8	25,8
3.	Baik	18	58,1	5	16,2	0	0	0	0	23	74,2
	<b>Total</b>	19	61,3	12	38,7	0	0	0	0	31	100
		df. 1		p = 0,049							

Dari data diatas sebagian besar dimensi respon baik sebanyak 23 orang (74,2 %) dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 18 orang (58,1%) dan tingkat kecemasan sedang 5 orang (16,2 %), serta dengan tingkat kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %). Sedangkan dimensi respon cukup sebanyak 8 orang (25,8 %) dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 1 orang (3,2 %), dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 7 orang (22,5 %), serta untuk tingkat



kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %). Selanjutnya untuk dimensi respon kurang untuk tingkat kecemasan ringan, sedang, berat dan panik tidak ada (0 %).

Berdasarkan uji regresi logistik dari tabel 4.4 diatas, terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi respon dan tingkat kecemasan pasien pre operasi dengan nilai signifikansi  $p = 0,049 < \alpha 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak.

#### 4.1.6.2 Hubungan dimensi tindakan dan tingkat kecemasan pasien pre operasi

Hubungan dimensi tindakan dan tingkat kecemasan pasien pre operasi disajikan dalam tabel 4.8 dibawah ini

**Tabel 4.8 Hubungan dimensi tindakan dan tingkat kecemasan pasien pre operasi di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Mei 2002.**

No	Dimensi Tindakan	Tingkat Kecemasan								Jumlah	
		Ringan		Sedang		Berat		Panik			
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Cukup	2	6,5	9	29,1	0	0	0	0	11	35,5
3.	Baik	17	54,8	3	9,6	0	0	0	0	20	64,5
	Total	19	61,3	12	38,7	0	0	0	0	31	100
$df = 1$						$p = 0,011$					

Dari tabel diatas sebagian besar dimensi tindakan baik sebanyak 20 orang (64,5 %) dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 17 orang (54,8 %) dan tingkat kecemasan sedang 3 orang (9,6 %) selanjutnya untuk tingkat kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %). Sedangkan untuk dimensi tindakan cukup sebanyak 11 orang (35,5%), dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 2 orang (6,5 %) dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 9 orang

(29,1 %) selanjutnya untuk tingkat kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %). Sedangkan dimensi tindakan kurang tidak ada (0 %) untuk tingkat kecemasan ringan sampai panik tidak ada (0 %).

Berdasarkan uji regresi logistik dari tabel 4.5 diatas, terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi tindakan dan tingkat kecemasan pasien pre operasi dengan nilai signifikansi  $p = 0,011 < \alpha 0,05$  berarti  $H_0$  ditolak.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien**

Dari data pada tabel diatas 4.4 disimpulkan bahwa sebagian besar dimensi respon perawat baik sebanyak 23 orang (74,2%) dan dimensi respon cukup sebanyak 8 orang (25,8%) serta dimensi respon kurang tidak ada (0%).

Hal ini disebabkan karena keiklasan perawat yang ditunjukkan melalui sikap keterbukaan, kejujuran dan ketulusan serta berperan secara aktif saat berinteraksi dengan pasien. Perawat menerima pasien apa adanya dan mendalami perasaan pasien serta perawat selalu menghindari perasaan keragu-raguan dan ketidakjelasan saat berinteraksi dengan pasien sehingga timbul rasa kepercayaan diri pasien kepada perawat.

### **4.2.2 Dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien**

Dari data pada tabel 4.5 disimpulkan bahwa sebagian besar dimensi tindakan perawat baik sebanyak 20 orang (64,5%) dan dimensi tindakan perawat cukup 11 orang (35,5%) selanjutnya untuk dimensi tindakan kurang tidak ada (0 %).

Hal ini disebabkan oleh tindakan perawat yang dilaksanakan dalam konteks kehangatan dan pengertian serta berorientasi pada kebutuhan dasar manusia. Perawat bertindak segera atas respon yang diberikan oleh pasien serta perawat mengekspresikan perasaannya terhadap respon pasien yang tidak sesuai, sehingga pasien dapat mengungkapkan perasaan yang dialaminya. Dengan demikian rasa kepercayaan pasien terhadap perawat semakin baik, yang pada akhirnya perawat-pasien dapat bekerja sama untuk mempercepat proses penyembuhan pasien.

#### **4.2.3 Dimensi Respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi**

Dari data diatas pada tabel 4.6. disimpulkan bahwa sebagian besar dimensi respon baik sebanyak 23 orang (74,2 %) dan dimensi respon cukup sebanyak 8 orang (25,8 %), serta dimensi respon kurang tidak ada (0 %). Berdasarkan uji regresi logistik yang dipakai dalam tabel 4.4 diperoleh  $p = 0,049 < \alpha 0,05$  ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna.

Dengan demikian dimensi respon mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Apabila respon perawat dalam hubungan terapeutik perawat-pasien semakin baik maka akan diikuti pula dengan penurunan tingkat kecemasan pasien khususnya pasien pre operasi. Dapat dilihat dari data sebagian besar pasien menunjukkan tingkat kecemasan ringan sebanyak 19 orang (61,3 %) dan kecemasan sedang sebanyak 12 orang (38,7 %), dan selanjutnya untuk kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %). Hal ini disebabkan respon perawat yang

ikhlas, menghargai, empati dan konkrit terhadap kenyataan serta mampu membaca situasi yang dialami oleh pasien khususnya pasien dalam menghadapi tindakan operasi. Perawat merespon secara tepat dan menilai apa yang diperlukan serta mempunyai tujuan yang jelas dalam memberikan alternatif pemecahan masalah yang positif, agar pasien mampu dan bisa menyesuaikan dengan *stressor* sehingga dapat mengurangi rasa cemas yang dihadapi pasien.

Keterangan diatas sesuai dengan pendapat (Keliat, 1992: 18), yang menyatakan dimensi respon merupakan kepedulian dan kepekaan seseorang untuk menempatkan diri dan memahami perilaku diri sendiri dan orang lain. Sesuai pula dengan pernyataan yang diungkapkan oleh (Cook & Fontaine, 1987: 103) bahwa hubungan perawat-pasien dapat memberikan alternatif dan membantu pasien dalam proses pemecahan masalah yang dihadapi. Jika hal tersebut tidak dikomunikasikan maka akan dapat meningkatkan kecemasan pasien sehingga akan dapat merubah prosedur tindakan yang telah ditentukan, oleh sebab itu informasi merupakan fungsi untuk mengurangi rasa cemas (Long, 1996: 9), senada pula dengan pernyataan Maes (1983), yang dikutip oleh (Sarwono, 1997: 57), dinyatakan bahwa semakin kuat emosi seseorang, makin berkurang kemampuan rasionalnya dalam mengolah suatu informasi. Pasien yang menerima informasi secara benar sebelum menghadapi prosedur tindakan, tujuan operasi dan efek sampingnya lebih dapat melakukan perawatan secara mandiri.

#### 4.2.4 Dimensi Tindakan dalam hubungan terapeutik perawat pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

Dari data diatas pada tabel 4.7 disimpulkan bahwa sebagian besar mempunyai dimensi tindakan baik sebanyak 20 orang (64,5 %), dan dimensi tindakan cukup sebanyak 11 orang (35,5 %) selanjutnya untuk dimensi tindakan kurang tidak ada (0 %). Berdasarkan uji *regresi logistik* yang dipakai pada tabel 4.5 diperoleh  $p = 0,011 < \alpha 0,05$  ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna.

Dengan demikian dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien mempunyai hubungan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dimensi tindakan tidak terlepas dari dimensi respon, dalam dimensi tindakan perawat yang selalu merespon pasien berdasarkan kebutuhan dasar manusia, sehingga timbul keterbukaan antara perawat dengan pasien dengan demikian akan dapat mengurangi rasa kecemasan pasien. Hal ini disebabkan perawat dalam memberikan tindakan keperawatan selalu dalam konteks kehangatan, pengertian dan bersikap terbuka serta berorientasi pada kebutuhan dasar manusia. Dengan demikian pasien merasa percaya sehingga timbul hubungan interpersonal yang makin terbuka dan konstruktif antara perawat dengan pasien, maka pasien akan memperluas kesadaran dan penerimaan pada dirinya. Dapat dibuktikan dari data yang ada, menunjukkan sebagian besar pasien menunjukkan tingkat kecemasan ringan sebanyak 19 orang (61,3 %), dan kecemasan sedang sebanyak 12 pasien (38,7 %), selanjutnya untuk kecemasan berat sampai panik tidak ada (0 %).

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Goldstein (1975) yang dikutip oleh (Smet, 1994: 266) mengatakan makin baik hubungan interpersonal perawat dengan pasien makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya dan makin cenderung mendengarkan dengan penuh perhatian serta bertindak atas nasehat yang diberikan oleh perawat. Sebaliknya individu dalam keadaan emosional biasanya tidak dapat mendengarkan dengan baik apa yang dijelaskan kepadanya (Sarwono, 1997: 57). Hal ini pula dikemukakan oleh Stuart & Sundeen (1987) yang dikutip (Keliat, 1992: 21), keterbukaan antara perawat dengan pasien akan dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien dan perawat itu sendiri. Senada dengan Rogers (1974) yang dikutip oleh (Ellis, 1999: 142), mengatakan unsur inti dalam hubungan pertolongan adalah kehangatan, ketulusan, dan pemahaman yang empati serta perhatian positif yang tidak bersyarat.

Tampilan data dan pembahasan diatas pada tabel 4.6 dan 4.7 didapatkan bahwa dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien lebih dominan dengan nilai signifikansi yang terkecil adalah  $p < 0,011$  dengan tingkat kemaknaan 0,05. Jika dibandingkan dengan dimensi respon yang mempunyai nilai signifikansinya  $p < 0,049$ .

## **BAB 5**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Dimensi respon perawat baik sebanyak 23 orang (74,2%) dan dimensi respon cukup sebanyak 8 orang (25,8%).
2. Dimensi tindakan perawat baik sebanyak 20 orang (64,5%) dan dimensi tindakan cukup sebanyak 11 orang (35,5 %).
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi dengan tingkat kemaknaan 0,049 ( $p < 0,05$ ).
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi tindakan dalam hubungan terapeutik perawat pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi dengan tingkat kemaknaan 0,011 ( $p < 0,05$ ).

#### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka ditarik beberapa saran yaitu :

1. Perlu diupayakan seefektif mungkin penerapan hubungan terapeutik perawat terhadap pasien khususnya pasien pre operasi yang dirawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



2. Perlu ditingkatkan pemahaman tentang konsep hubungan terapeutik perawat-pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien pre operasi.
3. Perlu pemahaman konsep hubungan terapeutik yang baik dan benar dan selalu berorientasi pada kebutuhan dasar pasien.
4. Perlu dikembangkan lebih lanjut pada penelitian berikutnya demi peningkatan IPTEK keperawatan dimasa yang akan datang.

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Appelbaum, et al. (1987), *Inform Consent (Legal Theory & Clinical Practice)*, New York, Oxford
- Abraham. C (1996), *Psikologis Sosial Untuk Perawat*, editor Robert Prihardjo, EGC, Jakarta .
- Cook, J.S. ; Fontaine, K. L, (1987), *Essential of Mental Health Nursing*, Addition Wesley – Publishing Company – California
- Elaine L. La, Monica, (1994), *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, pendekatan berdasarkan pengalaman, EGC, Jakarta
- Ellis.R (1999), *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan : Teori dan Praktek*, alih bahasa Susi Purwoko, EGC, Jakarta
- Gaffar. J.L. (1999) *Pengantar Keperawatan Profesional*, EGC, Jakarta
- Helena M. (1996), *Tahapan Hubungan Terapeutik Perawat Klien*, makalah disampaikan pada pelatihan jiwa kiat komunikasi keperawaatan, FIK, UI Jakarta
- Hamid. A.S,(1996), *Komunikasi Terapeutik*, makalah disampaikan pada pelatihan jiwa kiat komunikasi keperawatan FIK, UI, Jakarta
- Keliat.B.A (1996), *Peningkatan Kesadaran Diri Perawat*, disampaikan pada pelatihan jiwa kiat komunikasi keperawatan FIK, UI, Jakarta
- Kozier. B. (1983), *Fundamentals of Nursing : Concepts and Procedurs*, Addition Wesley – Publishing Company – California
- Keliat B. A (1992), *Hubungan Terapeutik Perawat Klien*, EGC, Jakarta
- Long. B.C (1996), *Perawatan Medical Bedah, suatu pendekatan proses keperawatan 2*, Yayasan LAPK, Padjajaran Bandung.
- Maramis. W.E (1995), *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya
- Mardijana. A, dkk (2001), *Gangguan Cemas Menyeluruh*, Makalah yang dibacakan di Ruang Pertemuan Bappenkam RSUD Dr. Soetomo Surabaya

- Mc. Ghie. A, (1986), *Penerapan Psikologi dalam Keperawatan*, Yayasan Esentia Media dan Andi, Yogyakarta
- Nursalam & Siti Pariani, (2000), *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, CV Indomedika, Jakarta
- Nurjannah I, (2001), *Sari Keperawatan Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien : Kualitas Pribadi Sebagai Sarana*, PSIK- FK UGM, Yogyakarta
- Purwanto H, (1994), *Komunikasi Untuk Perawat*, EGC, Jakarta
- Prihardjo.R (1995), *Pengantar Etika Keperawatan*, Kanisius, Jakarta
- Pusdiknakes Depkes RI, ( 1990 ) *Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Jiwa, Jilid IV Pusdiknakes*, Jakarta.
- Purwanto W, (2002), *Metodelogi Riset Keperawatan*, Makalah yang disampaikan pada pelatihan metodologi riset keperawatan, PPNI, Jatim
- Smet.B (1994), *Psikologis Kesehatan*, PT Gramedia Widya Sarana, Jakarta
- Sarlito Sarwono, (1997), *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Stuart G.W;Sundeen S.J, (1987), *Principles amd Practice of Psiatric Nursing*, 3<sup>rd</sup>, E. B. The CV Mosby Company, St. Louis.
- Stuart G.W; Sundeen SJ, (1998), *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Ed.3, EGC, Jakarta
- Sjamsuhidayat, (1996), *Buku Ajar Ilmu Bedah*, EGC, Jakarta
- Sukidjo (2000), *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Widayantun.T.R (1999), *Ilmu Perilaku*, CV Sagung Seto, Jakarta
- Zainudin M, (2000), *Metodelogi Penelitian*, Airlangga University Press, Surabaya

## LAMPIRAN

## Lampiran 1

## HALMINTON ANXIETY RATING SCALE ( HARS)

Terdiri dari 14 Item yaitu :

## 1. Perasaan Cemas :

- Cemas
- Firasat buruk
- Takut Akan pikiran sendiri
- Mudah tersinggung

## 2. Ketegangan

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

## 3. Ketakutan

- Pada gelap
- Ditinggal sendiri
- Pada orang asing
- Pada binatang besar
- Pada keramaian lalu lintas
- Pada kerrumunan banyak orang

## 4. Gangguan Tidur

- Sukar tidur
- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Bangun dengan lesu
- Mimpi-mimpi
- Mimpi buruk

- Mimpi yang menakutkan
5. Gangguan Kecerdasan
- Daya ingat buruk
6. Perasaan Depresi
- Kehilangan minat
  - Sedih
  - Bangun dini hari
  - Berkurangnya kesenangan pada hobi
  - Perasaan berubah-ubah
7. Gejala Somatik
- Nyeri pada otot
  - Kaku
  - Kedutan otot
  - Gigi gemeretak
  - Suara tidak stabil
8. Gejala Sensoris
- Tinitus
  - Penglihatan kabur
  - Muka merah dan pucat
  - Merasa lemah
  - Perasaan ditusuk-tusuk
9. Gejala Kardiovaskuler
- Takikardi
  - Berdebar-debar
  - Nyeri dada
  - Denyut nadi meningkat
  - Denyut nadi seperti mau pingsan
  - Detak jantung hilang sekejap

**10. Gejala Pernafasan**

- Rasa terkekan didada
- Perasaan tercekik
- Merasa nafas pendek dan sesak
- Sering menarik nafas panjang

**11. Gejala Gastrointestinal**

- Sulit menelan
- Gangguan pencernaan
- Nyeri lambung setelah dan sebelum makan
- Rasa panas diperut
- Mual
- Muntah
- Rasa nek
- Defekasi lembek
- Berat badan menurun
- Konstipasi

**12. Gejala Urugentialia**

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan kencing
- Amenorrhoe
- Menorrhagia
- Frigiditas
- Ejakulasi Prekok
- Ereksi Hilang
- Impotensi

**13. Gejala Vegetatif**

- Mulut kering
- Muka kering
- Mudah berkeringat
- Pusing sakit kepala



- Bulu roma berdiri

14. Perilaku Sewaktu Wawancara

- Gelisah
- Tidak tenang
- Jari gemetar
- Mengerutkan dahi atau kening
- Muka tegang
- Tonus otot meningkat
- Nafas pendek dan cepat
- Muka merah

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO  
INSTALASI RAWAT INAP BEDAH

62

JL. MAYJEN PROF. Dr. MOESTOPO NO. 6 - 8 TELP. 5501135 - 5501136  
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala Bidang Litbang  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dari : Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Nomor : 163/ Irna Bedah / V / 2002

Tanggal : 15 Mei 2002

Lampiran :

Perihal : Mengijinkan melakukan penelitian

Dengan hormat,

Menindak lanjuti surat dari Kepala Bidang Litbang pada tanggal 18 April 2002 No. 070 / 171 / 308 / Litb / IV / 2002 perihal mohon pertimbangan ijin penelitian atas Nama :

**DJULIANUS TES MAU**  
**NIM : 010 030 165 B**

dari Program Studi S .1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga sebagai syarat tugas akhir studinya dengan judul " Analisa hubungan terapeutik perawat pasien terhadap tingkat kecemasan pasien pra operasi RSUD Dr. Soetomo Surabaya " pada dasarnya kami mengijinkan untuk melakukan penelitian .

Demikian atas kerjasamanya , kami ucapkan terima kasih

Hormat kami

Ka. Instalasi Rawat Inap Bedah  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

**Dr. Urip Murtedjo . Sp. B**  
**Nip. 140 090 934**

## Lampiran 3

## PERNYATAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Para pasien diruang perawatan IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang terhormat..

Salam dan selamat bertemu

Nama saya Djulianus Tes Mau, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “ Analisa Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien dan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi diruang IRNA Bedah RSUD Dr, Soetomo Surabaya.”

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya penerapan hubungan terapeutik perawat – pasien.

Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah kami siapkan dengan sejujurnya atau apa adanya sesuai yang bapak/ibu/saudara rasakan. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas bapak/ibu/saudara. Untuk itu saya mohon agar tidak mencatumkan nama. Informasi yang bapak/ibu/saudara berikan dipergunakan sebagai wahana untuk mtngembangkan mutu pelayanan, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara sekalian untuk menandatangani persetujuan yang telah saya siapkan.

Partisipasi Bapak/ibu/saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan terdahulunya diucapkan terima kasih

Surabaya, 2002.

Hormat saya,

( Djulianus Tes Mau )

## Lampiran 4

## LEMBAR PERSETUJUAN PASIEN MENJADI RESPONDEN

***"Analisa hubungan terapeutik perawat-pasien dan tingkat kecemasan pasien pre operasi di Ruang IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya"***

OLEH :

*DJULIANUS TES MAU*

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

Lampiran 5

FORMAT PENGUMPULAN DATA PASIEN

Judul Penelitian : Analisa Hubungan Terapeutik Perawat-pasien dan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi diruang IRNA Bedah RSUD Dr.Soetomo Surabaya.

Tanggal penelitian : .....

Nomor responden : .....

Petunjuk : Berilah tanda ( V ) pada kotak jawaban yang anda pilih.

A. Data Demografi

1. Jenis Kelamin

- laki-laki
- Perempuan

2. Umur responden

- 20 - 25 tahun
- 26 - 35 tahun
- 36 - 45 tahun
- 46 - 55 tahun

3. Tingkat pendidikan

- SMP
- SMA
- Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

- Tidak bekerja
- Swasta
- Wirastasta
- PNS/TNI/POLRI
- Pensiunan

diisi oleh peneliti

*Jawablah secara jujur dan lingkarilah huruf yang ada didepan jawaban yang menurut anda paling benar.*

**B. Dimensi respon dalam hubungan terapeutik perawat-pasien**

1. Apakah perawat bersikap terbuka saat berinteraksi dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
2. Apakah perawat bersikap jujur saat berinteraksi dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
3. Apakah perawat bersikap realitas terhadap kenyataan yang anda hadapi ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
4. Apakah pembicaraan perawat dapat dipercaya saat berinteraksi dengan anda?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
5. Apakah perawat menerima dan mempercayai anda untuk memecahkan masalah yang sedang anda hadapi ( persiapan operasi ) ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
6. Apakah perawat menghargai anda tanpa syarat atas respon yang anda berikan?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
7. Apakah perawat melihat atau memandang pasien melalui pandangannya sendiri tanpa melibatkan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
8. Apakah perawat peka atau tanggap terhadap perasaan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah

9. Apakah perawat mengidentifikasi serta memberikan alternatif pemecahan masalah yang sedang anda hadapi ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
10. Apakah perawat menggunakan istilah yang nyata dalam mendiskusikan perasaan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
11. Apakah perawat menggunakan istilah yang nyata dalam mendiskusikan pengalaman anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
12. Apakah perawat menggunakan terminologi yang nyata dalam mendiskusikan perilaku anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah

**C. Dimensi Tindakan dalam hubungan terapeutik perawat-pasien.**

1. Apakah perawat mengekspresikan atau mengungkapkan kesenjangan perilaku anda untuk meningkatkan kesadaran diri perawat ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
2. Apakah perawat memberikan respon segera pada anda tentang hal yang terjadi sekarang ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
3. Apakah perawat merespon pada saat terjadi interaksi dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang
  - c. Tidak pernah
4. Apakah perawat mengemukakan informasi tentang dirinya untuk mendukung kerja sama dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah

5. Apakah perawat mengemukakan informasi tentang ide-ide untuk mendukung kerja sama dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
6. Apakah perawat mengemukakan informasi tentang sikap dan perasaannya untuk mendukung kerja sama dengan anda ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
7. Apakah perawat mendorong anda untuk mengungkapkan hal-hal (perasaan takut ) yang dialami pasien untuk didiskusikan secara terbuka ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
8. Apakah perawat mendorong untuk mengungkapkan pengalaman anda untuk didiskusikan secara terbuka ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah
9. Apakah perawat mendorong anda untuk mengungkapkan kecemasan untuk didiskusikan secara terbuka ?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak pernah

#### D. Tingkat kecemasan

Adakah tanda dan gejala yang saudara rasakan dalam menghadapi tindakan operasi ?

	Diisi oleh peneliti
1. Perasaan cemas <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cemas</li> <li><input type="checkbox"/> Firasat buruk</li> <li><input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah tersinggung.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2. Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Merasa tegang</li> <li><input type="checkbox"/> Lesu</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah terkejut</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah menangis</li> </ul>	<input type="checkbox"/>



- Gemetar
- Gelisah
3. Ketakutan
- Terhadap gelap
- Terhadap Orang Asing
- Bila ditinggal sendiri
- Terhadap kerumunan orang banyak
- Terhadap keramaian lalu lintas
- Terhadap binatang besar
4. Gangguan Tidur
- Sukar tidur
- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Bangun dengan lesu
- Mimpi-mimpi
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan
5. Gangguan kesadaran
- Sukar berkonsentrasi
- Daya ingat buruk
6. Perasaan tertekan ( Depresi )
- Hilangnya minat
- Sedih
- Kurangnya kesenangan / Hobi
- Bangun dini hari
- Perasaan berubah sepanjang hari
7. Otot-otot
- Nyeri pada otot
- Keditan otot
- Gerakan gigi
- Rasa tidak stabil

- |     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| 8.  | Gejala Sensorik  | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Tinitus                                   |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Penglihatan Kabur                         |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Muka merah / pucat                        |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Perasaan lemah                            |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Perasaan ditusuk-tusuk                    |                          |
| 9.  | Gejala Kardiovaskular  | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Tachikardia                               |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Nyeri dada                                |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Denyut nadi meningkat                     |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Rasa lemah seperti mau pingsan            |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Detak jantung hilang ( berhenti sekejap ) |                          |
| 10. | Gejala Pernafasan  | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Rasa tertekan didada                      |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Perasaan tercekik                         |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Sering menarik nafas panjang              |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Merasa nafas pendek / sesak               |                          |
| 11. | Gejala Gastrointestinal  | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Sulit Menelan                             |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Obstipasi / Sukar buang air besar         |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan                       |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Nyeri lambung sebelum dan sesudah makan   |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Pernafasan perut                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Perut terasa penuh dan kembung            |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Mual dan Muntah                           |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Buang air besar lembek                    |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Konstipasi / tidak dapat buang air besar  |                          |
| 12. | Gangguan Urogenital  | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Sering kencing                            |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Tidak dapat menahan kencing               |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Amenorrhoe / tidak datang bulan           |                          |

- Menorrhagi / datang bulan banyak
- Frigiditas
- Ejakulasi Prekok / ejakulasi dini
- Ereksi lemah atau tidak dapat ereksi

## 13. Gangguan Otonom / Vegetatif

- Mulut Kering
- Muka merah
- Mudah berkeringat
- Pusing / sakit kepala
- Bulu roma berdiri

## 14. Perilaku sewaktu wawancara

- Gelisah
- Tidak tenang
- Jari tremor / gemetar
- Mengkrutkan dahi
- Muka tegang
- Tonus otot meningkat
- Nafas pendek dan cepat



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO  
“ BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN “  
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12  
SURABAYA

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 070/256/308/Litb/ V/2002

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DR.Dr. Hans Lumintang, SpKK  
Nip : 140 086 485  
Pangkat/Gol : Pembina - IV/a  
Jabatan : Kepala Bidang Litbang

dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Djulianus Tes Mau  
NIM : 010030165 B

telah menyelesaikan penelitian di Inst. Rawat Inap Bedah, dan RSUD Dr. Soetomo dengan judul :

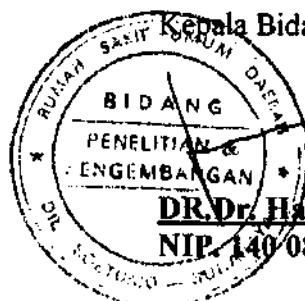
*“Analisa hubungan terapeutik perawat pasien terhadap tingkat kecemasan pasien pra operasi ”*

mulai tanggal 18-Apr-2002 sampai dengan 16-Mei-2002.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 16 May 2002.

Kepala Bidang Litbang ,



**DR. Dr. Hans Lumintang, SpKK**  
**NIP. 140 086 485**

## Logistic Regression

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	31	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	31	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		31	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
kecemasan ringan	0
kecemasan sedang	1

## Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	18.694	2	.000
	Block	18.694	2	.000
	Model	18.694	2	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	22.687	.453	.615

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted	
		Tingkat kecemasan	
		kecemasan ringan	kecemasan sedang
Step 1	Tingkat kecemasan	16	3
	kecemasan ringan		
	kecemasan sedang	2	10
Overall Percentage			

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted
			Percentage Correct
Step 1	Tingkat kecemasan	kecemasan ringan	84.2
		kecemasan sedang	83.3
Overall Percentage			83.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df
Step 1	RESPON	-2.663	1.352	3.878	1
	TINDAKAN	-2.806	1.107	6.420	1
	Constant	14.195	4.984	8.112	1

Variables in the Equation

		Sig.	Exp(B)
Step 1	RESPON	.049	.070
	TINDAKAN	.011	.060
	Constant	.004	1461068,1

a. Variable(s) entered on step 1: RESPON, TINDAKAN.

	tindakan	respon	cemas
1	2,00	3,00	1,00
2	2,00	2,00	2,00
3	3,00	3,00	1,00
4	3,00	2,00	1,00
5	3,00	3,00	1,00
6	3,00	3,00	1,00
7	2,00	3,00	1,00
8	2,00	2,00	2,00
9	3,00	3,00	1,00
10	3,00	3,00	1,00
11	3,00	3,00	2,00
12	2,00	3,00	2,00
13	3,00	2,00	2,00
14	3,00	3,00	1,00
15	2,00	3,00	2,00
16	2,00	2,00	2,00
17	3,00	3,00	1,00
18	3,00	3,00	1,00
19	2,00	3,00	2,00
20	2,00	2,00	2,00
21	3,00	3,00	1,00
22	2,00	2,00	2,00
23	2,00	2,00	2,00
24	3,00	3,00	1,00
25	3,00	3,00	2,00
26	3,00	3,00	1,00
27	3,00	3,00	1,00
28	3,00	3,00	1,00
29	3,00	3,00	1,00
30	3,00	3,00	1,00
31	3,00	3,00	1,00



