

SKRIPSI

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA KLIEN PRE OPERASI MASTEKTOMI DI RUANG
BEDAH II RSUD Dr.H. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN

PENELITIAN *CROSS-SECTIONAL*

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



Oleh :

YUSRIATI

NIM : 131011193

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

2012

SKRIPSI

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA KLIEN PRE OPERATIF MASTEKTOMI DI RUANG
BEDAH II RS Dr.H. SLAMET MARTODIRJO PAMEKASAN**

Oleh:
Yusriati
131011193

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL,

Oleh

Pembimbing Ketua



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197410292003122002

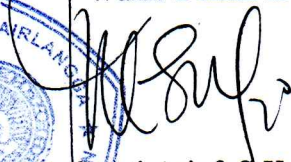
Pembimbing



Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns
NIK. 139 101 033

Mengetahui

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan II



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kep
NIP 197806062001122001



SKRIPSI

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA KLIEN PRE OPERATIF MASTEKTOMI DI RUANG
BEDAH II RS Dr.H. SLAMET MARTODIRJO PAMEKASAN**

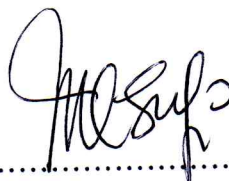
Oleh:
Yusriati
131011193

Telah diuji

Pada Tanggal, 16 Pebruari 2012

PANITIA PENGUJI

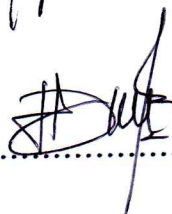
Ketua : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197806062001122001



Anggota : 1. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197410292003122002

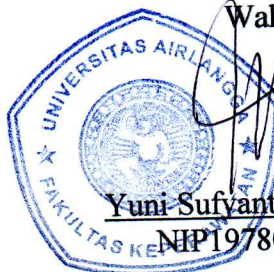


2. Herdina Mariyanti, S.Kep.,Ns
NIK. 139 101 033

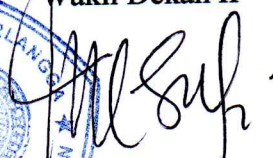


Mengetahui

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan II



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,MKep.
NIP197806062001122002



MOTTO

**IT'S NICE TO BE IMPORTANT BUT
IT'S MORE IMPORTANT TO BE NICE**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat Rahmat dan Hidayah-Nya kami bisa menyelesaikan skripsi dengan judul “HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT KECEMASAN KLIEN PRE OPERASI MASTEKTOMI DI RUANG BEDAH II RSUD Dr.H. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah meluangkan waktunya dengan ikhlas dan sabar dalam memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan skripsi ini.

4. Ibu Herdina Mariyanti, S.Kep., Ns selaku pembimbing II Fakultas Keperawatan AAirlangga Surabaya yang telah meluangkan waktunya dengan sabar dan ikhlas memberikan bimbingan selama penyusunan skripsi ini.
 5. Ibu Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes selaku ketua penguji skripsi Fakultas Keperawatan Unniversitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan masukan, saran dan kritikan untuk perbaikan skripsi ini.
 6. Dr. Iri Agus Subaidi, MM., M.Si selaku Direktur RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo yang telah memberikan ijin dan memfasilitasi selama penelitian ini.
 7. Para klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II yang telah bersedia menjadi responden untuk penelitian ini.
 8. Seluruh dosen, staf dan karyawan, Pak Udin, Pak Hendi, Bu Nur dkk, yang telah banyak membantu dalam kelancaran proses penyusunan skripsi ini.
 9. Suami dan anakku Roiq tercinta, kakak-kakak dan Rinda c-yanx yang telah banyak memberikan doa, pengorbanan, bantuan dan dorongan moril selama penulis menyelesaikan skripsi ini.
 10. Teman-teman angkatan B13 yang telah banyak memberikan bantuan selama penulis menyelesaikan skripsi ini.
 11. Semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan kepada kami dalam kesuksesan penyusunan skripsi ini.
- Semoga Allah SWT berkenan memberikan balasan atas segala bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna dan banyak kekurangan dan kelemahan, tetapi kami berharap skripsi ini bisa bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan, Amien.

Surabaya, Pebruari 2012

Penulis,

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN THERAPEUTIK COMMUNICATION WITH THE DEGREES OF ANXIETY TO PATIENT WITH MASTECTOMY PRE OPERATION.

Cross Sectional study in Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan General Hospital

By: Yusriati

Mastectomy can be done by radical or segmental of the mammae depends on the stadium of Ca Mammae due to Tumor size, Nodes and Metastase (TNM). This surgery can cause anxiety to the client that were influenced by some factors. This anxiety can be mild, moderate and severe.

The purposed from this study was to identify correlation between therapeutic communication that was done by the nurse with the Degrees of Anxiety to the Client with Mastectomy pre operation in Surgical Ward Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan General Hospital.

Design of this study was Cross Sectional with correlational approach. Population was all patient pre operation mastectomy. Sample comprised 10 respondents, recruited using purposive sampling. Research instrument used questionnaires. Data were analyzed using Spearman rho.

The Study found 60% of client pre operation of mastectomy had negative perception to therapeutic communication of nurse. And 50% had a severe anxiety. Spearman rho test statistics showed a correlation between therapeutic communication of nurse with the degrees of anxiety to the client pre operation of mastectomy with a value of $p < 0,05$.

The conclusion is that there was a correlation between therapeutic communication with the degrees of client anxiety with pre op mastectomy. Bad communication by nurse can increase the degrees of client anxiety.

Keyword: Therapeutic Communication, Degrees of anxiety, Pre operation Mastectomy

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	iii
Lembar Pernyataan	iv
Lembar Persetujuan	vi
Lembar Penetapan Panitia Penguji	vii
Ucapan Terima Kasih	viii
<i>Abstarct</i>	xi
Daftar Isi	xii
Daftar Gambar	xv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Lampiran	xvii
Daftar Singkatan	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis	6
1.4.2 Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Ca Mammae	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Etiologi ca mammae.....	9
2.1.3 Tanda dan gejala	10
2.1.4 Penentuan ukuran dan penyebaran ca mamame	11
2.1.5 Stadium klinis ca mammae	12
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	12

2.1.7	Komplikasi	14
2.1.8	Penatalaksanaan Medis.....	15
2.2	Konsep Mastektomi	15
2.2.1	Pengertian	15
2.2.2	Tipe mastektomi.....	16
2.3	Konsep Komunikasi Terapeutik	18
2.3.1	Pengertian	18
2.3.2	Tujuan komunikasi terapeutik	18
2.3.3	Fase komunikasi terapeutik	19
2.3.4	Sikap perawat dalam komunikasi	21
2.3.5	Tehnik komunikasi terapeutik.....	23
2.3.6	Faktor yang mempengaruhi komunikasi	26
2.4	Konsep Kecemasan	28
2.4.1	Pengertian	28
2.4.2	Batasan karakteristik	28
2.4.3	Etiologi kecemasan	29
2.4.4	Faktor yang mempengaruhi kecemasan	31
2.4.5	Tingkat kecemasan	33
2.4.6	Penilaian tingkat kecemasan	34
2.4.7	Cara Penilaian	36
2.4.8	Penentuan derajat kecemasan	36
2.5	Konsep Pre Operasi	37
2.5.1	Pengertian	37
2.5.2	Persiapan pre operasi	37
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	40
3.1	Kerangka konseptual penelitian	40
3.2	Hipotesis	41
BAB 4	METODE PENELITIAN	42
4.1	Desain Penelitian	42
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling	42

4.3 Variabel Penelitian	44
4.4 Instrumen Penelitian	46
4.5 Waktu dan Tempat Penelitian	47
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	47
4.7 Analisis Data	48
4.8 Kerangka Operasional	49
4.9 Masalah Etik	50
4.10 Keterbatasan	51
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
5.1 Hasil Penelitian	52
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	52
5.1.2 Data umum karakteristik demografi responden	54
5.1.3 Variabel yang diukur	59
5.1.4 Hubungan komunikasi terapeutik dengan kecemasan ..	62
5.2 Pembahasan	63
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	69
6.1 Simpulan	69
6.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	xi
Lampiran 1	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara Normal.....	8
Gambar 2.2 Anatomi Payudara pada Ca Mammae	9
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	40
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	49
Gambar 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	54
Gambar 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan.....	55
Gambar 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	55
Gambar 5.4 Karakteristik Responden dengan Riwayat Gen Ca Mammae	56
Gambar 5.5 Karakteristik Responden dengan Riwayat Keluarga Merokok.....	57
Gambar 5.6 Karakteristik Responden dengan Riwayat Pemakaian Fetsin	57
Gambar 5.7 Karakteristik Responden berdasarkan Mekanisme Koping	58
Gambar 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Masa Rawat	59
Gambar 5.9 Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik.....	60
Gambar 5.10 Tingkat kecemasan Klien.....	61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium Klinis Ca Mammae.....	12
Tabel 2.2 Penatalaksanaan Medis pada Ca Mammae	15
Tabel 4.1 Definisi Operasional	45
Tabel 4.3 Koefisien Korelasi dan tingkat Hubungan	48
Tabel 5.1 Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Format Permohonan Menjadi Responden.....	72
Lampiran 2 : Format Persetujuan Menjadi Responden.....	73
Lampiran 3 : Format Pengumpulan data klien.....	74
Lampiran 4 : Lembar Kuesioner Kecemasan.....	76
Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Komunikasi Terapeutik	81
Lampiran 6 : Ijin Pengambilan Data.....	85
Lampiran 7 : Surat Ijin Penelitian.....	86
Lampiran 8 : Jawaban Ijin Penelitian.....	87
Lampiran 9 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	88
Lampiran 10 : Rekapitulasi Data Umum Responden.....	89
Lampiran 11 : Hasil Uji Korelasi SPSS.....	90

DAFTAR SINGKATAN

SOP	: Standar Operasional Prosedur
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Ca Mammae	: Carsinoma Mammae
TNM	: Tumor size, Nodes, Metastase
MRS	: Masuk Rumah Sakit
HARS	: Hammilton Anxiety Rating Scale

BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

Penyakit kanker payudara disebabkan karena terjadinya pembelahan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga penambahan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (Long, 1996). Tindakan operasi pada kanker payudara dilakukan dengan pengangkatan mammae (*mastectomy*) dan harus segera dilaksanakan dengan tujuan untuk mengendalikan atau menghambat pertumbuhan sel kanker supaya tidak menyebar ke dalam jaringan yang sehat, atau bahkan sel kanker tersebut melepaskan diri dan menyebar ke seluruh tubuh (Harnawati, 2008). Operasi mastektomi merupakan peristiwa kompleks yang sangat menegangkan dan menimbulkan kecemasan. Secara psikis klien harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena kebanyakan pasien sebelum operasi akan merasa cemas dan takut terhadap penyuntikan, nyeri luka, pembiusan bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati (DepKes RI, 1998). Perawat sebagai petugas kesehatan yang selalu mendampingi klien mempunyai tanggung jawab untuk mengidentifikasi dan menurunkan tingkat kecemasan klien dengan cara melakukan asuhan keperawatan secara holistik, salah satu tindakan untuk mengatasi kecemasan tersebut adalah dengan melakukan pendekatan kepada klien melalui komunikasi terapeutik dengan cara menempatkan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual yang patut dihargai. Semestinya perawat harus melakukan pelayanan dengan komunikasi yang lebih terapeutik serta bersifat edukasi yang sangat diperlukan oleh klien dan keluarganya, komunikasi terapeutik

harus dilakukan secara professional dan proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah kesehatan klien (Djulianus, 2002). Fenomena yang terjadi di RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan, berdasarkan data dari supervisor pada bulan Nopember 2011 adalah minimnya komunikasi dan interaksi antara perawat dan klien terutama pada klien pre operasi mastektomi. Perawat hanya akan masuk ke kamar klien untuk menemani dokter ketika melakukan pemeriksaan, mengganti infus, merawat luka, memberikan suntikan dan jika ada panggilan atau keluhan dari klien atau keluarganya sehingga sering terjadi operasi yang tertunda karena klien merasa cemas dan belum siap menghadapi operasi. Survei awal yang dilakukan pada bulan Desember 2011 didapatkan bahwa dari 6 klien pre operasi mastektomi yang mengalami kecemasan ringan 1 orang (16,7%), kecemasan sedang 3 orang (50%), dan kecemasan berat 2 orang (33,3%). Hal ini terjadi karena di RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan belum mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat.. Komunikasi terapeutik sangat dibutuhkan untuk mengurangi kecemasan pada klien dan keluarga yang dirawat di rumah sakit sehingga klien dan keluarga memiliki coping yang baik untuk menghadapi masalahnya (Yunita, 2009). Kecemasan pada pasien yang mengalami kanker payudara juga membutuhkan perhatian dan interaksi yang terapeutik dari perawat (Arika, 2008). Namun hubungan komunikasi terapeutik dengan penurunan kecemasan pada klien pre operasi mastektomi belum dapat dijelaskan.

Hasil penelitian Smith, dkk, 2006 mengemukakan bahwa ca mammae kasusnya meningkat dari 0,5% menjadi 3% per tahun, dan kasus baru yang di diagnosis pada tahun 2010 akan menjadi 1,4-1,5 juta penderita. Data dari

Patological Based Registration, 2005, di Indonesia mempunyai angka kejadian minimal 20 ribu kasus baru/ tahun dengan kenyataan 50% kasus baru ditemukan pada keadaan stadium lanjut. Survei awal dari Rekam Medik RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan ditemukan data bahwa angka kejadian ca mammae dari tahun 2009-2010 mengalami peningkatan, dari 89 orang menjadi 104 orang, dan semuanya merupakan klien rawat inap di ruang bedah II dan dilakukan operasi mastektomi. Sarwito (2008), menyatakan penatalaksanaan operasi masih didominasi oleh perawatan fisik dan mengabaikan perawatan mental/psikis pasien. Dalam hal ini perawat dapat menentukan suatu masalah dalam merencanakan asuhan keperawatan yang mengacu pada setiap aspek permasalahan klien dan membantu meningkatkan kepercayaan diri klien guna menghadapi proses operasi, sehingga klien mampu memilih koping yang positif bagi dirinya.

Kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik fisik maupun psikologisnya misalnya harga diri, gambaran diri dan identitas diri (Stuart & Sundeen, 1998). Djulianus (2002), menyatakan bahwa 70% pasien mengalami kecemasan sebelum pembedahan karena kurangnya komunikasi dengan perawat. Sarwito (2008), mengungkapkan klien yang menghadapi operasi memiliki kecemasan yang lebih besar ditandai dengan klien banyak bertanya kepada perawat tentang prosedur operasi yang akan dihadapi, bingung, gelisah, tegang, sering berkemih dan biasanya diikuti dengan adanya peningkatan tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernafasan karena belum siap menghadapi operasi. Penelitian Yunita (2009), menyatakan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik juga bisa berpengaruh terhadap penurunan kecemasan orang tua dengan anak

yang di rawat di RS.Dr.Hardjono Ponorogo. Arika (2008), mengemukakan hasil penelitian terhadap 33 pasien dengan kanker payudara di RSUD Adam Malik Medan didapatkan klien yang mengalami kecemasan ringan 37,3% atau 9 orang, kecemasan sedang 42,4% atau 14 orang dan kecemasan berat 30,3% atau 10 orang. Kecemasan yang dialami klien pre operasi mastektomi disebabkan juga oleh berbagai hal, diantaranya adalah kecemasan menghadapi ruangan operasi, peralatan operasi, cemas menghadapi gangguan body image berupa perubahan bentuk fisik atau kehilangan satu anggota tubuh setelah operasi, takut mati saat dibius, cemas jika operasi gagal, hal ini disebabkan karena kurangnya informasi dan komunikasi yang tepat dari perawat. Pasien yang mengalami kecemasan akan berpengaruh pada proses penyembuhan, yaitu menurunnya respon imun (Carpenito, 1999). Akibatnya proses penyembuhan penyakit menjadi terhambat, dan waktu perawatan lebih lama. Kecemasan yang tidak segera diatasi dapat menyebabkan operasinya tersebut ditangguhkan atau di tunda, serta dapat mengganggu proses penyembuhan.

Tehnik komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain (Stuart & Sundeen, 1995). Pada dasarnya fungsi komunikasi terapeutik untuk mendorong dan mengajarkan kerja sama antara perawat dan pasien, melalui hubungan perawat - pasien. Perawat berusaha mengungkap perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan (Purwanto, 1994). Komunikasi terapeutik akan terwujud dengan adanya interaksi yang terapeutik antara keduanya. Interaksi itu harus dilakukan sesuai tahapan

baku komunikasi terapeutik yaitu tahap pra interaksi, orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi, menampilkan sikap yang baik dalam komunikasi, serta menggunakan tehnik komunikasi terapeutik yang diharapkan bisa mengurangi kecemasan pada klien pre operasi mastektomi.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan antara komunikasi terapeutik dengan penurunan kecemasan pada klien pre operasi mastektomi di ruang bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi mastektomi di ruang bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.
3. Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pada klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Mendukung pengembangan ilmu tentang konsep keperawatan Medikal Bedah khususnya asuhan keperawatan mengenai hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan penurunan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi.

1.4.2 Praktis

1. Institusi Rumah Sakit

- Meningkatkan upaya pelayanan di rumah sakit, khususnya penerapan tehnik komunikasi terapeutik perawat kepada klien yang pre operasi mastektomi di ruang bedah II RSUD Dr. H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.
- Membantu terwujudnya pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap klien pre operasi dan sebagai masukan terhadap rumah sakit untuk pembuatan standar operasional prosedur (SOP) tentang komunikasi terapeutik dalam asuhan keperawatan.

2. Perawat

- 1) Memberikan kontribusi dan informasi kepada perawat mengenai pentingnya komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien pre operasi mastektomi sehingga dapat meningkatkan profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- 2) Sebagai bahan penelitian lebih lanjut, terutama penelitian yang berhubungan dengan hubungan komunikasi terapeutik terhadap

tingkat kecemasan klien yang akan menjalani pembedahan mastektomi.

2. Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan yang baik dan pengetahuan tentang persiapan pre operasi mastektomi melalui komunikasi terapeutik sehingga dapat memilih coping yang baik dan klien bisa menghadapi operasinya serta dapat mempercepat proses penyembuhan.

BAB 2

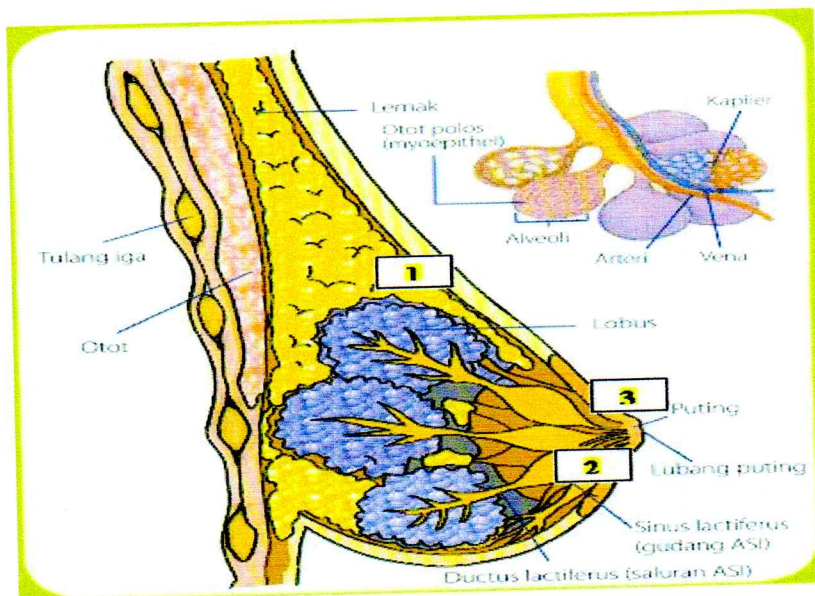
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker Payudara

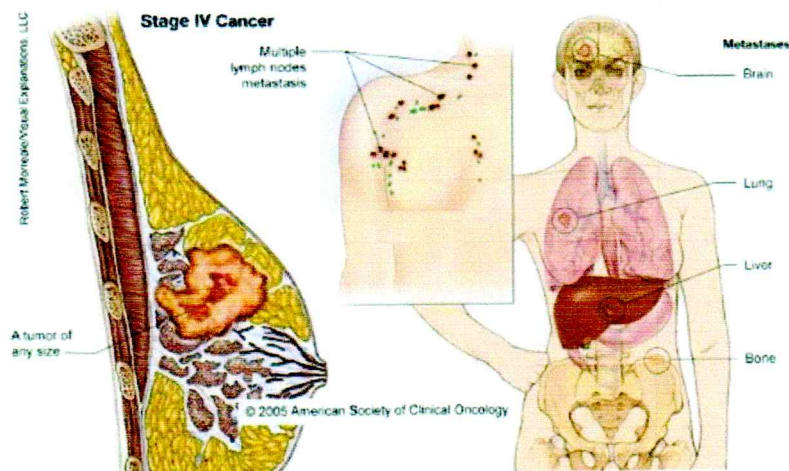
2.1.1 Pengertian

Kanker Payudara adalah neoplasma ganas dengan pertumbuhan jaringan mammae abnormal yang tidak memandang jaringan sekitarnya, tumbuh infiltrasi dan destruktif dapat bermetastase (Reskoprodjo, 1995).

Carsinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Carpenito LJ, 1995).



Gambar 2.1 Anatomi Payudara Normal
(American Society of Clinical Oncology, 2005)



Gambar 2.2 Anatomi Payudara pada Ca Mammae dan Penyebarannya
(*American Society of Clinical Oncology, 2005*)

2.1.3 Etiologi dan faktor resiko

Tidak ada satupun penyebab yang spesifik, tetapi terdapat serangkaian *bourgeois genetic*, hormonal dan kemudian kejadian lingkungan dapat menunjang terjadinya *carcinoma mammae*.

Faktor Resiko terjadinya ca mamme menurut Brunner & Suddart, 2002 antara lain:

- 1) Riwayat pribadi ca mammae
- 2) Menarche dini
- 3) Nullipara/ usia lanjut pada kelahiran anak pertama
- 4) Menopause pada usia lanjut
- 5) Riwayat penyakit payudara jinak
- 6) Riwayat keluarga dengan ca mammae
- 7) Kontrasepsi oral
- 8) Terapi pengganti hormon
- 9) Pemajanan radiasi

10) Konsumsi Alkohol

11) Usia > 40 tahun

2.1.4 Tanda dan gejala

Penemuan tanda-tanda dan gejala sebagai indikasi ca mammae masih sulit ditemukan secara dini. Kebanyakan dari ca mammae ditemukan jika sudah teraba massa atau benjolan, biasanya diketahui oleh wanita itu sendiri. Tanda dan gejala yang sering ditemukan pada ca mammae menurut Brunner & Suddart, (2002) antara lain:

1) Terdapat massa utuh (kenyal)

Biasanya pada kuadran atas dan bagian dalam, dibawah lengan, bentuknya tidak beraturan dan terfiksasi (massa tidak dapat digerakkan).

2) Nyeri pada daerah massa

3) Adanya lekukan ke dalam/ dimpling, tarikan dan retraksi pada areola mammae.

Dimpling terjadi karena fiksasi tumor pada kulit atau akibat distorsi ligamentum cooper.

4) Edema dengan *peaut d'orange skin* (kulit diatas tumor berkeriput seperti kulit jeruk)

5) Pengelupasan papilla mammae

6) Adanya kerusakan dan retraksi pada areola mammae serta terdapat keluarnya cairan secara spontan kadang disertai darah.

7) Ditemukan lesi atau massa pada pemeriksaan mammografi

2.1.5 Penentuan ukuran tumor, penyebaran pada Ca mammae

Untuk menentukan ukuran tumor dan penyebarannya digunakan teori TNM menurut Brunner & Suddart, 2002 antarlain:

1. Tumor size (T)

TX : Tidak ada tumor

T0 : Tidak dapat ditunjukkan adanya tumor primer

T1 : Tumor dengan diameter 2 cm atau kurang dari 2 cm

T2 : Tumor dengan diameter antara 2-5 cm

T3 : Tumor dengan diameter >5 cm

T4 : Tumor tanpa memandang ukurannya telah menunjukkan perluasan secara langsung ke dalam dinding thorax dan kulit.

2. Regional limfe Nodes (N)

NX : Kelenjar ketiak tidak teraba

N0 : Tidak teraba metastase ke kelenjar ketiak homolateral

N1 : Metastase ke kelenjar ketiak homolateral tapi masih bisa digerakkan

N2 : Metastase ke kelenjar ketiak homolateral yang melekat terfiksasi satu sama lain atau terhadap jaringan sekitarnya.

N3 : Metastase ke kelenjar homolateral supraklavikuler atau intraklavikuler terdapat edema lengan.

3. Metastase Jauh (M)

M0 : Tidak ada metastase jauh

M1 : Metastase jauh termasuk perluasan ke dalam kulit di luar payudara

2.1.6 Stadium klinis Ca mammae

Tabel 2.1 Stadium Klinis (TNM AJCC) Ca Mammae menurut Brunner & Suddart, (2002)

STADIUM	T	N	M
0	T0	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIB	T4	Semua N	M0
	Semua T	N3	M0
IV	Semua T	Semua N	M1

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium meliputi:

- 1) Morfologi sel darah
- 2) Laju endap darah
- 3) Tes faal hati
- 4) Tes tumor marker dalam serum atau plasma
- 5) Pemeriksaan sitologik

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari puting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriiasi.

2. Radiologi

1) Mammografi

Shadowgraph jaringan lunak, dapat mendeteksi massa yang terlalu kecil, memberikan dugaan adanya sifat keganasan dari massa yang teraba.

2) USG

Digunakan untuk membedakan antara massa yang solid dengan massa kistik. Dapat digunakan juga untuk menginterpretasikan hasil mammografi terhadap lokasi massa pada jaringan mammae yang tebal/ padat.

3) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Menggunakan bahan kontras/ radiopaque melalui intravena yang akan diabsorpsi oleh massa tumor atau massa kanker.

4) *Positive Emission Tomografi* (PET)

Digunakan untuk mendeteksi ca mammae terutama untuk mengetahui metastase ke jaringan atau sisi lain.

5) Foto Rontgen Thoraks

6) Biopsi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengangkat sedikit jaringan dari massa payudara untuk pemeriksaan *histology* dan memastikan keganasannya.

2.1.8 Komplikasi

Reskoprodjo, (1995) mengemukakan bahwa komplikasi utama dari ca mammae adalah metastase jaringan sekitarnya dan juga melalui saluran limfe dan pembuluh darah ke organ-organ lain. Tempat yang sering untuk metastase jauh adalah paru-paru, pleura, tulang dan liver. Metastase ke paru-paru akan menyebabkan gangguan ventilasi, metastase ke tulang akan menyebabkan terjadinya fraktur patologis, nyeri kronis dan hiperkalsemia. Sedangkan jika terjadi metastase ke otak akan menyebabkan adanya gangguan persepsi sensori.

2.1.9 Penatalaksanaan medis

Penanganan secara medis dari klien dengan ca mammae ada dua yaitu kuratif (dengan pembedahan) dan paliatif (non pembedahan).

Tabel 2.2 Tabel Penatalaksanaan Medis Pada Ca Mammae (Brunner & Suddart, 2002)

Penanganan	Keterangan
Pembedahan (kuratif)	Mulai dari lumpectomi sampai kuadranektomi. Pengangkatan atau pengambilan contoh jaringan dari kelenjar limfe aksila untuk penentuan stadium.
1. Mastektomi parsial	
2. Mastektomi total dengan diseksi aksila rendah	Seluruh payudara, semua kelenjar limfe di lateral otot pectoris minor.
3. Mastektomi radikal yang dimodifikasi	Seluruh payudara, semua atau sebagian jaringan aksila.
4. Mastektomi radikal	Seluruh payudara, otot pectoris mayor dan minor dibawahnya, seluruh jaringan aksila.
5. Mastektomi radikal yang di perluas	Sama seperti mastektomi radikal ditambah kelenjar limfe mammae interna.
Non Pembedahan (paliatif)	Pada payudara dan kelenjar limfe regioan yang tidak dapat direseksi pada ca stadium lanjut, metastase tulang, metastase kelenjar limfe, aksila serta kekambuhan tumor lokal atau regional setelah mastektomi.
1. Penyinaran	
2. Kemoterapi	Adjuvan sistemik setelah mastektomi atau paliatif pada ca mammae stadium lanjut.
3. Terapi hormon atau endokrin	Ca yang sudah menyebar, memakai estrogen, androgen, progesterone, oforektomi, adrenaektomi, hipofisektomi.

2.2 Konsep Mastektomi

2.2.1 Pengertian

Mastektomi (*mastectomy*) adalah pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat payudara. Di masa lalu, mastektomi radikal dengan pengangkatan

seluruh payudara merupakan penanganan standar kanker payudara. Namun kemajuan medis selama 20 tahun terakhir ini telah memberi lebih banyak pilihan bagi wanita penderita kanker payudara. Salah satu pilihan tersebut bernama *breast-conserving therapy* (BCT) atau terapi penyelamatan payudara (Mansjoer, 2000)

2.2.2 Tipe mastektomi

Tipe mastektomi dan penanganan kanker payudara bergantung pada beberapa faktor, antara lain:

1. Usia
2. Kesehatan secara menyeluruh
3. Status menopause
4. Dimensi tumor
5. Tahapan tumor dan seberapa luas penyebarannya
6. Stadium tumor dan keganasannya
7. Status reseptor hormon tumor
8. Penyebaran tumor telah mencapai simpul limfe atau belum

Tipe mastektomi yang umum dilaksanakan antara lain :

1. Mastektomi Preventif (*Preventive Mastectomy*)

Wanita yang memiliki faktor genetik atau risiko keturunan kanker payudara yang tinggi dapat memilih pembedahan mastektomi preventif. Mastektomi preventif disebut juga *prophylactic mastectomy*. Operasi ini dapat berupa total mastektomi dengan mengangkat seluruh payudara dan puting. Atau

berupa subcutaneous mastectomy, dimana seluruh payudara diangkat namun puting tetap dipertahankan.

2. Mastektomi Sederhana atau Total (*Simple or Total Mastectomy*)

Mastektomi dengan mengangkat payudara berikut kulit dan putingnya, namun simpul limfe masih dipertahankan. Pada beberapa kasus, *sentinel node biopsy* terpisah dilakukan untuk membuang satu sampai tiga simpul limfe pertama.

3. Mastektomi Radikal (*Radical Mastectomy*)

Mastektomi radikal merupakan pengangkatan payudara secara keseluruhan termasuk puting. Dokter juga akan mengangkat seluruh kulit payudara, otot dibawah payudara, serta simpul limfe (getah bening). Namun saat ini jarang dilakukan.

4. Mastektomi Parsial atau Segmental (*Partial or Segmental Mastectomy*)

Dokter dapat melakukan mastektomi parsial kepada wanita dengan kanker payudara stadium I dan II. Mastektomi parsial merupakan *breast-conserving therapy* atau terapi penyelamatan payudara yang akan mengangkat bagian payudara dimana tumor bersarang. Prosedur ini biasanya akan diikuti dengan terapi radiasi untuk mematikan sel kanker pada jaringan payudara yang tersisa. Sinar X berkekuatan penuh akan ditembakkan pada beberapa bagian jaringan payudara. Radiasi akan membunuh sel kanker dan mencegahnya menyebar ke bagian tubuh yang lain.

4. *Quadrantectomy*

Tipe lain dari mastektomi parsial disebut *quadrantectomy*. Pada prosedur ini, dokter akan mengangkat tumor dan lebih banyak jaringan payudara

dibandingkan dengan lumpektomi. Mastektomi tipe ini akan mengangkat seperempat bagian payudara, termasuk kulit dan jaringan konektif (*breast fascia*). Dokter juga akan melakukan prosedur terpisah untuk mengangkat beberapa atau seluruh simpul limfe, dengan *axillary node dissection* atau *sentinel node biopsy*.

6. Lumpectomy atau sayatan lebar.

Merupakan pembedahan untuk mengangkat tumor payudara dan sedikit jaringan normal di sekitarnya. Lumpektomi (*lumpectomy*) hanya mengangkat tumor dan sedikit area bebas kanker di jaringan payudara di sekitar tumor. Jika sel kanker ditemukan di kemudian hari, dokter akan mengangkat lebih banyak jaringan. Prosedur ini disebut *re-excision* (pengirisan/penyayatan kembali).

2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.3.1 Pengertian

Komunikasi terapeutik adalah suatu tehnik dimana usaha untuk mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan (Nursalam, 2001)

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat – klien bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien (Mundakir, 2006)

2.3.2 Tujuan Komunikasi terapeutik

Mundakir (2006), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik dilakukan dengan tujuan:

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan .
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam mengambil tindakan yanggr efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.

3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
4. Mempercepat hubungan atau interaksi antara klien dan terapis secara profesional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

2.3.3 Fase-fase Komunikasi Terapeutik

Damaianti, (2010) menyebutkan ada 4 fase dalam komunikasi terapeutik, antara lain:

1. Fase Pra Interaksi

Tugas perawat dalam fase ini antara lain:

- 1) Mengumpulkan data tentang klien
- 2) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri klien
- 3) Menganalisa kekuatan profesional diri dan keterbatasan klien
- 4) Membuat rencana pertemuan dengan klien (topik, waktu dan tempat)

2. Fase Orientasi

Tugas perawat dalam fase Orientasi antara lain:

- 1) Memberikan salam dan tersenyum kepada klien
- 2) Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien
- 3) Melakukan validasi (kognitif, psikomotor dan afektif) pada pertemuan berikutnya.
- 4) Menentukan mengapa klien mencari pertolongan
- 5) Menyediakan kepercayaan, penerimaan, dan komunikasi terbuka
- 6) Membuat kontrak timbal balik
- 7) Mengeksplorasi perasaan, pikiran dan tindakan klien

- 8) Mengidentifikasi masalah klien
- 9) Mengidentifikasi tujuan dengan klien
- 10) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan
- 11) Menjelaskan kerahasiaan

3. Fase Kerja

Tugas perawat dalam fase kerja ini antara lain:

- 1) Memberi kesempatan klien untuk bertanya
- 2) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran pelaksanaan kegiatan
- 3) Memulai kegiatan dengan cara yang baik
- 4) Melakukan kegiatan sesuai rencana

5. Fase Terminasi

Tugas perawat dalam fase terminasi antara lain:

- 1) Menciptakan realitas perpisahan
- 2) Menyimpulkan hasil kegiatan : evaluasi hasil dan proses
- 3) Saling mengeksplorasi perasaan, penolakan, kehilangan, sedih, marah dan perilaku lain.
- 4) Memberikan reinforcement positif
- 5) Merencanakan tindak lanjut dengan klien
- 6) Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya (waktu, tempat dan topik)
- 7) Mengakhiri kegiatan dengan baik

2.3.4 Sikap perawat dalam komunikasi terapeutik

Sikap perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik menurut Damaianti, 2010 terdiri dari:

1. Kehadiran diri secara fisik

- 1) Berhadapan
- 2) Mempertahankan kontak mata, berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- 3) Membungkuk ke arah klien, untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu yang dialami oleh klien.
- 4) Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan, untuk meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat.
- 5) Tetap rileks, tetap mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon terhadap klien.

2. Kehadiran diri secara psikologis

Kehadiran diri secara psikologis dibagi dalam 2 dimensi:

1) Dimensi respon

Merupakan sikap perawat secara psikologis dalam berkomunikasi dengan klien. Dimensi respon terdiri dari:

a. Keikhlasan

Sikap ikhlas perawat dapat dinyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien.

b. Menghargai

Perawat menerima klien apa adanya, sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak mengejek dan tidak menghina.

c. Empati

Empati merupakan kemampuan masuk dalam kehidupan klien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya.

d. Konkrit

Perawat menggunakan istilah yang khusus dan jelas, bukan yang abstrak. Hal ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan dalam berkomunikasi.

2) Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respon, tindakan yang dilaksanakan harus dalam konteks kehangatan dan pengertian. Dimensi tindakan terdiri dari:

a. Konfrontasi

Konfrontasi merupakan ekspresi perasaan perawat tentang perilaku klien yang tidak sesuai. Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran klien terhadap kerusakan perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku.

b. Kesegeraan

Kesegeraan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-klien saat ini, perawat sensitif terhadap perasaan klien dan berkeinginan membantu dengan segera.

c. Keterbukaan

Perawat harus terbuka dalam memberikan informasi tentang dirinya, ideal diri, perasaan, sikap dan nilai yang dianutnya. Perawat memebuka diri tentang pengalaman yang berguna untuk terapi klien.

d. Emosional katarsis

Emosional katarsis terjadi jika klien diminta berbicara tentang hal yang sangat mengganggu dirinya, ketakutan, perasaan dan pengalaman dibuka dan menjadi topik diskusi antara perawat - klien.

e. Bermain peran

Bermain peran adalah melakukan peran pada situasi tertentu. Hal ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain.

2.3.5 Tehnik komunikasi terapeutik

Dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien, perawat dapat menggunakan berbagai tehnik komunikasi terapeutik menurut Mundakir, (2006) sebagai berikut:

1. Mendengar (*listening*)

Merupakan dasar utama komunikasi, dengan mendengar perawat dapat mengetahui perasaan klien. Berikan kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara, perawat harus mendengar secara aktif.

2. Pertanyaan terbuka (*Broad opening*)

Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya sesuai kehendak klien tanpa membatasi.

3. Mengulang (*Restarting*)

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

4. Klarifikasi

Klarifikasi dilakukan jika perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya tidak runtut dan berpindah-pindah topik.

5. Refleksi

Refleksi merupakan reaksi perawat – klien selama berlangsungnya komunikasi. Refleksi ini dibedakan menjadi dua, yaitu refleksi isi yang bertujuan memvalidasi apa yang didengar, klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat dan refleksi perasaan yang bertujuan member respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.

6. Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting serta menjaga pembicaraan tetap sesuai dengan tujuan, yaitu lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas.

7. Membagi persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang dirasakan dan dipikirkan oleh perawat.

8. Identifikasi tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.

9. Diam

Diam merupakan cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya untuk member kesempatan pada klien untuk berpikir dan memotivasi klien untuk bicara. Pada klien yang menarik diri, tehnik diam berarti perawat menerima klien.

10. Informing

Tehnik ini bertujuan untuk memberikan informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan bagi klien.

11. Saran

Memberikan alternatif ide untuk pemecahan masalah. Saran ini sangat tepat digunakan pada fase kerja dan tidak tepat digunakan pada fase awal pelaksanaan komunikasi.

2.3.6 Faktor – faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik

Menurut Mundakir (2006), ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik, antara lain:

1. Persepsi

Persepsi adalah cara seseorang mencerap tentang sesuatu yang terjadi disekelilingnya. Persepsi seseorang juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu. Persepsi akan sangat mempengaruhi jalannya komunikasi karena proses komunikasi harus ada persepsi dan pengertian yang sama tentang pesan yang disampaikan dan diterima oleh kedua belah pihak.

2. Nilai

Nilai adalah keyakinan yang dianut seseorang. Jalan hidup seseorang dipengaruhi oleh keyakinan, fikiran dan tingkah laku. Nilai – nilai yang di anut perawat dalam konteks komunikasi kesehatan tentunya berbeda dengan nilai – nilai yang dimiliki klien.

3. Emosi

Emosi adalah subyektif seseorang dalam merasakan situasi yang terjadi disekelilingnya. Kekuatan emosi seseorang dipengaruhi oleh bagaimana kemampuan atau kesanggupan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain. Untuk membantu klien, seorang perawat harus menghadirkan perasannya, harus merasakan apa yang dirasakan oleh klien.

4. Latar belakang sosial budaya

Latar belakang sosial budaya mempengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini memang sedikit pengaruhnya namun setidaknya dapat dijadikan

pegangan bagi perawat dalam bertutur kata dan bersikap dalam berkomunikasi dengan klien.

5. Pengetahuan

Komunikasi sulit berlangsung apabila terjadi perbedaan tingkat pengetahuan dari pelaku komunikasi. Pengetahuan merupakan produk atau hasil dari perkembangan pendidikan. Perawat diharapkan dapat berkomunikasi dengan berbagai tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh klien, sehingga perawat dituntut untuk mempunyai pengetahuan yang cukup.

6. Peran dan hubungan

Peran seseorang bisa berpengaruh dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Komunikasi akan berlangsung terbuka, rileks dan nyaman bila dilakukan dengan kelompok yang mempunyai peran yang sama. Komunikasi akan terlaksana dengan baik bila saling mengenal dengan siapa ia berkomunikasi, karena akan merasa bebas dalam mengeluarkan ide atau gagasan yang ingin disampaikan.

7. Kondisi Lingkungan

Pelaksanaan komunikasi akan sangat nyaman jika dilakukan dalam lingkungan yang nyaman. Ruangan yang ramah, bebas dari gangguan dan kericuhan adalah tempat yang baik untuk komunikasi. Lingkungan yang ramai dan kacau bisa merusak pesan yang dikirim oleh kedua belah pihak.

2.4 Konsep Dasar Kecemasan

2.4.1 Pengertian

Kecemasan adalah respon psikologis terhadap stress yang mengandung komponen fisiologis dan psikologis. Perasaan takut atau tidak tenang yang sumbernya tidak diketahui, kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun psikologis, misalnya harga diri, gambaran diri, identitas diri (Long, 1996)

Kecemasan (*Anxietas*) adalah keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah dan aktifitas system saraf otonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas non spesifik (Carpenito, 2000)

Kecemasan merupakan istilah yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan kuatir, gelisah, takut, tidak tenang yang kadang-kadang disertai berbagai keadaan keluhan fisik (DepKes RI, 1998)

2.4.2 Batasan Karakteristik

1. Fisiologis

- 1) Peningkatan frekuensi jantung
- 2) Insomnia
- 3) Kenaikan Tekanan Darah
- 4) Peningkatan frekuensi pernafasan
- 5) Kelemahan dan keletihan
- 6) Pucat dan kemerahan
- 7) Diaforesis
- 8) Mulut kering
- 9) Dilatasi pupil

10) Pegal-pegal dan nyeri

11) Gemetar

12) Kegelisahan

13) Palpitasi

2. Emosional

1) Ketidakberdayaan

2) Gelisah

3) Marah meledak-ledak

4) Cenderung menyalahkan orang lain

5) Menangis

6) Ketegangan

7) Ketidakmampuan untuk rileks

3. Kognitif

1) Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi

2) Kurang waspada pada lingkungan sekitar

3) Pelupa

4) Melamun

2.4.3 Etiologi Kecemasan

Kecemasan disebabkan karena beberapa faktor, diantaranya adalah faktor pendukung (faktor – faktor yang mendukung terjadinya kecemasan) dan faktor presipitasi/ pencetus (faktor yang mencetuskan terjadinya kecemasan).

1. Faktor Pendukung

Gail W. Stuart (2006), menyatakan bahwa ada beberapa teori untuk menjelaskan penyebab *anxietas*, yaitu:

1) Teori Psikoanalitik (Sigmund Freud, 1889)

kepribadian yaitu "*id dan super ego*". Ia melambungkan dorongan insting dan impuls *primitive*.

2) Teori Interpersonal (Alfred Adler, 1911)

Anxietas terjadi dari ketakutan dan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan.

3) Teori Perilaku (Harry Stack S, dan Erich Fromm, 1920)

Anxietas merupakan hasil frustrasi segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4) Teori Keluarga (Karen Horney, 1940)

Menyatakan bahwa gangguan *anxietas* dapat terjadi dan timbul secara nyata dalam keluarga, biasanya tumpang tindih antara cemas dan gangguan depresi.

1. Faktor Presipitasi

Gail W. Stuart (2006) menyatakan bahwa stressor pencetus cemas ada 2 hal yaitu :

- 1) Mengancam terhadap integritas fisik.
- 2) Mengancam sistem dua pribadi yang dapat membahayakan identitas, harga diri dan integritas fungsi sosial.

2.4.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan

1. Faktor internal

1) Usia

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Hulock, 1998). Makin tua usia seseorang makin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi. Makin muda usia seseorang akan sangat mempengaruhi tingkat kecemasannya.

2) Jenis kelamin

Pada umumnya kecemasan pada laki-laki dan perempuan mempunyai sebab yang berbeda – beda, adapun anggapan bahwa wanita lebih emosional dari pada pria, sehingga wanita dengan sendirinya lebih cemas dan bingung (Lusiana, 1998). Perempuan memperlihatkan ketakutan lebih banyak dari pada laki – laki, laki – laki cenderung dapat meredam emosinya dan dapat berpikir secara logika, sedangkan perempuan lebih cenderung untuk mengikuti emosi perasaannya (Hulock, 1998).

3) Mekanisme koping

Koping berkaitan dengan perilaku dan keterampilan yang digunakan oleh individu untuk menyesuaikan diri dengan kejadian lingkungan atau situasi yang tidak bisa individu mengulangi stress mungkin adaptif atau maladaptif tergantung pada hasil yang digunakan (.Long, 1996).

2. Faktor eksternal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita- cita tertentu (Suwarno, 1992). Pendidikan diperlukan untuk hal - hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup, terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah menyesuaikan diri dengan kecemasan, sehingga semakin mudah menerima kecemasan. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan semakin sulit untuk mengatasi kecemasan.

2) Pekerjaan

Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Erich, 1996). Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, seseorang yang mempunyai pekerjaan yang penting dan memerlukan aktifitas, maka akan merasa sangat terganggu setelah dilakukan operasi, terutama seseorang yang mempunyai pekerjaan sebagai sekretaris dikantornya memerlukan penampilan dan kegiatan yang prima, hal ini penyebab timbulnya kecemasan dan memengaruhi perannya dimasyarakat (Long, 1996). Seseorang yang bekerja pada umumnya mempunyai keterampilan menggunakan

mekanisme koping yang baik karena dapat mengelola stressor yang datang setiap saat dalam pekerjaannya.

3) Status perkawinan

Seseorang yang telah menikah memiliki keterlibatan keluarga dalam perawatan kesehatan yang merupakan satu aspek yang luas. Jika ada anggota keluarga yang sakit atau cacat dan dirawat di rumah, maka ada peran primer yaitu menjadi perawat. Tugas dari perkembangan keluarga meliputi lima fungsi dasar keluarga yang terdiri dari fungsi pemeliharaan kepribadian, sosialisasi, perawatan kesehatan, reproduksi dan ekonomi. Tantangan nyata bagi keluarga adalah memenuhi fungsi keluarga secara umum (Marylin, 1998).

4) Status ekonomi

Operasi merupakan tindakan pembedahan yang membutuhkan ahli bedah, pengobatan/terapi medikasi serta biaya yang cukup banyak sehingga pada pasien pra operasi akan merasa cemas untuk biaya operasinya (Brunner & Suddart, 2002).

2.4.5 Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan menurut Stuart & Sudden, 1998 dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Kecemasan ringan (*Mild Anxiety*)

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari – hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lapang dan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2. Kecemasan sedang (*Moderate Anxiety*)

Pada tingkat ini lapang persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

3. Kecemasan Berat (*Severe Anxiety*)

Pada kecemasan berat lapang persepsi menjadi sangat menurun. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Individu tidak mampu berpikir berat lagi dan membutuhkan banyak arahan / tuntunan.

4. Panik (*Panic*)

Pada tingkat ini lapang persepsi sudah sangat sempit, sehingga individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa – apa walaupun sudah diberi arahan/tuntunan.

2.4.6 Penilaian Tingkat Kecemasan (Tes Kecemasan)

Maramis, (1990) menyatakan untuk menilai kecemasan dipakai skor *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yang telah dianggap baku. Adapun gejala-gejala yang tercantum dalam HARS adalah terdiri dari 14 item yaitu:

1. Perasaan cemas

Meliputi cemas, firasat buruk, takut dan mudah tersinggung.

2. Ketegangan

Merasa tegang, letih, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan tidak dapat istirahat.

3. Ketakutan

Pandangan gelap, takut ditinggal sendiri, takut pada orang asing, takut pada binatang besar dan takut keramaian lalu lintas.

4. Gangguan tidur

Sukar tidur, terbangun malam hari, tidak pulas, bila terbangun badan lemas, sering mimpi dan mimpi menakutkan.

5. Gangguan Kecerdasan

Sukar berkonsentrasi dan daya ingat buruk.

6. Perasaan depresi

Hilang minat, sedih berkurang, kesenangan dan perasaan berubah setiap hari.

7. Gejala Somatik/otot-otot

Nyeri otot, kaku, kedutan, kertakan gigi, dan suara tidak stabil.

8. Gejala sensorik

Penglihatan kabur, tekanan darah menurun, muka merah dan merasa lemah.

9. Kardiovaskuler

Takikardia, nyeri dada, denyut nadi meningkat, rasa lelah dan detak jantung berhenti sekejap.

10. Pernafasan

Rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.

11. Gangguan gastrointestinal

Sulit menelan, gangguan pencernaan, nyeri lambung, pernafasan diperut dan mual muntah.

12. Gangguan urogenital

Sering kencing, tidak dapat menahan kencing, frigiditas, amenorrhoe dan menorrhoe.

13. Gangguan otonom

Mulut kering, muka merah, berkeringat, pusing dan bulu roma berdiri.

14. Perilaku saat wawancara

Gelisah, tidak tenang, jari gemetar, muka tegang, tonus otot meningkat, mengerutkan dahi serta nafas pendek dan cepat.

2.4.7 Cara Penilaian

Masing-masing kelompok diberi penilaian angka (skor) antara 0-4 (Maramis, 1990) yang artinya:

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

Masing-masing nilai angka (skor) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang.

2.4.8 Penentuan Derajat Kecemasan

Menjumlahkan nilai skor dari 1-14 dan hasilnya:

- 1) Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan
- 2) Skor 6-14 = kecemasan ringan
- 3) Skor 15-27 = kecemasan sedang
- 4) Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

2.5 Konsep Pre Operasi

2.5.1 Pengertian

Pre operatif adalah sebelum operasi atau sebelum pembedahan (Huncock, 1999).

Fase *pre operatif* dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik atau di rumah, menjalani wawancara pre operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.

2.5.2 Persiapan pre operasi

Persiapan para penderita pre operasi dan perawatannya setelah pembedahan atau pasca operasi sama pentingnya dengan apa yang terjadi di ruang bedah. Tujuan utama mengadakan persiapan pre operasi adalah untuk menghindari persoalan- persoalan yang menyangkut resiko pembedahan. Persiapan pre operasi menurut Soetanto & Puruhito, (1998) meliputi:

1. Persiapan Fisik

1) Persiapan Kulit

Daerah yang akan dicukur ditentukan terlebih dahulu. Pencukuran lebih baik langsung dilakukan sebelum pembedahan. Daerah yang akan dioperasi harus terbebas dari lemak dan kotoran, dan luas daerah yang akan dicukur minimal 10-20 cm².

2) Diet

Klien tidak boleh makan makanan padat selama 12 jam dan cairan selama 8 jam sebelum pembedahan. Bahaya yang sering terjadi akibat

makan/ minum sebelum pembedahan antara lain : aspirasi pada saat pembedahan yang akan mengotori meja operasi dan akan mengganggu jalannya operasi.

3) Pengosongan Isi Perut

Pencakar dan enema diberikan sebelum operasi dilakukan, dengan memberikan 2-3 tablet Biksakodil (Dulkolax) per oral atau melalui supositoria. Pengosongan yang paling baik dilakukan dengan enema memakai garam fisiologis atau air hangat kuku sebanyak 500-1000 ml. Maksud dari pengosongan isi perut antara lain :mencegah cidera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah terjadinya infeksi.

4) Pemberian Obat-obatan

Pada klien pre operatif pemberian obat-obatan melalui intrvena atau intramuscular

5) Hasil Pemeriksaan

Meliputi hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG dan lain-lain harus disiapkan untuk klien pre operatif.

2. Persiapan Psikologis

Tingkat kecemasan yang dirasakan oleh klien harus dikaji. Perawat harus mampu memperkenalkan penghayatan yang spesifik dan penelitian yang lebih mendalam tentang kondisi psikologis klien, misalnya kondisi kecemasan dan perasaan takut klien untuk menghadapi operasi.

Persiapan psikis pada klien sebelum menjalani operasi antara lain:

1) Pemberian informasi

Pasien yang menerima informasi yang benar sebelum menghadapi prosedur tindakan, tujuan operasi dan efek sampingnya lebih dapat melakukan perawatan mandiri (Keliat, 2002).

2) Dukungan moral yang diperoleh dari perawat atau keluarga akan sangat dibutuhkan oleh klien, karena terkadang klien dan keluarga akan mengalami kondisi emosi yang tidak stabil sebelum pembedahan.

3) Penjelasan tentang peristiwa dan persiapan operasi, memperkenalkan dan melaksanakan prosedur-prosedur untuk membantu kebutuhan klien pada fase pre operasi, intra operasi dan pasca operasi.

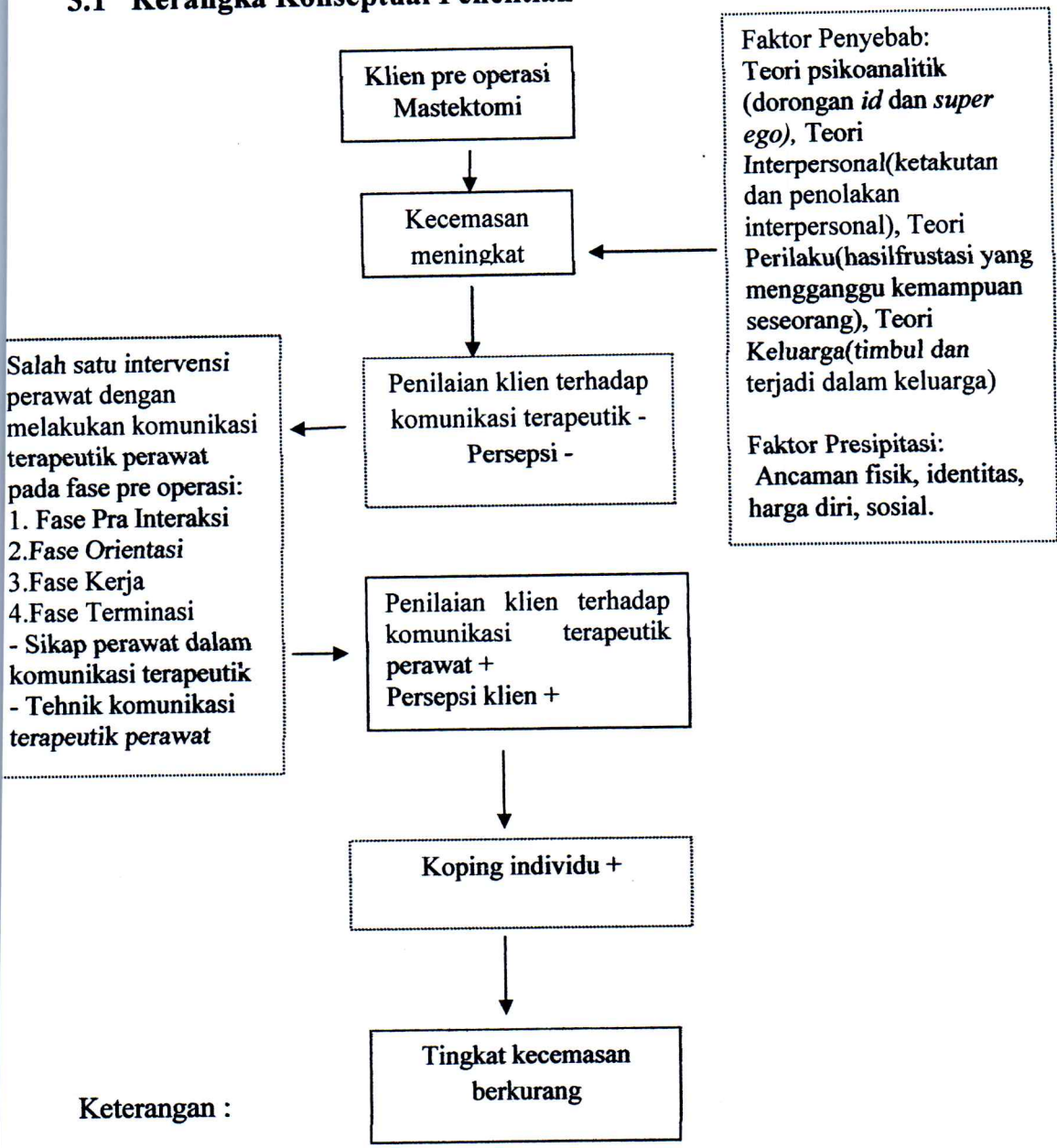
3. Persetujuan tindakan Medis (*Informed Consent*)

Merupakan perjanjian legal antara dokter dan pasien yang harus ditandatangani oleh pasien/ orang tua/ wali sebelum dokter melakukan tindakan. Izin tertulis dari pasien/ keluarga harus tersedia. Persetujuan bisa didapat dari keluarga dekat yaitu suami/ istri, anak tertua, orang tua atau keluarga terdekat lainnya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

- - - - - : Tidak diukur
- : Diukur

Gambar 2.1 Kerangka konseptual penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operatif Mastektomi

Gambar 2.1 menjelaskan klien pre operasi mastektomi dalam menghadapi pembedahan selalu diliputi kecemasan yang meningkat. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain faktor pendukung dan faktor presipitasi. Faktor pendukung menurut Gail W. Stuart (2002) adalah berdasarkan teori Psikoanalitik, teori Interpersonal, teori Perilaku, teori keluarga dan teori Biologi. Kecemasan klien yang meningkat menyebabkan penilaian klien terhadap komunikasi terapeutik perawat kurang dan persepsi klien menyempit. Dengan Komunikasi terapeutik dan informasi yang didapatkan dari perawat pada fase pre operasi, sikap perawat dalam komunikasi terapeutik, serta tehnik komunikasi terapeutik yang dilaksanakan perawat diharapkan dapat menimbulkan penilaian yang positif dari klien tentang penerapan komunikasi perawat sehingga persepsi klien terhadap komunikasi terapeutik serta persiapan operasi menjadi positif, koping dari klien positif sehingga diharapkan terjadinya hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi mastektomi.

3.2 Hipotesis

H1 : Ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi mastektomi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan antara lain: desain penelitian, populasi, sample dan sampling, instrument penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengumpulan data dan analisis data, kerangka operasional.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian serta sebagai alat untuk mengontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2008). Berdasarkan ruang lingkup permasalahan dan tujuan penelitian, maka peneliti menggunakan desain penelitian *Cross Sectional* yaitu penelitian pada beberapa populasi yang diamati pada waktu yang sama.

4.2 Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah subjek (misalnya manusia;klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam,2008)

Populasi dalam penelitian ini adalah klien pre operasi mastektomi yang dirawat diruang bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan dengan rata-rata 10-15 pasien per bulan.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008).

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien pre operasi mastektomi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan dirawat di ruang bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

4.2.3 Kriteria Sampel

Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu Inklusi dan Eksklusi. Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan/ mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008). Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah kriteria inklusi, yaitu klien:

1. Bersedia menjadi responden
2. Usia 25-45 tahun
3. Dapat membaca dan menulis
4. Masa perawatan sebelum operasi minimal 2 hari

Sedangkan kriteria Eksklusi dari penelitian ini antarlain:

1. Klien Ca Mammae stadium lanjut yang disertai komplikasi
2. Klien yang sudah opname tetapi kemudian di rujuk ke Surabaya

4.2.4 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini tidak ditentukan karena sampel dipilih berdasarkan *purposive sampling*, yaitu semua klien pre operasi mastektomi di

ruang bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan yang telah memenuhi kriteria inklusi.

4.2.5 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 1995).

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu, misalnya benda, manusia dan lain-lain. Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu:

1. Variabel Independent

Variabel independent atau bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel dependent (Arikunto, 1998). Variabel independent dalam penelitian ini adalah penilaian klien terhadap komunikasi terapeutik perawat.

2. Variabel Dependent

Variabel dependent adalah faktor yang dipengaruhi oleh variabel independent. Variabel dependent dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi..

4.3.1 Definisi operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diambil, memungkinkan penulis untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini definisi operasional yang digunakan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Penurunan Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi

Jenis Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Pengukuran	Skor
Variable independent : komunikasi terapeutik	Penilaian klien pre operasi mastektomi terhadap penerapan komunikasi terapeutik perawat di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.	1. fase komunikasi terapeutik - fase ra interaksi - fase rientasi - fase kerja - fase terminasi 2. Sikap perawat - ramah - berhadapan - kontak mata - membungkuk ke arah klien - sikap terbuka - rileks	Kuesioner dengan menggunakan 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban 1=ya 0= tidak	Ordinal	<55%= kurang 55-75%= cukup 75-100= baik
Variabel dependent tingkat kecemasan	Respon emosional klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan.	Penelitian terhadap kecemasan (HARS): -perasaan cemas - ketegangan -ketakutan - gangguan tidur -gangguan kecerdasan - perasaan depresi - gejala somatik	Kuesioner dengan menggunakan 14 pertanyaan yang mencakup aspek fisik dan psikis dengan 4 kriteria	ordinal	<6= tidak ada kecemasan 6-14= kecemasan ringan 15-27= kecemasan sedang >27= kecemasan berat Cara menilai:

		- gejala sensorik - gejala kardiovaskuler - gejala pernafasan - gejala gastrointestinal 1 - gejala urogenetalia - gejala otonom - perilaku saat wawancara			0= tidak ada gejala sama sekali 1= satu dari gejala yang ada 2= separuh dari gejala yang ada 3= lebih dari separuh gejala yang ada 4= semua gejala ada
--	--	--	--	--	--

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Arikunto, 2002). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel Independent dalam penelitian ini adalah pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, dengan menggunakan kuesioner tentang penilaian klien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat mulai fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi serta dimodifikasi dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik kepada klien pre operasi mastektomi yang diberikan sehari sebelum klien menjalani operasi dan dilakukan pengukuran pada waktu itu juga.
2. Variabel Dependent dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan, dengan menggunakan kuisisioner dengan skala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yang meliputi 14 aspek fisik dan psikis dengan 4 kriteria. Kuisisioner

tingkat kecemasan diberikan sehari sebelum dilakukan operasi mastektomi, kemudian dilakukan pengukuran pada waktu itu juga.

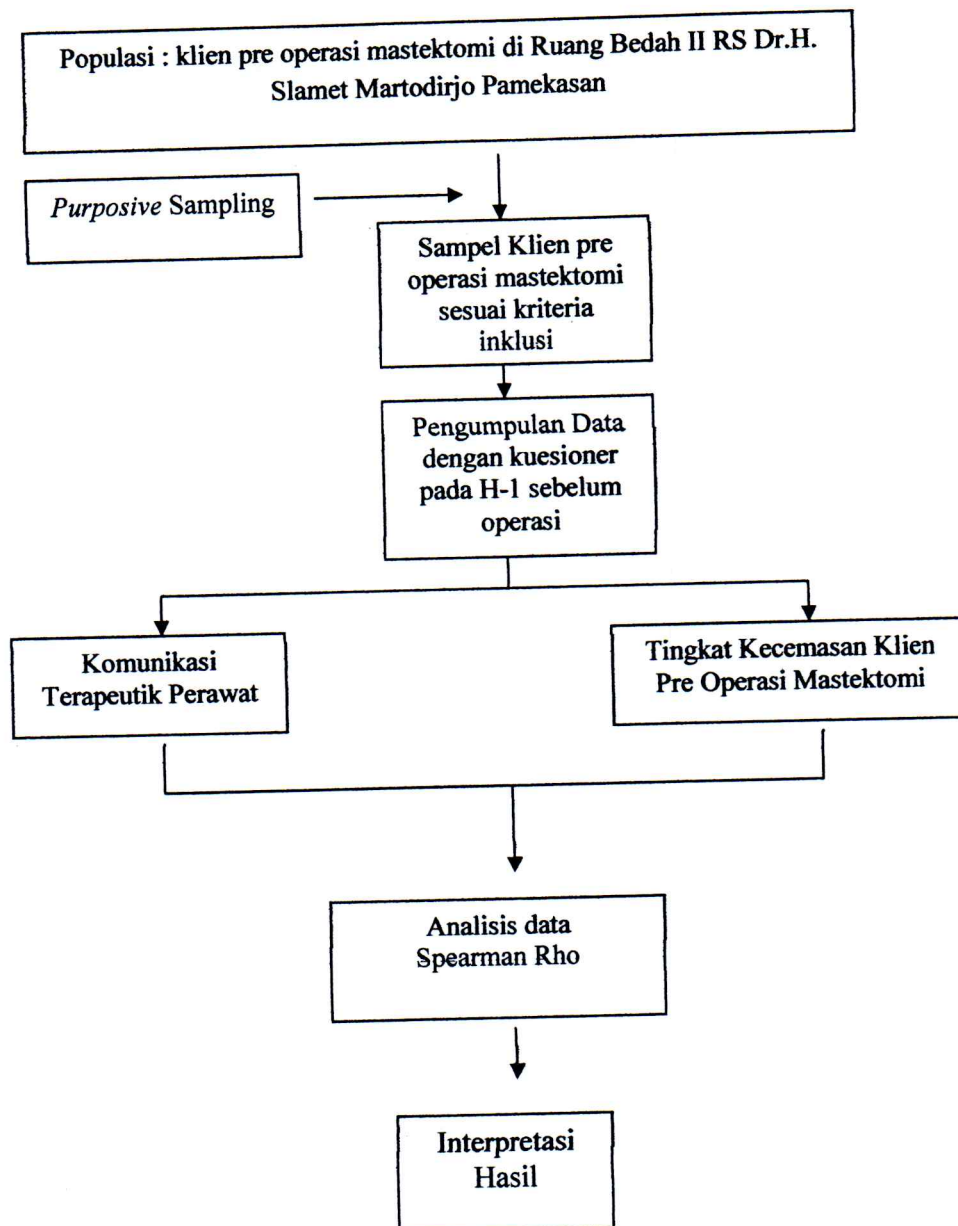
4.5 Waktu dan tempat penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan mulai tanggal 19 Januari-02 Pebruari 2012.

4.6 Prosedur pengumpulan data

Setelah mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya kemudian peneliti meminta izin kepada Direktur RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan dan Kabid Keperawatan, setelah mendapat izin peneliti melakukan pendekatan kepada Kepala Ruangan Bedah II. Kemudian peneliti menyeleksi responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Setelah mendapatkan responden yang dikehendaki, selanjutnya peneliti melakukan pendekatan pada klien pre operasi mastektomi serta menyampaikan rencana penelitian, serta tujuan penelitian. Jika klien bersedia menjadi responden maka peneliti menganjurkan klien untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden atau *Informed Consent* yang telah disediakan serta didampingi oleh peneliti. Klien pre operasi mastektomi MRS pada H-2 pre operasi dan pengumpulan data dilakukan pada H-1 pelaksanaan operasi mastektomi karena diharapkan pada H-1 tersebut klien sudah mendapatkan komunikasi terapeutik dari perawat. Kuesioner yang diberikan untuk menilai pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap klien yang dimulai dari fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi yang dimodifikasi dengan sikap perawat dalam berkomunikasi. Untuk mengukur tingkat kecemasan klien menggunakan skala HARS yang mencakup aspek psikis dan psikologis klien.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Penurunan Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan

4.9 Masalah Etik

Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya dan permintaan ijin kepada Direktur Rumah Sakit Dr.H. Slamet Martodirjo Pamekasan, dan tembusannya disampaikan kepada Bidang Keperawatan dan Kepala Ruang Bedah II RS Dr.H. Slamet Martodirjo Pamekasan. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

4.9.1 Lembar Persetujuan menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti kemudian menjelaskan maksud dan tujuan riset yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, dan bila subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak subyek.

4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data, cukup dengan kode pada masing - masing lembar tersebut.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

4.10. Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2001). Peneliti menyadari bahwa kelemahan atau hambatan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Sampel yang terkumpul hanya 10 orang responden karena keterbatasan waktu penelitian yang hanya 2 minggu.
2. Instrumen Kuesioner yang dimodifikasi sendiri oleh peneliti sedangkan peneliti belum mendapatkan pelatihan tentang penyusunan kuesioner.
3. Kuesioner hanya diberikan pada responden saja sehingga penilaian yang diberikan mengenai pelaksanaan komunikasi perawat hanya dilihat dari sisi klien saja.
4. Penilaian klien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik bersifat subyektif tergantung pada informasi yang diperoleh, persepsi klien terhadap perawat yang berbeda serta kesempatan klien yang terbatas untuk berinteraksi dengan perawat juga mempengaruhi penilaian klien sehingga sering terjadi kelemahan dalam penilaian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil pengumpulan data yang dilaksanakan pada tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012 di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Penyajian data dimulai dari gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variabel yang diukur adalah tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi dan pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat. Bab ini juga menjelaskan hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi dengan menggunakan uji statistik Korelasi *Spearman rho* dengan bantuan komputersasi SPSS 17.0 *version for windows*. Dari uji statistik tersebut dapat diketahui signifikansi hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012 di Ruang Bedah II RSUD Dr H. Slamet Martodirdjo yang beralamat di jalan Raya Panglegur no 5 Pamekasan dengan luas 1000m². Ruang Bedah II berada di lantai dasar Rumah Sakit. Batas – batas Ruang Bedah II sebagai berikut :sebelah utara Ruang Laboratorium, sebelah barat Ruang Bersalin, sebelah timur Poli, sebelah utara Ruang Anak. Ruang Bedah II tersebut merupakan bagian dari instalasi rawat

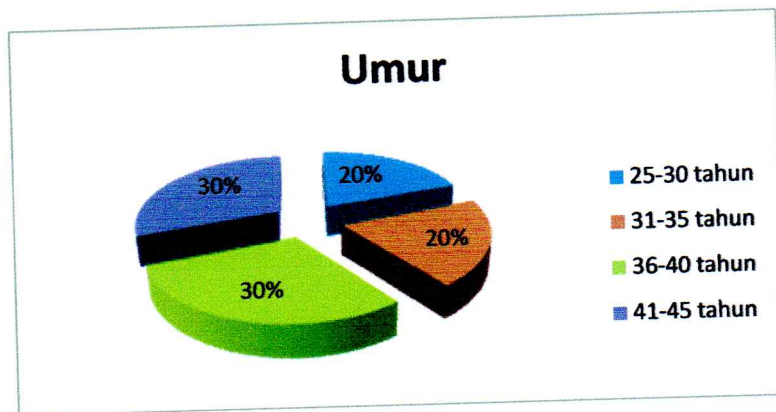
inap penyakit bedah. Ruang Bedah II mempunyai 3 ruang perawatan umum yang dibagi menjadi 3 kelas yaitu kelas 1 dengan kapasitas 2 tempat tidur pasien, kelas 2 dengan kapasitas 4 tempat tidur pasien yang terdiri dari 2 ruangan dan kelas 3 dengan kapasitas 10 tempat tidur pasien yang terdiri dari 5 ruangan, 1 ruang perawatan isolasi dengan kapasitas 2 tempat tidur, *nurse station*, 1 kamar mandi untuk perawat dan 4 kamar mandi untuk pasien. Ruang Bedah II memiliki 62 tempat tidur pasien dengan 2 tempat tidur berada di ruang isolasi. Kasus yang ditangani di Ruang Bedah II antara lain: Hernia, *Benigne Prostat Hiperplasi* (BPH), Struma nodosa, Ca Mammae, dan semua jenis pembedahan kecuali operasi Mata, THT dan operasi Orthopedi.

Jumlah perawat yang ada di Ruang Bedah II sebanyak 19 orang, yang terdiri dari PP 1 orang, SPK 1 orang, DIII 11 orang, DIV 1 orang, S1 3 orang dan yang masih menempuh program S1 Keperawatan sebanyak 2 orang. Komposisi perawat berdasarkan jenis kelamin yaitu 8 orang perawat perempuan dan 11 orang perawat laki-laki. Jumlah rerata perawat yang dinas pada tiap shift yaitu : pagi sebanyak 10 orang, sore 3 orang, malam 3 orang dan 3 orang libur. Jumlah tersebut disesuaikan dengan tenaga perawat yang ada. Jam kerja perawat ruang Bedah II rata-rata untuk dinas pagi dari jam 07.00-14.00, dinas sore dari jam 14.00-20.00 dan untuk dinas malam dari jam 20.00-07.00. Rotasi jadwal dinas pershift umumnya dilakukan setiap empat hari dengan contoh perincian yaitu dinas pagi 4 hari berturut-turut dengan libur 1 hari, dinas siang 4 hari berturut-turut dengan libur 1 hari dan dinas malam 4 hari berturut-turut dengan libur 2 hari.

5.1.2 Data umum karakteristik demografi responden

Responden yang memenuhi kriteria penelitian sebanyak 10 responden. Sebelum dilakukan pengukuran variabel dengan kuisioner responden mengisi data karakteristik demografi terlebih dahulu. Data karakteristik demografi responden terdiri dari umur, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, gen, merokok, penggunaan fetsin, dan mekanisme koping dari responden.

1. Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di Ruang Bedah II RSUD Dr H Slamet Martodirjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram diatas menunjukkan bahwa responden berusia antara 25-30 tahun yaitu sebanyak 2 orang (20 %), responden yang berusia 31-35 tahun sebanyak 2 orang (20%), responden yang berusia 36-40 tahun sebanyak 3 orang (30%) dan yang berusia 41-45 tahun sebanyak 3 orang (30%). Data ini berarti bahwa klien ca mammae dalam penelitian ini mayoritas masih berusia dewasa muda (70%) sehingga tingkat emosi dan persepsi klien masih belum matang yang bisa mempengaruhi terhadap tingkat kecemasan dan penilaian terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat.

2. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir di Ruang Bedah II RSUD Dr H Slamet Martodirjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah sekolah dasar (SD) yaitu sebanyak 5 orang (50%), kemudian SLTP sebanyak 2 orang (20%), SLTA sebanyak 1 orang (10%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 2 orang (20%). Data ini berarti bahwa responden mayoritas memiliki pendidikan yang rendah yaitu SD (50%), sehingga responden dinilai masih belum mempunyai pemahaman dan koping yang baik menghadapi kecemasan dan mencerna komunikasi terapeutik yang diberikan oleh perawat.

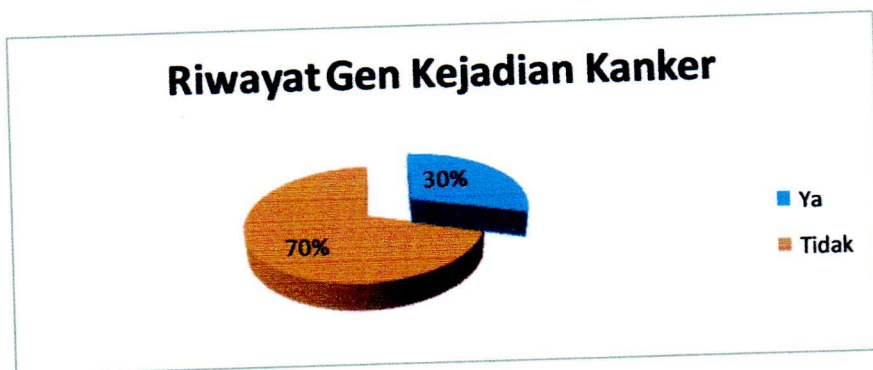
3. Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan di Ruang Bedah II RSUD Dr H Slamet Martodirjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden jenis pekerjaannya sebagai petani sebanyak 5 orang (50%), swasta sebanyak 3 orang (30%) dan sebagian kecil Pegawai Negeri sebanyak 2 orang (20%). Data ini mempunyai arti bahwa separuh dari responden memiliki jenis pekerjaan yang belum mapan sehingga responden kadang kurang bisa menerima adanya stressor kecemasan dan tidak bisa mencerna komunikasi terapeutik karena klien masih berorientasi pada pekerjaan utamanya yang tidak bisa ditekuni lagi.

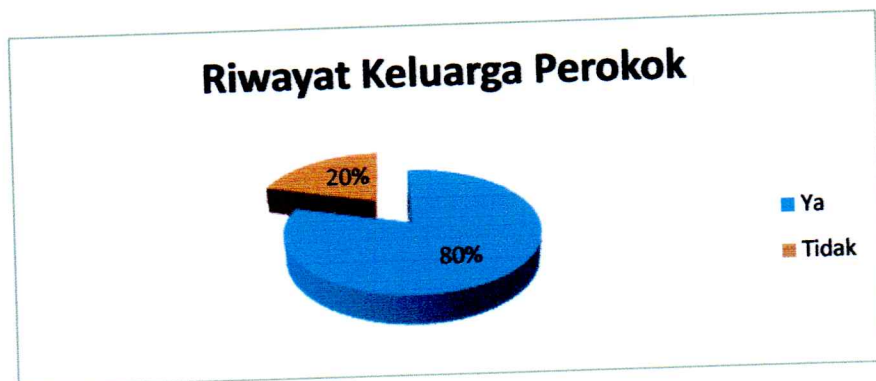
4. Karakteristik responden yang memiliki gen untuk kejadian ca mammae.



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan riwayat gen kejadian kanker di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram diatas menunjukkan bahwa responden yang mempunyai riwayat atau gen keluarga dengan penyakit tumor/kanker adalah 3 orang (30%), dan yang tidak mempunyai riwayat gen tumor/kanker adalah 7 orang (70%). Data ini mengandung arti bahwa kejadian ca mammae tidak selalu terjadi pada klien yang memiliki riwayat keluarga dengan tumor atau kanker. Tetapi menurut teori Brunner & Suddart, 2002 bahwa riwayat keluarga/gen dengan tumor dan ca mammae menjadi faktor resiko terjadinya ca mammae.

5. Karakteristik responden dengan riwayat keluarga perokok



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan riwayat keluarga perokok di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram tersebut menunjukkan bahwa responden sebagian besar mempunyai riwayat keluarga perokok yaitu 8 orang (80%) dan yang tidak mempunyai keluarga perokok hanya 2 orang (20%). Ini menunjukkan bahwa klien ca mammae mayoritas adalah klien yang mempunyai riwayat keluarga perokok, dan angka kejadian ca mammae pada klien dengan keluarga perokok lebih rentan mengalami ca mammae/kanker sesuai teori Brunner & Suddart, 2002.

6. Karakteristik responden yang menggunakan penyedap masakan/fetsin



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan riwayat pemakaian fetsin di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram diatas menunjukkan bahwa responden mayoritas mempunyai riwayat pemakaian penyedap masakan atau fetsin yaitu 7 orang (70%) dan yang tidak memakai fetsin hanya 3 orang (30%), data ini berarti bahwa responden mayoritas memakai penyedap makanan atau fetsin dan kejadian ca mammae lebih rentan terjadi pada klien dengan riwayat pemakaian fetsin.

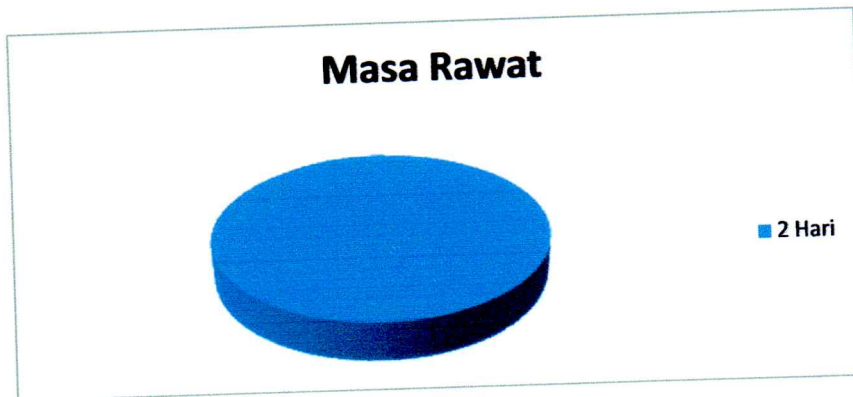
7. Karakteristik responden menurut mekanisme koping yang dipakai



Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan cara mekanisme koping di Ruang Bedah II RSUD Dr.H.Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram tersebut menunjukkan bahwa responden lebih banyak menggunakan mekanisme koping terbuka dalam menyelesaikan masalah yaitu sebanyak 8 orang (80%) dan responden yang menyelesaikan masalah sendiri hanya 2 orang (20%). Data ini berarti cara penyelesaian masalah sendiri tidak menjadi menjadi faktor penentu terjadinya ca mammae pada responden dalam penelitian ini.

8. Karakteristik responden berdasarkan masa rawat pre operasi



Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan lamanya hari perawatan pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram di atas menunjukkan bahwa responden sebanyak 10 orang (100%) mengalami masa rawat 2 hari menjelang pelaksanaan operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Peneliti mempunyai kesempatan untuk memberikan lembar kuesioner kepada semua responden pada H-1 pre operasi mastektomi dengan harapan 1 hari menjelang pre operasi tersebut klien sudah berinteraksi dengan perawat dan sudah mendapatkan intervensi berupa komunikasi terapeutik. Sehingga diharapkan klien bisa memberikan penilaian terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat terhadap dirinya berkenaan dengan persiapan operasinya.

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini diuraikan variabel yang diukur adalah penilaian klien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan, dan menjelaskan hubungan antara komunikasi terapeutik perawat

dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

1. Penilaian Komunikasi Terapeutik Perawat



Gambar 5.9 Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Diagram tersebut menunjukkan hasil pengumpulan data tentang penilaian Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Bedah II RSUD Dr H Slamet Martodirdjo Pamekasan. Gambar tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebanyak 6 orang (60%) menilai komunikasi terapeutik perawat kurang dan terdiri dari responden yang berpendidikan SD, berusia dibawah 40 tahun serta bekerja sebagai petani, 3 orang (30%) menilai komunikasi terapeutik perawat cukup dan terdiri dari responden yang berpendidikan SMP dan SMA, berusia antara 40-45 tahun serta bekerja swasta, dan hanya sebagian kecil sebanyak 1 orang (10%) menilai komunikasi terapeutik perawat baik yaitu responden yang berpendidikan Sarjana, berusia 43 tahun serta bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil.

2. Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi



Gambar 5.10 Distribusi Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr H Slamet Martodirjo Pamekasan tanggal 19 Januari – 02 Pebruari 2012

Gambar diagram tersebut menunjukkan hasil pengumpulan data tentang tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Gambar tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 5 orang (50%) mengalami cemas berat yaitu responden yang berpendidikan SD, berusia dibawah 40 tahun serta bekerja sebagai petani, dan sebanyak 3 orang (30%) mengalami cemas sedang yaitu responden yang berusia dibawah 40 tahun, berpendidikan SD, SMP SMA serta bekerja swasta dan hanya 2 orang (20%) responden yang mengalami cemas ringan yang terdiri dari responden yang berusia diatas 40 tahun, berpendidikan Sarjana serta bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil.

5.1.4 Hubungan antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan

Tabel 5.1 Hubungan antara Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr H. Slamet Martodirdjo Pamekasan

Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan			Total
	Tidak cemas	Cemas Ringan	Cemas sedang	
Baik	0 0%	1 0%	0 0%	1 100%
Cukup	0 0%	1 33,3%	2 66,6%	3 100%
Kurang	0 0%	0 0%	1 16,6%	5 83,3%
Total	0 0%	2 20%	3 30%	5 100%

$\alpha = 0,05$ $r = -866$
 $\rho = 0,01$

Keterangan :

α = koefisien korelasi

ρ = tingkat signifikansi

Tabel diatas menunjukkan bahwa klien yang menilai komunikasi terapeutik baik menyebabkan 1 orang (10%) mengalami cemas ringan. Klien yang menilai komunikasi terapeutik cukup menyebabkan 1 orang (10%) mengalami cemas ringan dan 2 orang (20%) mengalami cemas sedang. Klien yang menilai komunikasi terapeutik kurang menyebabkan 1 orang (10%) mengalami cemas sedang dan 5 orang (50%) mengalami kecemasan berat.

Hasil uji statistik korelasi *Spearman rho* diperoleh nilai $p = 0.01$. karena $p < \alpha$ ($0.01 < 0.05$), maka hipotesa nol (H_0) di tolak. Berarti Terdapat hubungan antara Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr. H Slamet Martodirdjo Pamekasan. Nilai $r = -.866$ yang berarti terdapat hubungan yang sangat kuat antara

Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan klien pre operasi mastektomi dan berbanding terbalik, jika komunikasi terapeutik oleh perawat baik maka tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi semakin ringan.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian mengenai penilaian komunikasi terapeutik perawat yang dilakukan kepada klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan, didapatkan klien yang menilai komunikasi terapeutik perawat baik hanya sebanyak 1 orang (10%) yaitu klien yaberusia 43 tahun, berpendidikan Sarjana dan bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, klien yang menilai komunikasi terapeutik perawat cukup yaitu 3 orang (30%) terdiri dari klien berusia diatas 40 tahun, berpendidikan SMA dan bekerja swasta dan sebagian besar klien menilai komunikasi terapeutik perawat kurang yaitu sebanyak 6 orang (60%) terdiri dari klien yang berusia dibawah 40 tahun, berpendidikan SD dan bekerja sebagai petani. Dapat disimpulkan bahwa selama ini komunikasi terapeutik perawat yang dilaksanakan kepada klien di nilai kurang.

Komunikasi terapeutik merupakan suatu pengalaman bersama antara perawat – klien dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah klien, membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal-hal yang diperlukan (Mundakir, 2006).

Gail W. Stuart, (2005) mengemukakan bahwa dalam komunikasi terapeutik terdapat 4 fase yang harus dilaksanakan yaitu fase Pra Interaksi, fase Orientasi, fase Kerja dan fase Terminasi. Semua fase tersebut tidak bisa dilewatkan dan pelaksanaannya harus berurutan untuk tercapainya komunikasi

terapeutik yang baik. Tercapainya komunikasi terapeutik yang baik antara perawat dan klien juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu persepsi, nilai, emosi, latar belakang sosial budaya, tingkat pengetahuan, peran dan hubungan, serta kondisi lingkungan dalam pelaksanaan komunikasi. Dalam penelitian ini banyak terdapat responden dengan tingkat pengetahuan yang rendah yaitu 6 orang (60%) berpendidikan SD, 2 orang (20%) berpendidikan SLTP, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mundakir, (2006) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik antara lain adalah persepsi, nilai, emosi, latar belakang sosial budaya, tingkat pengetahuan/pendidikan, usia, peran dan hubungan serta kondisi lingkungan. Tingkat pendidikan responden mayoritas rendah yaitu SD dan SMP sehingga tingkat pengetahuan responden kurang dan persepsi klien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat juga kurang. Semakin tinggi tingkat pendidikan klien maka semakin bisa menerima dan mencerna komunikasi terapeutik oleh perawat. Usia responden mayoritas dibawah 40 tahun (70%). Faktor usia klien juga mempengaruhi klien dalam menilai komunikasi terapeutik perawat, semakin tua usia seseorang akan semakin memberikan tanggapan yang baik terhadap komunikasi yang diberikan oleh perawat dan bisa menghasilkan persepsi yang baik terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat.

Komunikasi terapeutik sulit berlangsung jika perawat tidak mempunyai kemampuan berkomunikasi dengan klien yang mempunyai tingkat pendidikan yang minim (Damaianti, 2010). Perawat juga harus bisa memahami dan mampu mengaplikasikan ketrampilannya dalam melakukan komunikasi terapeutik yang baik terhadap semua klien dengan tetap memperhatikan semua faktor yang

mempengaruhi komunikasi serta sikap dan tehnik komunikasi terapeutik yang baik. Pelaksanaan komunikasi terapeutik juga semestinya mutlak harus dilakukan kepada semua klien terutama klien pre operasi mastektomi, sedangkan di RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo perawat sering mengabaikan pelaksanaan komunikasi terapeutik ini karena alasan kesibukan dalam pekerjaan dan terlalu banyaknya klien yang harus dirawat.

Hasil penelitian mengemukakan jumlah klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan yang mengalami kecemasan ringan hanya sebanyak 1 orang (10%) yaitu klien yang berusia 43 tahun, berpendidikan Sarjana dan bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, klien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 3 orang (30%) terdiri dari klien yang berusia sekitar 40 tahun, berpendidikan SMP, SMA dan Sarjana sedangkan yang mengalami kecemasan berat yaitu sebanyak 5 orang (50%) yaitu klien berusia dibawah 40 tahun, berpendidikan SD dan bekerja sebagai petani. Tingkat kecemasan pada klien pre operasi mastektomi sebagian besar mengalami kecemasan berat.

Tindakan operasi merupakan pengalaman yang menegangkan bagi hampir semua klien. Salah satu dampak yang muncul pada klien pre operasi khususnya pre operasi mastektomi adalah cemas. Kecemasan merupakan respon psikologis terhadap stress yang mengandung komponen fisiologis dan psikologis. Perasaan takut dan tidak tenang yang sumbernya tidak diketahui, kecemasan terjadi ketika seseorang terancam baik fisik maupun psikologis, misalnya harga diri, gambaran diri, identitas diri (Long, 1996).

Stuart & Sundeen, 1995 mengemukakan faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain: usia, jenis kelamin, mekanisme koping, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan status ekonomi. Responden penelitian ini mayoritas berusia dewasa muda dibawah 40 tahun (70%), semakin tua usia seseorang makin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi. Jenis kelamin semua responden perempuan (100%), perempuan memperlihatkan ketakutan lebih banyak daripada laki-laki dan cenderung untuk mengikuti emosi perasaannya (Hulock, 1998). Pekerjaan mayoritas petani (50%), seseorang yang mempunyai pekerjaan yang memerlukan aktifitas seperti petani akan merasa sangat terganggu setelah dilakukan operasi berkenaan juga dengan biaya yang harus dikeluarkan. Responden sebagian besar berpendidikan SD sebanyak 5 orang (50%). Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap kemampuan kognitif dalam hal ini akan mempengaruhi juga terhadap tingkat penalaran seseorang, sehingga jika pendidikan klien rendah maka akan menyebabkan klien mengalami kesulitan dalam melakukan pemahaman terhadap komunikasi terapeutik yang disampaikan oleh perawat, dan mekanisme koping dalam penyelesaian masalahnya.

Kesimpulannya adalah klien pre operasi mastektomi mengalami kecemasan yang berbeda-beda, tetapi dari 10 responden mayoritas klien yang mengalami kecemasan berat adalah 5 orang (50%) yaitu klien yang berusia dibawah 40 tahun, berpendidikan SD, dan bekerja sebagai petani. Hal itu disebabkan karena berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan serta kurangnya kemampuan klien dalam melakukan penilaian terhadap pelaksanaan

komunikasi terapeutik perawat terhadap klien tentang status kesehatan dan persiapan operasi mastektomi yang akan dijalani oleh klien.

Masalah yang sering muncul dan menjadi hambatan dalam komunikasi terapeutik adalah ketidakpahaman peran, konflik tanggung jawab, perbedaan status dan perbedaan persepsi (Mundakir, 2006). Klien sering berharap perawat mampu menyelesaikan semua masalah kesehatannya tanpa mengetahui tugas dan fungsi perawat dan sering disamakan dengan dokter. Disisi lain perawat sering menganggap klien adalah pihak yang lemah dan hanya perlu dibantu jika klien mengeluh dan mengadukan tentang kondisi fisiknya yang terganggu dan tidak memperdulikan kondisi psikologis klien. Perawat-klien sering mengalami konflik tanggung jawab untuk menyelesaikan masalah kesehatan klien, perawat sering mengabaikan tanggung jawabnya untuk membantu klien melalui komunikasi terapeutik jika klien mengalami kekurangan pengetahuan dan informasi tentang penyakitnya. Masalah perbedaan status dan persepsi merupakan masalah yang sering terjadi dalam komunikasi terapeutik perawat. Seorang perawat sering memposisikan dirinya sebagai orang yang lebih berkuasa, mempunyai kemampuan dan wewenang bahkan terkadang merasa harus lebih dihormati sedangkan klien dianggap pihak yang menyusahkan dan merepotkan. Akibat dari kondisi tersebut komunikasi yang terjadi lebih banyak berlangsung secara searah atau otoriter (Damaianti, 2010).

Hasil tabulasi data dalam penelitian mengenai hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi didapatkan kurangnya komunikasi terapeutik perawat terhadap klien pre operasi mastektomi, dan tingkat kecemasan yang tinggi dari klien pre operasi mastektomi. Dari hasil

uji statistik menggunakan *Spearman rho* diperoleh nilai $p = 0.01$. karena $p < \alpha$ ($0.01 < 0.05$), maka tolak H_0 . Dan nilai $r = -.866$ berarti terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan, dan nilai $r = -.866$ berarti hasil ini berbanding terbalik, apabila komunikasi terapeutik dilakukan oleh perawat baik maka semakin ringan pula tingkat kecemasan klien, sebaliknya jika komunikasi terapeutik perawat kurang maka akan semakin tinggi pula tingkat kecemasan klien. Seperti yang dikemukakan oleh Djulianus (2002), bahwa sekitar 70% klien mengalami kecemasan sebelum pembedahan karena kurangnya komunikasi dengan perawat.

Responden yang mengalami kecemasan tinggi mengatakan mereka kurang memperoleh komunikasi dan informasi yang baik dari perawat mengenai penyakit, kondisi kesehatan, persiapan operasi, jenis operasi serta komplikasi yang bisa terjadi setelah dilakukan tehnik operasi mastektomi. Faktor usia, pendidikan, dan pekerjaan juga mempengaruhi cara klien menilai komunikasi terapeutik perawat. Semakin tua usia klien, semakin tinggi pendidikan akan semakin memberikan penilaian yang baik dalam menanggapi komunikasi terapeutik yang diberikan oleh perawat. Selain itu juga karena kurangnya komunikasi terapeutik oleh perawat kepada pasien karena kesibukan atau mungkin juga karena perawat belum terampil dalam melakukan komunikasi terapeutik untuk membantu mengatasi masalah klien.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai simpulan yang diperoleh dari hasil penelitian hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi dan saran-saran yang bisa digunakan untuk pengembangan asuhan keperawatan terhadap klien pre operasi dan untuk pengembangan penelitian selanjutnya.

6.1 Simpulan

- 1) Tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan sebagian besar mengalami tingkat kecemasan berat.
- 2) Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik perawat terhadap klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan menurut penilaian responden di nilai masih kurang.
- 3) Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik oleh perawat berhubungan dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

6.2 Saran

- 1) Bagi Institusi Rumah Sakit
 - Perawat di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo semestinya bisa melakukan dan memberikan komunikasi terapeutik yang baik terhadap klien pre operasi sehingga bisa

membantu klien mengatasi masalahnya khususnya kecemasan menghadapi operasi.

- Diharapkan pihak Rumah Sakit bisa melakukan penyegaran atau pelatihan secara berkala tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap klien di rumah sakit terutama klien pre operasi sehingga diharapkan perawat bisa secara kontinu mendapatkan ilmu dan kiat-kiat khusus dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik serta bisa mengaplikasikannya dengan baik.

2) Bagi masyarakat

Hendaknya penelitian ini dapat dijadikan masukan kepada masyarakat agar saat keluarga maupun kerabat yang akan menghadapi operasi di rumah sakit bisa lebih aktif mencari informasi kepada perawat mengenai persiapan operasi, jenis operasi, dan kemungkinan komplikasi yang bisa timbul setelah operasi dengan begitu dapat meminimalkan peningkatan tingkat kecemasannya dalam menghadapi prosedur operasi.

3) Bagi peneliti selanjutnya

- Kepada peneliti lain diharapkan melakukan penelitian yang lebih mendalam tentang faktor lain yang berhubungan dengan tingkat kecemasan dan tidak hanya diteliti pada klien pre operasi mastektomi saja.. Banyaknya multi faktor yang berorientasi di sekitar kita, dalam masalah dan ranah kesehatan khususnya, merupakan hal yang tidak dapat di abaikan.

- Diharapkan peneliti lain bisa melakukan penelitian terhadap klien pre operasi dengan variabel-variabel lain dan membuat kuesioner dengan modifikasi yang lebih luas dan dipadukan dengan teori-teori lain dalam Keperawatan.
- Diperlukan adanya kesadaran akan pentingnya mengetahui banyaknya faktor-faktor yang perlu diteliti. Karena pelayanan yang berdasarkan pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman, merupakan hal yang diharapkan oleh para pengguna jasa kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S 1998, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Arika 2008, Skripsi, *Konsep Diri dan Kecemasan Wanita Penderita Kanker Payudara*, PSIK Fakultas Kedokteran USU, Medan. Hal 23-37.
- Brunner and Suddart 2002, *Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8. volume 2. Jakarta: EGC. Hal 1588-1596.
- Carpenito, LJ 1999, *Buku Saku Diagnosia Keperawatan*, Edisi 8. Jakarta: EGC. Hal 20-28
- Carpenito, L.J 2004, *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Edisi 10. Jakarta: EGC. Hal 11-12
- Damaiyanti, M 2010, *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*, Bandung: Refika Aditama. Hal 11-38
- Djulianus 2002, *Komunikasi terapeutik perawat dalam pembedahan*, di akses 23 Nopember 2011 <http://djuli.web.id/komunikasi_pra_pembedahan.htm/>
- Dep Kes RI 1998, *Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Umum*.
- Gail W. Stuart 2002, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Jakarta: Grasindo. Hal 11-20.
- Hawari 2004, *Psikiater Kanker Payudara, Dimensi Psikologis*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI. Hal 78-81.
- Harnawati 2008, *Asuhan Keperawatan Kanker Payudara*, di akses 2 Desember 2011 <<http://harnawatiaj.wordpress.com/2008/02/16/askep-kanker-payudara/>>
- Isgiyanto, A 2009, *Teknik Pengambilan Sampel pada Penelitian non Eksperimental*, Yogyakarta: Mitra Cendikia. Hal 3-13
- Kaplan & Sadock 1997, *Sinopsis Psikiatri*, Edisi 7, Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Long, 1996, *Perawatan Medikal Bedah*, Jilid 1, Bandung: Yayasan IAPK.
- Mansjoer A 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid 2, Jakarta: Media Aesculapius.

- Maramis, 1992, *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya: FK UNAIR.
- Mundakir 2006, *Komunikasi Keperawatan Aplikasi Dalam Pelayanan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mulyana, D 2007, *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, edisi 9, Bandung: Remaja Rosdakarya. Hal 5.
- Notoatmodjo, S 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Nurdin 2007, *HubunganTerapeutik Perawat-Klien*, diakses 2 Nopember 2011, <<http://www.info.StikesmuhGombong.ac.id/ledisi3nurdindkk.doc>>.
- Nursalam 2001, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta: CV Sagung Seto.
- Nursalam 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika. Hal 77-110
- Purwanto, H 1994, *Komunikasi Untuk Perawat*, Jakarta: EGC.
- Reskoprodjo 1995, *Kumpulan Kuliah Ilmu Bedah*, Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Sastroasmoro, S. & Ismail, S 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinik*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sarwito 2008, *Pengaruh Informasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSUD telogorejo*, Yogyakarta: RSUD Telogorejo. Hal 45.
- Smeltzer 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC. Hal 1596-1600.
- Stuart & Sudden 1995, *Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Soetamto & Puruhito 1998, *Pedoman Tehnik Operasi*, Surabaya: FK UNAIR.
- Syamsuhidajat 2004, *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Jakarta: EGC.
- Yunita 2009, Skripsi, *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Orang Tua dengan Anak yang Dirawat di RS Dr.Hardjono,Ponorogo*. Hal 24-30.
- _____ 2002, *Pedoman Penyusunan Proposal Dan Skripsi*, Surabaya: UNAIR

Lampiran 1

FORMAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kpd Yth :

Ibu/Sdri/calon responden

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : YUSRIATI

N.I.M : 131011193

Adalah mahasiswa SI Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan kegiatan penelitian dengan judul “ **HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT KECEMASAN KLIEN PRE OPERASI MASTEKTOMI DI RUANG BEDAH II RSUD DR.H. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN**” Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan klien pre operasi mastektomi di RSUD DR. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

Untuk itu saya mohon kesediaan ibu/saudari untuk menjadi responden penelitian ini dengan memberikan jawaban secara jujur dan tanpa ada tekanan atas wawancara yang dilakukan oleh peneliti. Jawaban akan dijamin kerahasiannya dan tidak dapat mempengaruhi apapun. Penelitian ini hanya digunakan bagi kepentingan peneliti akademis. Atas bantuan dan peran serta ibu/saudari saya ucapkan terimakasih.

Surabaya, Januari 2012

YUSRIATI

Lampiran 2

SURAT PERSETUJUAN PESERTA PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat keterangan secukupnya mengenai penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa SI Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut dibawah ini yang berjudul **“Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr.H. Slamet Martodirdjo Pamekasan”** dengan suka rela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian diatas dengan catatan bila sewaktu-waktu dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini.

Kode Responden

Yang menyetujui
Responden

(.....)

Lampiran 3

FORMAT PENGUMPULAN DATA KLIEN

Judul Penelitian : HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN
PENURUNAN KECEMASAN KLIEN PRE OPERASI MASTEKTOMI DI
RUANG BEDAH II RSUD Dr.H.SLAMET MARTODIRDJO PAMEKAS[AN

DATA DEMOGRAFI

No. Kode :

Petunjuk Pengisian :

1. Isi data identitas dengan jelas
2. Berilah tanda cek (\checkmark) pada jawaban yang dianggap benar.
3. Setiap pertanyaan harus diisi, tidak boleh kosong

Umur ; 25-30 Tahun 31-35 Tahun

36-40 Tahun 41-45 Tahun

Pendidikan : SD SMP SMA PT

Pekerjaan ; PNS Swasta Petani Lain-lain

Status : Kawin Belum kawin

Agama :

Adakah anggota keluarga yang menderita tumor/ kanker?

Ya Tidak

Kebiasaan / pola hidup:

- Adakah anggota keluarga ada yang merokok? Ya Tidak

- Kebiasaan memasak menggunakan penyedap/ fetsin? Ya Tidak

- Kebiasaan dalam menyelesaikan masalah:

Terbuka dengan keluarga

Diselesaikan sendiri

Disimpan dalam hati

Lampiran 4

KUESIONER TINGKAT KECEMASAN MENGGUNAKAN SKALA HARS**Petunjuk Pengisian**

1. Berikan tanda (√) pada kotak sebelah kiri
2. Boleh memilih lebih dari satu gejala yang ada
3. Apakah saat ini saudara mengalami gejala-gejala berikut ?

1. Perasaan cemas, ditandai dengan :

SKOR

Firasat buruk

Takut akan pikiran sendiri

Mudah tersinggung

2. Ketegangan yang ditandai oleh :

Merasa tegang

Lesu

Tidak dapat istirahat dengan nyenyak

Mudah menangis

Gemetar

Gelisah

Mudah terkejut

3. Ketakutan:

Ketakutan pada gelap

Ketakutan ditinggal sendiri

Ketakutan pada orang asing

Ketakutan pada binatang besar

Ketakutan pada keramaian lalu lintas

Ketakutan pada kerumunan orang banyak

4. Gangguan tidur ditandai oleh :

Sukar memulai tidur

Terbangun malam hari

Tidak pulas

Bangun dengan lesu

Mimpi yang menakutkan

Mimpi buruk

5. Gangguan kecerdasan ditandai oleh :

Daya ingat buruk

Sulit berkonsentrasi

Sering bingung

6. Perasaan depresi ditandai oleh :

Kehilangan minat

Sedih

Bangun dini hari

Kurangnya kesenangan pada hobi

7. Gejala Sensorik ditandai oleh :

Penglihatan kabur

Muka merah dan pucat

Merasa lemah

Perasaan ditusuk-tusuk

8 Gejala Somatik ditandai oleh :

Nyeri pada otot

Kaku

Kedutan otot

Gigi gemeretak

Suara tidak stabil

8. Gejala Kardiovaskuler ditandai oleh :

Berdebar-debar

Nyeri dada

Denyut nadi cepat

Rasa lemas seperti mau pingsan

Detak jantung hilang sekejap

9. Gejala pernafasan ditandai oleh :

Rasa tertekan di dada

Perasaan tercekik

Merasa nafas pendek dan sesak

Sering menarik nafas panjang

10. Gejala Gastrointestinal ditandai oleh :

Sulit menelan

Mual muntah

Perut melilit

Gangguan pencernaan

Nyeri lambung sebelum atau sesudah makan

Rasa panas di perut

Perut terasa kembung

Konstipasi

11. Gejala Urogenital

Sering kencing

Tidak dapat menahan kencing

Amenorrhoe

Menorrhagia

Frigiditas

12. Gejala Otonom ditandai oleh :

Mulut kering

Muka kering

Mudah berkeringat

Pusing, sakit kepala

Bulu roma berdiri

14. Apakah ibu merasakan:

Gelisah

Tidak tenang

Jari gemetar

Mengerutkan dahi atau kening

Nafas pendek dan cepat

Muka merah

Teknik Pengisian Skore :

1. Skor 0 : tidak ada gejala sama sekali
2. Skor 1 : 1 dari gejala yang ada
3. Skor 2 : separuh dari gejala yang ada
4. Skor 3 : lebih dari separuh dari gejala yang ada
5. Skor 4 : semua gejala ada

Penilaian hasil yaitu dengan menjumlahkan nilai skor seluruh item

Jumlah skor :

- 12) Apakah selama melakukan komunikasi perawat berupaya memenuhi kebutuhan anda, mendengar keluhan dan mencari solusi untuk masalah anda?
- a. ya b. tidak
- 13) Apakah selama melakukan komunikasi perawat berupaya menghibur dan mengurangi ketakutan dan kecemasan yang anda rasakan?
- a. ya b. tidak
- 14) Apakah selama melakukan komunikasi perawat selalu tampak tenang dan tidak melipat kaki atau tangan di hadapan anda?
- a. ya b. tidak

3. Fase Terminasi

- 15) Apakah perawat memberikan masukan kepada anda mengenai solusi dari masalah yang anda sampaikan?
- a. ya b. tidak
- 16) Apakah perawat menjelaskan apa yang perlu anda lakukan untuk menghadapi operasi anda?
- a. ya b. tidak
- 17) Apakah perawat menjelaskan tindakan selanjutnya yang perlu anda lakukan setelah anda mendapat penjelasan dari perawat?
- a. ya b. tidak
- 18) Apakah perawat membuat kesepakatan tentang topik, waktu dan tempat pelaksanaan komunikasi selanjutnya jika anda membutuhkan?
- a. ya b. tidak

19) Apakah setelah melakukan komunikasi perawat bertanya tentang keluhan yang masih anda rasakan?

- a. ya b. tidak

20) Apakah perawat menjelaskan tentang perasaan anda setelah berkomunikasi dengan perawat?

- a. ya b. tidak

Tehnik Penilaian:

- | | |
|-----------|-------------------|
| 1. Baik | : 76-100% (16-20) |
| 2. Cukup | : 55-75% (11-15) |
| 3. Kurang | : <55% (0-10) |

Jumlah Skor :



IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 25 Oktober 2011

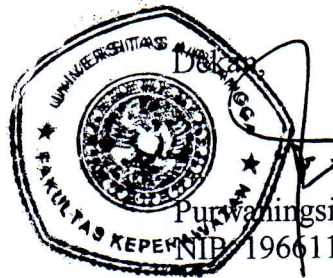
Nomor : 4688 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Pamekasan
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Yusriati
NIM : 131011193
Judul Penelitian : Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Klien Preoperatif Mastektomy di Ruang Bedah RSUD Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 13 Januari 2012

Nomor : 104 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Yusriati
NIM : 131011193
Judul Penelitian : Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Plt. Wakil Dekan I

Mita Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP 197904242006042002

Tembusan:

1. Kabid. Keperawatan RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo
2. Ka.Ru. Bedah II RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo



PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. H. SLAMET MARTODIRDJO
Jl.Raya Panglegur Fax./Telp : (0324) 326242 Pamekasan

Pamekasan, 17 Januari 2012

KEPADA

Yth. Sdr. Plt. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Jl. Mulyorejo Surabaya

Nomor : 441 / 070 / 441.403 / 2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : IJIN PENELITIAN

di.-

SURABAYA

Menindaklanjuti surat saudara Plt. Wakil Dekan I tanggal 13 Januari 2012, Nomor : 104/H3.1.12/PP/2012, perihal sebagaimana pokok surat, maka dengan ini pihak RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan tidak keberatan dan memberi ijin kepada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

N A M A : Yusriati
NIM : 131011193
Program Studi : S1 Keperawatan

Untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka pengumpulan Data-data di RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan direncanakan mulai dari tanggal 18 Januari 2012 Sampai dengan 02 Pebruari 2012 dengan judul :

Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD. dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten pamekasan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas agar pelaksanaan Penelitian dalam rangka pengumpulan Data-data tersebut dapat berjalan lancar sesuai rencana, maka diharapkan nantinya Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tersebut dapat mematuhi dan mentaati segala peraturan dan ketentuan yang berlaku di RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan.

Demikian surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. H. SLAMET MARTODIRJO
KABUPATEN PAMEKASAN



Dr. IRI AGUS SUBAIDI, MM,M.Si

Perbina Tingkat I

NIP. 19570820 198802 1 002

Tembusan :

Yth. 1. Kepala Ruangan/Instalasi

SRASIP

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK ...

YUSRIATI



PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Dr. H. SLAMET MARTODIRDJO

Jl. Raya Panglegur No. 4 Fax./Telp : (0324) 326242 Pamekasan

SURAT KETERANGAN

Nomor : 075 / 170 / 441.403 / 2012

Yang bertanda tangan di bawah ini, Direktur RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa Mahasiswa tersebut di bawah ini :

N A M A : Yusriati
NIM : 131011193
Institusi Pendidikan : Universitas Airlangga Surabaya
Program : Ilmu Keperawatan

Telah melakukan penelitian dan Pengambilan Data dengan baik dan lancar di RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan.

Judul : **Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Mastektomi di Ruang Bedah II RSUD dr. H. Slamet Martodirdjo Kab. Pamekasan.**

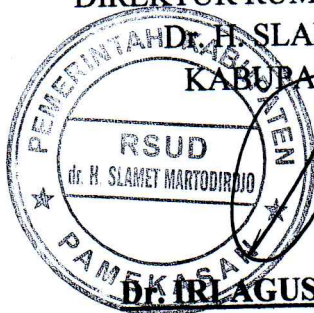
Waktu Penelitian : 18 Januari 2012 s/d 02 Pebruari 2012

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pamekasan, 06 Pebruari 2012

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Dr. H. SLAMET MARTODIRDJO
KABUPATEN PAMEKASAN



Dr. IRLAGUS SUBAIDI, MM, M.Si

Pembina Tingkat I

NIP. 19570820 198802 1 002

Tembusan :

Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga Surabaya

2. Yang bersangkutan

YUSRIATI

Lampiran

Rekapitulasi Data Umum

Umur	No	Pendidikan	Pekerjaan	Agama	Status	Gen	Rokok	Fetsin	Coping	Massa Rawat
30 Thn	1	SD	Tani	Islam	Kawin	Ya	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
32 Thn	2	SD	Tani	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
30 Thn	3	Sarjana	PNS	Islam	Kawin	Tdk	Tdk	Tdk	Sendiri	2 hari
28 Thn	4	SMP	Tani	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
26 Thn	5	SD	Swasta	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
30 Thn	6	SD	Tani	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
36 Thn	7	SD	Tani	Islam	Kawin	Ya	Ya	Ya	Terbuka	2 hari
32 Thn	8	SD	Tani	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Ya	Sendiri	2 hari
36 Thn	9	Sarjana	PNS	Islam	Kawin	Tdk	Ya	Tdk	Terbuka	2 hari
38 Thn	10	SMP	Swasta	Islam	Kawin	Ya	Ya	Tdk	Terbuka	2 hari

Rekapitulasi Data Tentang Komunikasi Terapeutik dan Tingkat Kecemasan

No	Pertanyaan																				Jumlah	Skor	Kriteria	Kode	Tingkat Kecemasan			Kode	
																									Tidak Cemas	Ringan	Sedang		Berat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20									
1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	9	45%	Kurang	1	-	-	-	28	4
2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	35%	Kurang	1	-	-	-	30	4
3	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	13	65%	Cukup	2	-	-	15	-	3
4	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	8	40%	Kurang	1	-	-	15	-	3
5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	6	30%	Kurang	1	-	-	-	38	4
6	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	35%	Kurang	1	-	-	-	28	4
7	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	35%	Kurang	1	-	-	-	28	4
8	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	11	55%	Cukup	2	-	-	15	-	3
9	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	14	70%	Cukup	2	-	-	-	-	2
10	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	16	80%	Baik	3	-	-	-	-	2

HASIL PERHITUNGAN SPEARMAN RHO DENGAN MENGUNAKAN SPSS VERSI 17,0

Frequencies

Statistics			Komunikasi	Kecemasan
N	Valid		10	10
	Missing		0	0
	Mean		1.50	3.30
	Median		1.00	3.50
	Mode		1	4
	Sum		15	33

Frequency Table

Komunikasi terapeutik					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	6	60.0	60.0	60.0
	cukup	3	30.0	30.0	90.0
	baik	1	10.0	10.0	100.0
Total		10	100.0	100.0	

Kecemasan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	2	20.0	20.0	20.0
	sedang	3	30.0	30.0	50.0
	berat	5	50.0	50.0	100.0
Total		10	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi Terapeutik * Tingkat Kecemasan	10	100.0%	0	.0%	10	100.0%

Komunikasi Terapeutik * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

Count		Tingkat Kecemasan			Total
		ringan	sedang	berat	
		Komunikasi Terapeutik	kurang	0	
	cukup	1	2	0	3
	baik	1	0	0	1
Total		2	3	5	10

Nonparametric Correlations

Correlations

			Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan
Spearman's rho	Komunikasi Terapeutik	Correlation Coefficient	1.000	-.866**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	10	10
	Tingkat Kecemasan	Correlation Coefficient	-.866**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	10	10

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).