

**EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP ADAPTASI
PASIEN FRAKTUR DI RSUD JOMBANG**

TESIS

**Untuk memenuhi syarat memperoleh derajat Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**



Disusun Oleh :

**ZUHROTUL UMAROH
20121050039**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2016

**EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP ADAPTASI
PASIEN FRAKTUR DI RSUD JOMBANG**

TESIS

**Untuk memenuhi syarat memperoleh derajat Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**



Disusun Oleh :

**ZUHROTUL UMAROH
20121050039**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2016

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS

**EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP ADAPTASI
PASIEN FRAKTUR DI RSUD JOMBANG**

Telah diujikan pada tanggal :
21 Desember 2016

Disusun Oleh:

ZUHROTUL UMAROH
NIM 20121050039

Penguji :

Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kep (.....)

Dr. Titih Huriah, Ns., M.kep., Sp.Kep.K (.....)

Rahmah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An (.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

(Fitri Arofiati, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D)

PERNYATAAN ORIGINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Zuhrotul Umaroh

NIM : 20121050039

Judul Tesis : Efektifitas Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien
Fraktur Di RSUD Jombang

Menyatakan dengan sebenar-benarnya :

1. Tesis ini merupakan hasil karya asli saya yang saya ajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY)
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penelitian ini telah saya cantumkan sesiau dengan ketentuan yang berlaku di Program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY)
3. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan karya asli saya atau merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY)

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yogyakarta, Desember 2016

Zuhrotul Umaroh
20121050039

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan cinta dan kasih sayang untuk seluruh umat manusia di muka bumi. Atas ridho-Nya lah penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Efektifitas Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien Fraktur Di RSUD Jombang”**.

Tesis ini Disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Selama proses penyusunan, banyak pihak yang terlibat. Maka dengan tulus, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Direktur RSUD Jombang, atas ijinnya melakukan penelitian di RSUD Jombang
2. Fitri Arofiati, S.Kep., Ns., MAN.,Ph.D., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
3. Dr. Elsy Maria Rosa, SKM, M.Kep., selaku pembimbing yang berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dari awal hingga akhir dalam tesis ini

4. Dr. Titih Huriah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kom selaku penguji, terima kasih atas saran dan masukannya dalam tesis ini
5. Rahmah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An., selaku penguji atas saran dan masukannya dalam tesis ini
6. Tim Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
7. Orang tua, dan saudara-saudaraku atas dukungan dan doanya
8. Suamiku Ahmad Rifai dan anakku fayzal Nathan kamil ahmad yang memberikan *support*, motivasi, do'a dan membantu secara Moriiil Dan Materiil dalam penyelesaian tesis ini.
9. Semua responden, atas partisipasi yang luar biasa dalam pencapaian hasil penelitian.
10. Seluruh staff Program Studi Magister Keperawatan, khususnya Mbak Ita dan Mas arfan, atas keramahtamahannya dalam semua adminstrasi penelitian.
11. Seluruh staff perpustakaan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, atas ketersediaan literatur.
12. Seluruh sahabat angkatan III Program Studi Magister Keperawatan, atas dukungannya dalam penyempurnaan hasil penelitian.
13. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, atas keterlibatannya dalam penulisan tesis.

Akhirnya, penulis mengharapkan kritik yang membangun sebagai penyempurnaan penulisan tesis ini. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peyananan keperawatan medikal bedah, pendidikan keperawatan medikal bedah, dan semua pihak yang membutuhkan.

Yogyakarta, Desember 2016

Zuhrotul Umaroh
20121050039

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN ORIGINALITAS	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori	11
1. Fraktur	11
2. Konsep Adaptasi	23
3. Psikoedukasi	36
B. Kerangka Teori Sistem Model Adaptasi Roy:	45
C. Kerangka Konsep	45
D. Hipotesis Penelitian	46
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	47
B. Populasi dan Sampel Penelitian	48
C. Lokasi Dan Waktu Penelitian	50
D. Variabel Penelitian	51
E. Definisi Operasional	52
F. Instrumen Penelitian	53
G. Cara Pengumpulan Data	55
H. Pengolahan Data	57
I. Analisis Data	60
J. Etika Penelitian	62

BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
A.	Hasil Penelitian	65
1.	Karakteristik Responden	66
2.	Gambaran adaptasi pasien fraktur	69
3.	Analisis normalitas Data	70
4.	Perbedaan adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi	71
5.	Perbedaan adaptasi pasien fraktur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	73
B.	Pembahasan	74
1.	Karakteristik Responden	74
2.	Gambaran adaptasi pasien fraktur	82
3.	Perbedaan adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan	88
4.	Perbedaan adaptasi pasien fraktur pre-test dan post-test pada kelompok kontrol	89
5.	Pengaruh psikoedukasi terhadap respon adaptasi pasien fraktur	92
C.	Kekuatan dan Kelemahan	97
BAB V	SIMPULAN DAN SARAN	
A.	Simpulan	99
B.	Saran	99
	DAFTAR PUSTAKA	101
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi fraktur.....	16
Tabel 2.2	Perkiraan penyembuhan fraktur orang dewasa.....	19
Tabel 3.1	Definisi operasional penelitian	52
Tabel 4.1	Distribusi umur responden	67
Tabel 4.2	Distribusi jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan derajat fraktur responden	67
Tabel 4.3	Gambaran derajat fraktur responden (n = 32)	68
Tabel 4.4	Gambaran adaptasi pasien fraktur (n = 36)	69
Tabel 4.5	Uji normalitas	71
Tabel 4.6	Adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi dengan uji <i>paired sample t test</i>	72
Tabel 4.7	Perbedaan adaptasi pasien fraktur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji <i>independent samplet t test</i>	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	45
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	45
Gambar 3.1	Skema penelitian <i>pre-test</i> dan <i>post-test with control</i> <i>group design</i>	47

DAFTAR SINGKATAN

RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
DALYs	:	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
GDP	:	<i>Growth Development Product</i>
SPO	:	Standar Prosedur Operasional
RSUP	:	Rumah Sakit Umum Pusat
AVA	:	<i>Audio Visual Aid</i>
SD	:	Sekolah Dasar
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
TBC	:	<i>Tuberculosis</i>
SIP	:	<i>Sickness Impact Profile</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Surat Keterangan Kelayakan Etika Penelitian
Lampiran	2	Surat Keterangan Melakukan Penelitian
Lampiran	3	Lembar <i>Certified Of Translation</i>
Lampiran	4	Lembar Persetujuan Penggunaan Kuesioner SIP
Lampiran	5	Petunjuk Pengisian Kuesioner Adaptasi
Lampiran	6	Instrumen Adaptasi
Lampiran	7	Prosedur Pelaksanaan Psikoedukasi
Lampiran	8	Pelaksanaan Penelitian
Lampiran	9	<i>Leaflet</i> Psikoedukasi
Lampiran	10	Data Demografi
Lampiran	11	Uji Normalitas
Lampiran	12	Gambaran Adaptasi Pasien
Lampiran	13	Uji Bivariat

Efektifitas Pemberian Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien Fraktur Di RSUD Kabupaten Jombang

Zuhrotul Umaroh

ABSTRAK

Latar belakang: Cidera masih menjadi masalah kesehatan utama masyarakat di seluruh negara, dimana dua per tiganya terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia tercatat kasus cidera pada tahun 2013 mencapai 84.277 jiwa (8,2%). Berbagai dampak negatif muncul yang diakibatkan oleh fraktur, yang meliputi aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Departemen Kesehatan melaporkan bahwa 15% penderita fraktur mengalami stress psikologis hingga depresi. Pendidikan psikologis efisien dalam proses perawatan dan menurunkan gejala-gejala depresi yang merupakan komponen dalam respon psikologis atas adanya suatu kondisi disabilitas.

Tujuan: mengetahui efektifitas pemberian psikoedukasi terhadap adaptasi pasien fraktur di RSUD kabupaten Jombang

Metode: Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian *pre-test – post-test with control group*. Jumlah sampel terdiri dari 16 orang kelompok kontrol dan 16 orang kelompok perlakuan yang didapatkan dengan *consecutive sampling*. Uji analisa data menggunakan uji parametrik *paired sample t-test* dan *independent t-test*, yang sebelumnya telah dilakukan uji normalitas data dengan uji *shapiro-wilk*.

Hasil: uji sampel t berpasangan menyatakan terdapat perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi ($p\ value = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$). Pada uji t tidak berpasangan didapatkan $p\ value = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$ yang menunjukkan perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi.

Kesimpulan: pemberian tindakan psikoedukasi terbukti efektif dalam meningkatkan adaptasi pasien fraktur. Perawat harus terus mengembangkan dan mengaplikasikan prosedur pelaksanaan psikoedukasi terutama pada pasien fraktur dengan tujuan untuk meningkatkan adaptasi pasien fraktur.

Kata Kunci : fraktur, pasien, psikoedukasi, cidera

The Effectivity Of Psychoeducation On Adaptation Among Fracture Patients At Public Hospital Of Jombang

Zuhrotul Umaroh

ABSTRACT

Background: *The injury is still a major public health problem throughout the country, where two-thirds occur in developing countries, including Indonesia. In Indonesia, recorded injury cases in 2013 reached 84,277 people (8.2%). The negative impacts caused by the fracture appears, which includes; psychological, social, and spiritual. The Department of Health reported that 15% of patients experiencing psychological stress fractures to depression. Psychoeducation efficient in the treatment process and decrease the symptoms of depression that is a component in the psychological response on the existence of a disability condition.*

Aim: *the research aimed to determine the effectiveness of psychoeducation to the adaptation among fracture patients in public hospital of Jombang*

Method: *this is a quasi experiment research with pre-test and post-test control group design. There were 16 respondents in control group and another 16 respondents for intervention group which was gathered with consecutive sampling. The data were analyzed with parametric analysis using paired sample t-test dan independent t-test. For testing the data normality distribution, Shapiro-wilk analysis was operated.*

Result: *Paired t test sample stated that there was significant difference in the adaptation among fracture patients before and after the intervention of psychoeducation (p value = 0,000 ; CI 95% < alpha = 0,05). In the unpaired t test was obtained p value = 0.000; CI 95% <alpha = 0.05, which indicates a significant difference of fracture patients' adaptation who has given psychoeducation intervention and who has not.*

Conclusion: *the psychoeducation intervention increased adaptation among fracture patients. Nurses must continue to develop and apply the procedures for implementing psychoeducation fractures primarily in patients with the aim to improve the adaptability of fracture patients.*

Key Words : *fracture, patient, psychoeducation, injury*

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS

**EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP ADAPTASI
PASIEN FRAKTUR DI RSUD JOMBANG**

Telah diujikan pada tanggal : 03 Januari 2017

Oleh:

ZUHROTUL UMAROH
NIM 20121050039

Penguji :

Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kep

(.....)

Dr. Titih Huriyah, Ns., M.kep., Sp.Kep.K

(.....)

Rahmah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An

(.....)

Mengetahui

**Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Program Pasca Sarjana
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**



(Fitri Arofiati, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D)

Efektifitas Pemberian Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien Fraktur Di RSUD Kabupaten Jombang

Zuhrotul Umaroh

ABSTRAK

Latar belakang: Cidera masih menjadi masalah kesehatan utama masyarakat di seluruh negara, dimana dua per tiganya terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia tercatat kasus cidera pada tahun 2013 mencapai 84.277 jiwa (8,2%). Berbagai dampak negatif muncul yang diakibatkan oleh fraktur, yang meliputi aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Departemen Kesehatan melaporkan bahwa 15% penderita fraktur mengalami stress psikologis hingga depresi. Pendidikan psikologis efisien dalam proses perawatan dan menurunkan gejala-gejala depresi yang merupakan komponen dalam respon psikologis atas adanya suatu kondisi disabilitas.

Tujuan: mengetahui efektifitas pemberian psikoedukasi terhadap adaptasi pasien fraktur di RSUD kabupaten Jombang

Metode: Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian *pre-test – post-test with control group*. Jumlah sampel terdiri dari 16 orang kelompok kontrol dan 16 orang kelompok perlakuan yang didapatkan dengan *consecutive sampling*. Uji analisa data menggunakan uji parametrik *paired sample t-test* dan *independent t-test*, yang sebelumnya telah dilakukan uji normalitas data dengan uji *shapiro-wilk*.

Hasil: uji sampel t berpasangan menyatakan terdapat perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi ($p\ value = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$). Pada uji t tidak berpasangan didapatkan $p\ value = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$ yang menunjukkan perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi.

Kesimpulan: pemberian tindakan psikoedukasi terbukti efektif dalam meningkatkan adaptasi pasien fraktur. Perawat harus terus mengembangkan dan mengaplikasikan prosedur pelaksanaan psikoedukasi terutama pada pasien fraktur dengan tujuan untuk meningkatkan adaptasi pasien fraktur.

Kata Kunci : fraktur, pasien, psikoedukasi, cidera

The Effectivity Of Psychoeducation On Adaptation Among Fracture Patients At Public Hospital Of Jombang

Zuhrotul Umaroh

ABSTRACT

Background: *The injury is still a major public health problem throughout the country, where two-thirds occur in developing countries, including Indonesia. In Indonesia, recorded injury cases in 2013 reached 84,277 people (8.2%). The negative impacts caused by the fracture appears, which includes; psychological, social, and spiritual. The Department of Health reported that 15% of patients experiencing psychological stress fractures to depression. Psychoeducation efficient in the treatment process and decrease the symptoms of depression that is a component in the psychological response on the existence of a disability condition.*

Aim: *the research aimed to determine the effectiveness of psychoeducation to the adaptation among fracture patients in public hospital of Jombang*

Method: *this is a quasi experiment research with pre-test and post-test control group design. There were 16 respondents in control group and another 16 respondents for intervention group which was gathered with consecutive sampling. The data were analyzed with parametric analysis using paired sample t-test dan independent t-test. For testing the data normality distribution, Shapiro-wilk analysis was operated.*

Result: *Paired t test sample stated that there was significant difference in the adaptation among fracture patients before and after the intervention of psychoeducation (p value = 0,000 ; CI 95% < alpha = 0,05). In the unpaired t test was obtained p value = 0.000; CI 95% <alpha = 0.05, which indicates a significant difference of fracture patients' adaptation who has given psychoeducation intervention and who has not.*

Conclusion: *the psychoeducation intervention increased adaptation among fracture patients. Nurses must continue to develop and apply the procedures for implementing psychoeducation fractures primarily in patients with the aim to improve the adaptability of fracture patients.*

Key Words : *fracture, patient, psychoeducation, injury*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sampai saat ini cedera masih menjadi masalah kesehatan utama masyarakat di seluruh negara, dimana dua per tiganya terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Angka mortalitas oleh karena cedera ini di proyeksikan terus meningkat menjadi 8,4 juta dari awalnya sebanyak 5,1 juta (9,2% dari kematian secara keseluruhan) dan di perkirakan menempati posisi ketiga *disability adjusted life years* (DALYs) pada tahun 2020. Masalah cedera memberikan kontribusi pada kematian sebesar 15%, beban penyakit 25% dan kerugian ekonomi 5% *growth development product* (GDP) (Riyadina,et.all, 2009). Di Indonesia tercatat kasus cedera pada tahun 2013 mencapai 84.277 jiwa (8,2%) dari seluruh jumlah penduduk (Risikesdas, 2013).

Berdasarkan jenis cedera, pada tahun 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaporkan sebanyak 4.888 (5,8%) jiwa mengalami patah tulang. Hal ini mengindikasikan bahwa kasus patah tulang di Indonesia masih cukup besar dan memungkinkan untuk terjadinya masalah kesehatan yang lain. Risiko infeksi dan

penyembuhan tulang merupakan fase lanjutan dimana kerjasama pasien dalam perawatan dirumah sangat diperlukan agar tidak terjadi infeksi dan penyembuhan tulang berlangsung tepat waktu (Budi, 2014).

Patah tulang menyebabkan kesakitan bahkan kematian dan pasien yang mengalami patah tulang untuk pertama kali sangat beresiko mengalami kasus yang sama di masa yang akan datang (Vaile, 2013). Patah tulang yang ditangani setelah 72 jam sejak kejadian trauma, membuat kasusnya menjadi lebih sulit serta membutuhkan penanganan yang lebih intensif (Ayu Puspita, 2012).

Berbagai dampak negatif muncul yang diakibatkan oleh lamanya periode proses penyembuhan pasien fraktur, yang meliputi aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Berbagai efek tersebut muncul selama periode admisi ke rumah sakit, proses penatalaksanaan operasi, setelah penatalaksanaan bedah hingga fase rehabilitasi. Pada 2007, Departemen Kesehatan melaporkan bahwa 15% penderita fraktur mengalami stress psikologis hingga depresi. Hal ini mengindikasikan bahwa penderita fraktur perlu mendapatkan intervensi secara holistik yang juga menyentuh aspek psikososial.

Banyak hasil studi menyimpulkan bahwa pendidikan psikologis efisien dalam proses perawatan dan menurunkan gejala-gejala depresi yang merupakan komponen dalam respon psikologis

atas adanya suatu kondisi disabilitas (Dowrick et al., 2000; Weine *et al.*, 2005). Disaat pasien mengalami penurunan fungsi psikologis maupun perilakunya, pasien tersebut membutuhkan informasi yang spesifik tentang apa yang sebenarnya terjadi, diagnosis, penyebab dan gejala yang spesifik, apa yang diketahui tentang penyebabnya, efek yang ditimbulkan, serta implikasi dari masalah yang muncul (Psycho-Educational Counseling Services, 2003).

Perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar pada saat hari pelaksanaan operasi untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien yang akan melaksanakan operasi, termasuk memberikan pendidikan tentang bagaimana memonitor gejala-gejala yang dirasakan dan mengimplementasikan perawatan diri secara mandiri (Allard, 2005). Pendidikan psikologis mengaplikasikan beberapa teknik dalam memberikan pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan (Llanque, 2011).

Pendidikan psikologis juga banyak digunakan dalam pendidikan untuk pasien yang mengalami kecacatan selama fase perawatan maupun rehabilitasi. Materi yang ada didalamnya termasuk kecacatan yang dialami pasien, gejala, pilihan perawatan yang tersedia serta bagaimana mengenali tanda-tanda penurunan untuk mendapatkan perawatan yang tepat sebelum penyakit yang dialami pasien semakin parah dan sulit untuk dikendalikan (Jose, 2009).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan urgensi dan signifikansi permasalahan diatas, rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah “bagaimana efek dari implementasi psikoedukasi terhadap kemampuan adaptasi pasien fraktur”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui efek pemberian psikoedukasi terhadap adaptasi pasien fraktur di RSUD Kabupaten Jombang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui adaptasi pasien fraktur sebelum implementasi psikoedukasi tentang fraktur di RSUD Kabupaten Jombang

- b. Mengetahui adaptasi pasien fraktur setelah implementasi psikoedukasi tentang fraktur di RSUD Kabupaten Jombang
- c. Menganalisa efek pemberian psikoedukasi terhadap kemampuan adaptasi pasien fraktur di RSUD Kabupaten Jombang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Menambah khasanah keilmuan praktik keperawatan sebagai *educator* khususnya dalam pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur
- b. Mengembangkan model pendidikan kesehatan (psikoedukasi) yang aplikatif dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada proses adaptasi pasien fraktur

2. Manfaat Praktis

- a. Memberikan alternatif tindakan nyata berdasarkan bukti guna meningkatkan proses adaptasi pasien fraktur.
- b. Meningkatkan implikasi tindakan mandiri perawat dalam hal pendidikan kesehatan pada pasien fraktur.
- c. Memperkaya bukti nyata (*evidence*) yang bisa dijadikan referensi dalam pengembangan SPO (Standar Prosedur

Operasional) pemberian pelayanan keperawatan pada pasien fraktur.

E. Penelitian Terkait

Berikut beberapa penelitian yang telah dipublikasikan dan menjadi referensi peneliti yang memiliki keterkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan:

1. Peni Kuswita dan Jaji pada tahun 2013 melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh psikoedukasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien kanker payudara di RSUP Mohammad Hoesin Palembang tahun 2013”. Hasil penelitian menyatakan ada pengaruh yang signifikan sebelum dan sesudah pemberian psikoedukasi terhadap tingkat kecemasan pasien kanker payudara.

Peneliti akan meneliti efek pemberian psikoedukasi terhadap kemampuan adaptasi pasien fraktur, sehingga akan memberikan informasi tambahan dalam hal adaptasi pada pasien fraktur.

2. Penelitian deskriptif oleh Retty Nirmala Santiasari pada 2013 yang berjudul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Penderita Tentang Penanganan Dan Penyembuhan Patah Tulang Di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Fatimah Sidoarjo”

menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan penderita tentang penanganan dan penyembuhan patah tulang di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Fatimah Sidoarjo masih kurang.

Peneliti akan mengidentifikasi efek dari pemberian psikoedukasi yang meliputi informasi tentang semua hal yang berkenaan dengan kasus fraktur dan melihat efeknya terhadap kemampuan adaptasi pasien yang mengalami fraktur.

3. Hasil penelitian pada tahun 2005 oleh Nicole Allard yang berjudul "*Day Surgery and Recovery In Women With A Suspicious Breast Lesion: Evaluation Of A Psychoeducational Nursing Intervention*" menyatakan ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada post-test. Aplikasi intervensi keperawatan berupa psikoedukasi sangat relevan dalam menurunkan distress emosional dan meningkatkan kemandirian pasien pasca menjalani operasi kanker payudara.

Pada penelitian kali ini, peneliti akan mengaplikasikan pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur dan menilai kemampuan adaptasinya baik untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

4. Penelitian dengan design *non-controlled, pretest-posttest* yang dilakukan oleh Sarah Mariano Llanque pada tahun 2011 yang berjudul “*Impact of A Psychoeducation Intervention on Dementia Caregiving*” menyimpulkan bahwa pemberian psikoedukasi berupa “*the family series workshop*” mempunyai efek yang positif terhadap kemampuan seseorang dalam memberikan pelayanan perawatan pada pasien yang mengalami demensia. Hasil penelitian juga mengindikasikan bahwa coping dan stress merupakan komponen penting dalam proses pemberian perawatan.

Penelitian kali ini akan menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol tentang aplikasi psikoedukasi pada kelompok pasien yang mengalami fraktur dan menilai kemampuan adaptasi pasien.

5. Thomas, Deborah, dan Stephen pada tahun 2004 mempublikasikan penelitiannya yang berjudul “*Effectiveness of a Comprehensive Psychoeducational Intervention with Pregnant and Parenting Adolescents: A Pilot Study*” dengan design penelitian experimental. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi keefektifan pemberian psikoedukasi secara komprehensif pada depresi, self-esteem, serta sikap dan

keyakinan sebagai orang tua. Hasil penelitian menemukan bahwa psikoedukasi secara komprehensif bisa secara efektif merubah sikap dan keyakinan sebagai orang tua yang bisa meningkatkan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada wanita dewasa serta anak-anak mereka.

Peneliti akan memfokuskan implemementasi psikoedukasi pada pasien fraktur, dan akan menilai kemampuan adaptasinya, dengan rancangan penelitian *control group pre-post test design*.

6. *“Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors”* sebuah penelitian yang telah dilakukan oleh Meneses, et all, pada tahun 2007 melaporkan bahwa terjadi peningkatan kualitas hidup pada kelompok pasien intervensi dengan kanker payudara pada bulan ke tiga sampai ke enam, sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan kualitas hidup pada bulan ke tiga dan sedikit mengalami peningkatan pada bulan ke enam.
7. Sebuah artikel ilmiah oleh Elizabeth pada tahun 1995 yang berjudul *“Coping Strategies: A Psychoeducational Approach to Post-Traumatic Symptomatology”* menyimpulkan bahwa psikoedukasi yang berkenaan dengan masalah pelecehan masa

lalu, sangat esensial untuk membantu pasien yang mengalami gangguan disosiatif, flashbacks, pencederaan diri serta keinginan untuk bunuh diri.

Penelitian kali ini akan lebih menekankan bagaimana kemampuan adaptasi pasien yang mengalami fraktur setelah diberikan psikoedukasi.

8. Hasil penelitian oleh Jose Salvador Portocarrero pada tahun 2009 yang berjudul *Effects of Brief Psychoeducational Information On Chinese - And Caucasian-American College Students' Beliefs Toward Mental Illness And Treatment-Seeking Attitudes* menyimpulkan bahwa psikoedukasi efektif dalam mengurangi keyakinan / persepsi negatif tentang gangguan jiwa, dan penggunaan psikoedukasi secara singkat dapat memodifikasi keyakinan yang negatif tentang gangguan jiwa.

Peneliti juga akan menerapkan psikoedukasi secara singkat untuk mengetahui efeknya terhadap kemampuan adaptasi pasien fraktur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Fraktur

a. Pengertian

Fraktur adalah kerusakan atau patah tulang yang disebabkan oleh adanya trauma ataupun tenaga fisik. Pada kondisi normal, tulang mampu menahan tekanan, namun jika terjadi penekanan ataupun benturan yang lebih besar dan melebihi kemampuan tulang untuk bertahan, maka akan terjadi fraktur (Garner, 2008; Price & Wilson, 2006).

b. Klasifikasi fraktur

Klasifikasi fraktur menurut Rasjad (2007):

1) Berdasarkan etiologi:

- a) fraktur traumatik
- b) fraktur patologis,
- c) fraktur stress terjadi karena adanya trauma terus menerus di suatu tempat

2) Berdasarkan klinis:

- a) Fraktur terbuka

- b) Fraktur tertutup
 - c) Fraktur dengan komplikasi
- 3) Berdasarkan radiologi:
- a) Lokalisasi
 - b) Konfigurasi
 - c) Ekstensi
 - d) fragmen

c. Tipe fraktur

Ada beberapa subtipe fraktur secara klinis antara lain:

1) *Fragility fracture*

Merupakan fraktur yang diakibatkan oleh karena trauma minor. Misalnya, fraktur yang terjadi pada seseorang yang mengalami osteoporosis, dimana kondisi tulang mengalami kerapuhan. Kecelakaan ataupun tekanan yang kecil bisa mengakibatkan fraktur.

2) *Pathological fracture*

Fraktur yang diakibatkan oleh struktur tulang yang abnormal. Tipe fraktur patologis misalnya terjadi pada individu yang memiliki penyakit tulang yang mengakibatkan tulang mereka rentan terjadi fraktur.

Fraktur pada seseorang yang diakibatkan oleh patologi bisa menyebabkan trauma spontan ataupun trauma sekunder.

3) *High-energy* fraktur

High-energy fraktur adalah fraktur yang diakibatkan oleh adanya trauma yang serius, misalnya seseorang yang mengalami kecelakaan jatuh dari atap sehingga tulangnya patah. *Stress fracture* adalah tipe lain dari *high-energy fracture*, misalnya pada seorang atlet yang mengalami trauma minor yang berulang kali. Kedua tipe fraktur ini terjadi pada orang yang memiliki struktur tulang yang normal.

(Garner, 2008)

Beberapa ahli yang lain (Mansjoer, 2010) membagi jenis fraktur berdasarkan pada ada tidaknya hubungan antara patahan tulang dengan paparan luar sebagai fraktur tertutup (*closed fracture*) dan fraktur terbuka (*open fracture*).

Derajat fraktur tertutup berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- 1) Derajat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
- 2) Derajat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- 3) Derajat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan adanya pembengkakan.
- 4) Derajat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman terjadinya sindroma kompartement.

Derajat fraktur terbuka berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

Derajat 1: laserasi < 2 cm, fraktur sederhana, dislokasi fragmen minimal.

- 1) Derajat 2: laserasi > 2 cm, kontusio otot dan sekitarnya, dislokasi fragmen jelas.
- 2) Derajat 3: luka lebar, rusak hebat, atau hilang jaringan sekitar.

Price & Wilson (2006) juga membagi derajat kerusakan tulang menjadi dua, yaitu patah tulang lengkap (*complete fracture*) apabila seluruh tulang patah; dan patah

tulang tidak lengkap (*incomplete fracture*) bila tidak melibatkan seluruh ketebalan tulang. Hal ini ditentukan oleh kekuatan penyebab fraktur dan kondisi kerusakan tulang yang terjadi trauma.

Smeltzer & Bare (2006) membagi jenis fraktur sebagai berikut:

- 1) *Greenstick*: fraktur sepanjang garis tengah tulang.
- 2) *Oblique*: fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang.
- 3) *Spiral*: fraktur memuntir seputar batang tulang.
- 4) *Comminutif*: fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen/bagian.
- 5) *Depressed*: fraktur dengan fragmen patahan terdorong ke dalam, sering terjadi pada tulang tengkorak dan tulang wajah.
- 6) *Compression*: fraktur dimana tulang mengalami kompresi, biasanya sering terjadi pada tulang belakang.
- 7) *Patologik*: fraktur pada daerah tulang berpenyakit (kista tulang, paget, metastasis tulang, dan tumor).
- 8) *Avulsion*: tertariknya fragmen tulang oleh ligamen atau tendon pada perlekatannya.

- 9) *Epifisial*: fraktur melalui epifisis.
- 10) *Impaction*: fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya.

Tabel 2.1 klasifikasi fraktur

Price (1995)	Sjamsuhidayat (1996)	Doenges (2000)	Reeves (2001)	Smeltzer (2002)
Transversal	Tertutup	<i>Incomplete</i>	Tertutup	Komplit
Oblik	Terbuka	<i>Complete</i>	Terbuka	Tidak
Spiral	Fisura	Tertutup	Komplit	komplit
Segmental	Serong	Terbuka	Retak tak	Tertutup
Impaksi	sedehana	patologis	komplit	Terbuka
<i>Greenstick</i>	Lintang		Oblik	<i>Greenstick</i>
Avulsi	sedehana		Spiral	Transversal
Sendi	Kominutif		Transversal	Oblik
Beban	Segmental		Segmental	Kominutif
lainnya	Kompresi		kominutif	Depresi
	Impaksi			Kompresi
	Impresi			Patologik
	patologis			Avulsi
				Epifiseal
				Impaksi

Sumber: dimodifikasi dari Price (1995), Sjamsuhidayat (1997), Doenges (2000), Reeves (2001), dan Smeltzer (2002).

d. Penyebab

Long (2006) menjelaskan, penyebab fraktur adalah peristiwa trauma, kecelakaan, dan hal-hal patologis.

Smeltzer & Bare (2006) menyebutkan bahwa fraktur terjadi akibat trauma langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan kontraksi otot yang ekstrim.

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur secara tipikal adalah munculnya nyeri yang diikuti oleh adanya pembengkakan. Pada banyak kasus, diagnosa yang dibuat oleh dokter berbeda-beda, apakah benar-benar mengalami patah tulang ataukah terjadi cedera jaringan lunak. Fraktur relatif mudah untuk didiagnosa. Tanda-tanda yang umum terjadi meliputi, nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi, deformitas ekstremitas akibat pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai, fungsiolesa pada area fraktur, pemendekan tulang akibat kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal. Gejala yang muncul berbeda-beda tergantung pada area dimana letak tulang yang patah. (Garner, 2008; Smeltzer & Bare, 2006).

Pada fraktur tulang panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur. Fragmen sering melingkupi satu dan lainnya sampai 2,5 – 5 cm (1-2 inchi).

Pembengkakan dan perubahan warna daerah lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang menyertai fraktur. Tanda ini bisa terjadi beberapa jam atau beberapa hari setelah terjadinya cidera. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang (krepitasi) yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya. Uji krepitasi dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan lunak yang lebih berat (Lukman & Ningsih, 2009).

f. Prevalensi

Kejadian fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dengan usia di bawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau kecelakaan, sedangkan pada usia lanjut (usila) prevalensi cenderung lebih banyak terjadi pada perempuan berhubungan dengan adanya kejadian osteoporosis yang berhubungan dengan perubahan hormone pada fase menopause (Lukman & Ningsih, 2009).

g. Fase penyembuhan tulang

Kriteria penyembuhan fraktur menurut Rasjad (2007):

- 1) Klinis : ada tidaknya pergerakan antar fragmen, tidak adanya rasa sakit, adanya konduksi yaitu adanya kontinuitas tulang
- 2) Radiologi : trabekula tampak melewati garis patahan dan terbentuk kalus.

Perkiraan penyembuhan tulang pada orang dewasa membutuhkan waktu 6-16 minggu.

Tabel 2.2 perkiraan penyembuhan fraktur orang dewasa

Lokasi	Waktu penyembuhan
Metacarpal/metatarsal/kosta/ falang	3-6 minggu
Distal radius	6 minggu
Diafisis ulna dan radius	12 minggu
Humerus	10- 12 minggu
Klavikula	6 minggu
Panggul	10-12 minggu
Femur	12-16 minggu
Kondilus femur/tibia	8-10 minggu
Tibia/fibula	12-16 minggu
Vertebra	12 minggu

Sumber : Rasjad (2007)

Proses penyembuhan tulang menurut Cormack (2000) dalam Astuti, 2011 ada 3 fase :

1) *Fase inflamasi*

Terjadi pada minggu ke 1 dan ke 2, diawali oleh reaksi inflamasi. Terjadi aliran darah yang menimbulkan hematoma pada fraktur yang segera diikuti invasi dari sel-sel peradangan yaitu : netrofil, makrofag dan sel fagosit.

2) *Fase reparative*

Fase ini berlangsung selama beberapa bulan. Ditandai dengan diferensiasi dari sel mesenkim pluripotensial. Hematom dari fraktur kemudian diisi oleh kondroblas dan fibroblast yang akan menjadi tempat dari matrik kalus. Awalnya terbentuk kalus lunak yang terdiri dari jaringan fibrosa dan kartilago dengan sebagian kecil jaringan tulang. Osteoblast kemudian mengakibatkan mineralisasi kalus lunak menjadi kalus keras dan meningkatkan stabilitas fraktur. Dilihat secara radiologis garis fraktur mulai tidak tampak.

3) *Fase remodeling*

Fase ini terjadi dalam waktu beberapa bulan hingga tahunan. Aktifitas osteoblast dan osteoklas yang menghasilkan perubahan jaringan immature menjadi matur, terbentuknya tulang lamellar sehingga menambah stabilitas pada daerah fraktur.

h. Penatalaksanaan

Sangat penting dalam memberikan perawatan pada fraktur untuk memperhatikan dimana tulang yang patah dan juga tipe dari fraktur itu sendiri. Manajemen penatalaksanaan fraktur adalah imobilisasi area tulang yang patah untuk menurunkan kemungkinan terjadinya kerusakan tambahan Garner, 2008).

Long (2006), menjelaskan, penatalaksanaan pasien fraktur meliputi: debridemen luka, memberikan toksoid tetanus, membiakkan jaringan, pengobatan dengan antibiotik, memantau gejala osteomyelitis, tetanus, gangrene gas, menutup luka bila tidak ada gejala infeksi, reduksi fraktur, imobilisasi fraktur, kompres dingin boleh dilaksanakan untuk mencegah perdarahan, edema, dan nyeri, serta pemberian obat penawar nyeri.

Whiteing (2008) menjelaskan penatalaksanaan fraktur yang pertama adalah reduksi untuk mengembalikan posisi fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup menggunakan traksi, dan reduksi terbuka menggunakan tindakan operatif. Langkah kedua adalah imobilisasi untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan cara fiksasi interna (*plate, screw, nails*) dan eksternal. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, atau fiksator eksterna. Langkah ketiga adalah rehabilitasi untuk mempertahankan dan mengembalikan fungsi tulang. Hal ini dilakukan melalui upaya latihan fisioterapi.

i. Komplikasi

Komplikasi awal fraktur meliputi syok, emboli lemak, sindrom kompartemen, infeksi dan tromboemboli, serta koagulopati intravaskular diseminata. Komplikasi lanjutan meliputi mal-union/ non union, delayed union, nekrosis avaskular tulang, dan reaksi terhadap alat fiksasi interna (Suratun, 2008).

2. Konsep Adaptasi

Adaptasi adalah suatu upaya untuk mempertahankan fungsi optimal yang melibatkan refleks, mekanisme otomatis untuk perlindungan mekanisme koping dan idealnya dalam mengarah pada penyesuaian atau penguasaan situasi serta merupakan penyesuaian psikologis terhadap berbagai keadaan yang berubah untuk mempertahankan fungsi yang normal (Potter, P, 2005; Brooker, 2001). Adaptation model adalah proses dinamika dalam pikiran, perasaan, perilaku dan biofisiologik individu yang terus berubah untuk menyesuaikan lingkungan terus berubah (Hartanto, 2004)

a. Adaptasi model Roy

Subsistem regulator merupakan gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan pada system saraf kimia tubuh dan organ endokrin.

Subsistem regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan. Subsistem kognator merupakan gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran dan emosional. Subsistem regulator dan

kognator dimanifestasikan kedalam empat mode yaitu mode fisiologis meliputi oksigen, nutrisi, eliminasi, aktivitas & istirahat, proteksi, sensori, cairan & elektrolit, fungsi neurologis & endokrin yang menimbulkan adaptasi secara fisiologis untuk mempertahankan homeostasis. Mode konsep diri meliputi *physical self*, *personal self* adalah keyakinan akan perasaan diri yang mencakup persepsi, perilaku dan respon. Mode fungsi peran adalah ketidakseimbangan mempengaruhi fungsi dan peran yang diemban seseorang baik secara primer, sekunder atau tersier. Mode interdependensi adalah kemampuan seseorang untuk mengintegrasikan masing-masing komponen menjadi satu kesatuan yang utuh.

Output system adaptasi untuk menghadapi stress menurut Roy, ada 2 yaitu respon adaptif dan respon inefektif. Respon adaptif mempertahankan atau meningkatkan integritas sedangkan respon inefektif mengacaukan integritas (Priyo,2012), diuraikan sebagai berikut :

1) Mode Fisiologis

- a) Oksigenasi : indikator respon adaptif berupa proses pernafasan yang seimbang, pola pertukaran gas yang stabil, dan transportasi gas yang memadai. Indikator respon inefektif adanya hipoksia, gangguan ventilasi, pertukaran dan transportasi gas yang tidak adekuat, perubahan perfusi jaringan dan proses kompensasi untuk perubahan oksigen yang kurang.
- b) Nutrisi : indikator respon adaptif terlihat adanya proses pencernaan yang stabil, pola nutrisi sesuai keperluan tubuh, kebutuhan metabolisme dan nutrisi yang terpenuhi. Indikator respon inefektif adanya penurunan berat badan, perasaan mual dan muntah serta pola makan tidak adekuat.
- c) Eliminasi : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pola eliminasi, dan defekasi. adanya perubahan pola eliminasi defekasi dan urine yang tidak efektif.
- d) Aktivitas dan istirahat : indikator respon adaptif adanya proses mobilitas yang terintegrasi,

pergerakan yang cukup, pola aktivitas dan istirahat yang efektif, dan menyesuaikan tidur dengan perubahan lingkungan. Indikator respon inefektif adanya immobilitas, intoleransi aktivitas, pola aktivitas dan istirahat tidak efektif dan gangguan pola tidur.

- e) Proteksi : indikator respon adaptif memperlihatkan kulit utuh, respon penyembuhan luka yang efektif, integritas dan kekebalan tubuh yang cukup, proses imunitas yang efektif, dan pengaturan suhu yang efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan integritas kulit, delayed wound healing, infeksi pengaturan suhu tidak efektif dan proses imunitas tidak efektif.
- f) Sensori : indikator respon adaptif mencakup proses sensasi yang efektif, integrase input sensori menjadi formasi efektif, pola presepsi yang stabil, strategi koping untuk gangguan sensori efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan pada sensori primer, hilangnya kemampuan merawat diri sendiri, gangguan komunikasi, nyeri akut dan

kronis, gangguan persepsi dan strategi koping
kerusakan sensori yang tidak efektif.

- g) Cairan dan elektrolit : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses keseimbangan cairan dan stabilitas elektrolit didalam tubuh stabil, status asam basa yang seimbang, regulasi *buffer* kimia yang efektif. Indikator inefektif adanya dehidrasi, adanya edema, syok, gangguan elektrolit dan keseimbangan asam basa.
- h) Fungsi Neurologis : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses perhatian, persepsi, pembentukan konsep, memori dan bahasa yang efektif, mampu mengintegrasikan perencanaan, respon motorik dan proses berfikir, fungsi perkembangan yang efektif. Indikator respon berfikir tidak efektif, gangguan memori, perilaku dan *mood* tidak stabil dan potensial menyebabkan kerusakan otak sekunder.
- i) Fungsi Endokrin : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pengaturan hormonal untuk metabolik dan proses tubuh yang efektif,

pengaturan hormon untuk perkembangan reproduksi yang efektif, strategi koping terhadap stress yang efektif. Indikator respon inefektif adanya regulasi hormon yang tidak efektif, fatigue, iritabilitas dan stress.

2) Mode Konsep Diri

- a) *Physical self* : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya gambaran diri yang positif, fungsi seksual yang efektif, integritas fisik dengan pertumbuhan fisik, kompensasi terhadap perubahan tubuh yang efektif, strategi koping terhadap kehilangan yang efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan gambaran diri, disfungsi seksual, dan strategi koping kehilangan tidak efektif. Kubbler Ross dalam Koziar (1991) menyatakan strategi koping yang efektif dalam teori kehilangan/berduka, bahwa sebelum mencapai pada tahap penerimaan (*acceptance*) individu akan melalui beberapa tahapan berikut :

(1) *Denial* (Meningkari)

diawali dari rasa tidak percaya saat menerima musibah, selanjutnya diliputi kebingungan, bingung apa yang harus dilakukan, serta bingung mengapa hal ini bisa terjadi. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap ini adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung menjadi cepat, menangis gelisah, tidak tahu harus berbuat apa.

(2) *Anger* (Marah)

Pada tahap ini di tandai dengan dengan adanya reaksi emosi/ marah pada diri sendiri, menjadi lebih sensitif dan peka terhadap masalah kecil yang pada akhirnya akan menimbulkan kemarahan. Tidak jarang individu menunjukkan perilaku yang agresif, bicaranya kasar menolak dilakukan pengobatan, menuduh dokter dan perawat tidak mampu melakukan perawatan.. respon fisik yang sering terjadi pada fase ini antara

lain wajah tampak merah, nadi cepat, gelisah, sulit tidur, tangan mengepal.

(3) *Bargaining* (Tawar-menawar)

Pada tahap ini individu mulai berusaha untuk menghibur diri, memohon kemurahan tuhan dan berfikir tentang upaya apa yang akan dilakukan untuk membantu dalam proses penyembuhan.

(4) *Depression* (Bersedih yang mendalam)

Pada tahap ini muncul sikap keputus asaan, menarik diri, tidak mau bicara, perasaan tidak berharga. Gejala fisik yang tampak adalah menolak makan, susah tidur, letih, libido menurun.

(5) *Acceptance* (Penerimaan)

Individu telah mencapai pada titik kepasrahan dan mencoba untuk menerima keadaan dengan tenang.

- b) *Personal Self* : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya konsistensi diri, ideal diri, moral-etik-spiritual yang efektif, harga diri yang

fungsional dan strategi koping yang efektif terhadap ancaman. Indikator inefektif adanya kecemasan, *powerlessness*, merasa bersalah dan memiliki harga diri rendah.

3) Mode Fungsi Peran

Indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses transisi peran yang efektif, pengungkapan perilaku peran yang utuh, keutuhan peran primer, skunder dan tersier, pola penguasaan peran yang stabil dan proses koping terhadap perubahan peran yang efektif. Indikator respon efektif adanya transisi peran, konflik peran, dan kegagalan dalam menjalankan peran.

4) *Mode Interdependence* (Saling Ketergantungan)

Indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pola member dan menerima pengasuhan yang stabil, pola kesendirian dan berhubungan dengan lingkungan yang efektif, strategi koping terhadap perpisahan dan kesendirian yang efektif. Indikator respon inefektif adanya pola member dan menerima pengasuhan tidak efektif, pola kesendirian dan

berhubungan dengan lingkungan yang tidak efektif, dan kesepian. (Roy dalam Tommey and Alligood, 2006)

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi menurut (Notoatmojo, 2003; Nursalam, 2001)

1) Usia

Pada tahap perkembangan masa dewasa tengah individu memiliki pengetahuan tentang dampak, faktor resiko mengenai aspek kesehatan, memiliki aktivitas untuk meningkatkan kesehatan dan telah memiliki sedikit pengalaman tentang penyakit sehingga kemampuan dalam menyelesaikan masalah dapat diatasi dengan baik (Potter & Perry, 2005). semakin cukup usia dan tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seorang yang lebih dewasa juga akan lebih di percaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaanya, hal ini sebagai akibat dari kematangan jiwanya. Oleh sebab itu dia telah memiliki kemampuan untuk mempelajari dan

beradaptasi pada situasi yang baru, misalnya mengingat hal-hal yang dulu pernah dipelajari, penalaran analogis (Nursalam, 2001).

2) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pengetahuannya sehingga kemampuan dalam menghadapi masalah, menganalisa situasi, dan pada akhirnya memilih tindakan yang tepat dalam menghadapi suatu masalah (Stuart & Laraia, 2005)

3) Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan atau diselesaikan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Status pekerjaan yang rendah sering mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Dan juga pekerjaan yang lebih baik adalah pekerjaan yang dapat berkembang, bermanfaat dan memperoleh berbagai pengalaman. (Notoatmodjo, 2003). Penelitian yang dilakukan di negara Eropa menunjukkan bahwa seseorang yang tidak bekerja memiliki tingkat kualitas

hidup yang paling rendah dibandingkan dengan kelompok lain (pegawai swasta, wirausaha, pedagang, petani dan lain - lain). kehilangan pekerjaan juga memiliki dampak yang lebih buruk pada perilaku seseorang dari pada peristiwa lain (Riyanto, 2011; Clark dan Oswald dalam Dowling, 2005).

Menurut Schneiders (1984) dalam Suparyanto 2011 Proses penyesuaian diri (adaptasi) setidaknya melibatkan tiga unsur yaitu:

1) Motivasi dan Proses penyesuaian diri

Faktor motivasi dapat dikatakan sebagai kunci untuk memahami proses penyesuaian diri. Motivasi, sama halnya dengan kebutuhan, perasaan dan emosi merupakan kekuatan internal yang menyebabkan ketegangan dan ketidakseimbangan dalam organisme. Ketegangan dalam ketidakseimbangan merupakan kondisi yang tidak menyenangkan karena sesungguhnya kebebasan dari ketegangan dan keseimbangan dari kekuatan-kekuatan internal lebih wajar dalam organisme apabila dibandingkan dengan kedua kondisi tersebut.

2) Sikap terhadap realitas dan proses penyesuaian diri

Berbagai aspek penyesuaian diri ditentukan oleh sikap dan cara individu bereaksi terhadap manusia disekitarnya, benda-benda dan hubungan-hubungan yang membentuk realitas. Secara umum, dapat dikatakan bahwa sikap yang sehat terhadap realitas dan kontak yang baik terhadap realitas itu sangat diperlukan bagi proses penyesuaian diri yang sehat.

3) Pola dasar proses penyesuaian diri

Dalam penyesuaian diri sehari-hari terdapat suatu pola dasar penyesuaian diri. Pada orang dewasa, akan mengalami ketegangan dan frustrasi karena terhambatnya keinginan memperoleh rasa kasih sayang, memperoleh anak, meraih prestasi dan sejenisnya. Untuk itu, dia akan berusaha mencari kegiatan yang dapat mengurangi ketegangan yang ditimbulkan sebagai akibat tidak terpenuhi kebutuhannya.

c. Mekanisme koping

Mekanisme koping terbagi menjadi dua yaitu: mekanisme koping adaptif adalah koping yang mendukung

fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan sedangkan mekanisme koping maladaptif/ inefektif adalah koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart & Sundeen, 2006).

3. Psikoedukasi

a. Definisi

Psikoedukasi adalah sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007)

Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya proses pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan yang baru, sikap, serta ketrampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu. Dan diarahkan untuk meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan status kesehatan, pencegahan penyakit dan membantu individu mengatasi efek serta dampak dari penyakit (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009).

b. Tujuan edukasi

Tujuan edukasi menurut Potter & Perry, 2009 ;
Smeltzer & Bare, 2002

- 1) Pemulihan kesehatan
- 2) Pemeliharaan kesehatan , promosi kesehatan serta pencegahan penyakit
- 3) Mengajarkan orang untuk hidup dalam kondisi yang terbaik: berusaha keras untuk mencapai derajat kesehatan yang maksimal
- 4) Beradaptasi dengan gangguan fungsi

c. Manfaat Psikoedukasi

Terapi ini dilakukan pada individu atau keluarga dengan gangguan psikologis, terutama untuk pasien skizofrenia, depresi, ansietas, gangguan jiwa, gangguan makan, gangguan personal dan dapat juga dilakukan pada pasien yang menderita penyakit fisik. Psikoedukasi merupakan alat terapi untuk menurunkan faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala perilaku (Vacarolis , 2006).

Terapi psikoedukasi banyak dilakukan pada pasien dengan gangguan kesehatan mental dan diberikan juga terhadap keluarga pasien yang mengalami gangguan mental dengan tujuan untuk meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakitnya, meningkatkan kerja sama dalam hal perawatan, pengobatan dan memperkuat mekanisme koping (Susana dkk, 2007).

Manfaat dari psikoedukasi dapat membantu mengatasi kecemasan, mengurangi depresi, membantu perasaan jadi lebih nyaman, membantu memecahkan masalah, dan dapat menumbuhkan rasa percaya diri (Adryan 2002 dalam Darsih 2013).

d. Metode Edukasi

Pada metode edukasi terstruktur biasa menggunakan metode edukasi individual dan kelompok, berikut adalah penjelasannya :

1) Metode edukasi individu.

Di gunakan untuk memotivasi perilaku baru atau membina individu agar lebih tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatannya adalah :

a) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance And Councelling*)

Metode pendekatannya yaitu dengan kontak antara perawat dan pasien lebih intensif, pasien di bantu dalam menyelesaikan masalahnya. Perubahan perilaku pada pasien akan terjadi secara sukarela dan secara sadar.

b) Wawancara (*Interview*)

Pendekatan ini dilakukan dengan cara dialog antara perawat dan pasien untuk menggali informasi tentang penerimaan pasien terhadap perubahan, ketertarikan terhadap perubahan serta sejauh mana pengertian dan kesadaran pasien dalam mengadopsi perubahan perilaku.

2) Metode edukasi kelompok

Pada metode ini perlu memperhatikan besar kecilnya kelompok, sasaran dan tingkat pendidikan pasien. Metode yang bisa di terapkan adalah :

a) Ceramah

Lebih tepat digunakan untuk jumlah kelompok yang besar, pada metode ini perlu memperhatikan

penguasaan materi yang akan disampaikan dan penyampaian jg harus menarik serta tidak membosankan. Pelaksana harus menguasai sasaran yang meliputi: sikap, suara harus cukup keras dan jelas, pandangan tertuju pada peserta, posisi berdiri, dan sebaiknya menggunakan alat bantu lihat/*Audio Visual Aid (AVA)*.

b) Diskusi

Kelompok bisa bebas berpartisipasi dalam berdiskusi, lebih tepat digunakan dalam diskusi kelompok kecil. Formasi tempat duduk bisa diatur saling berhadapan atau saling memandang dan bebas mengemukakan pendapat.

c) Curah pendapat

Modifikasi dari metode diskusi , pada metode ini peserta di berikan satu masalah dan kemudian dilakukan curah pendapat (Notoatmojo, 2007)

e. Prinsip Edukasi

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan perawat dalam memberikan edukasi:

1) Perhatian

Suatu keadaan mental yang memungkinkan pelajar focus dan memahami kegiatan belajarnya. Sebelum belajar, pasien harus mampu berkonsentrasi pada informasi yang akan dipelajari. Kemampuan ini dapat di pengaruhi oleh gangguan fisik, kegelisahan dan faktor lingkungan (Potter & Perry. 2009)

2) Motivasi

Suatu kekuatan yang bereaksi pada diri seseorang (emosi, ide, kebutuhan fisik yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu). (Redman, 2007)

3) Gaya belajar pasien

Sebelum memberikan edukasi perawat harus memahami dulu bagaimana cara belajar seseorang. (Black, 2004). Gaya belajar seseorang mempengaruhi pilihan belajarnya. Beberapa orang bisa belajar secara bertahap sedangkan beberapa orang lainnya belajarnya secara sporadik.

4) Menggunakan teori

Model edukasi pada pasien sangatlah kompleks, terdapat beberapa teori dan model dalam

memberikan edukasi pada pasien. Penggunaan teori yang sesuai dengan kebutuhan pasien akan sangat membantu proses edukasi yang efektif. (Bandura, 2001; Bastable, 2003)

5) Partisipasi aktif

Pembelajaran terjadi ketika pasien terlibat secara aktif di dalam setiap sesi dalam edukasi (Edelman & Mandle, 2006 dalam Astuti, 2011)

6) Kemampuan belajar

Kemampuan belajar pasien di pengaruhi oleh kemampuan perkembangan dan kemampuan fisik seseorang, kemampuan perkembangan pasien berhubungan dengan perkembangan kognitif pasien. Sehingga pada tahap ini sangat penting untuk mempertimbangkan kemampuan intelektual pasien agar mendapatkan pembelajaran yang sukses (Potter & Perry, 2009)

7) Lingkungan belajar

Lingkungan yang ideal dapat membantu pasien fokus pada tugas pembelajaran. Faktor pemilihan yang tepat adalah jumlah sasaran, kebutuhan akan privasi,

suhu yang nyaman, pencahayaan, kebisingan, ventilasi, dan sarana prasarana di ruangan tersebut. (Astuti, 2011)

8) Adaptasi psikososial terhadap penyakit

Pemberian edukasi pada waktu yang tepat akan memfasilitasi penyesuaian terhadap penyakit. Kesiapan pada tahap belajar biasanya berhubungan dengan tahap berduka, pasien tidak dapat belajar jika mereka tidak bersedia atau tidak mampu menerima kenyataan tentang penyakitnya (Potter & Perry, 2009)

f. Media edukasi

Menurut Notoatmojo (2007) media edukasi kesehatan adalah alat-alat yang merupakan saluran (*Channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan. Menurut para ahli, mata adalah indra yang paling berperan banyak dalam menyalurkan pengetahuan dalam otak yaitu sekitar 75% sampai 87%, sedangkan melalui indra lainnya hanya sekitar 13%-25%. Oleh karena itu media dalam edukasi yang paling utama adalah yang dapat dilihat. Media tersebut berupa media cetak (*booklet, leaflet, flip chart, poster, tulisan*), media papan/ *billboard*.

g. Terapi psikoedukasi

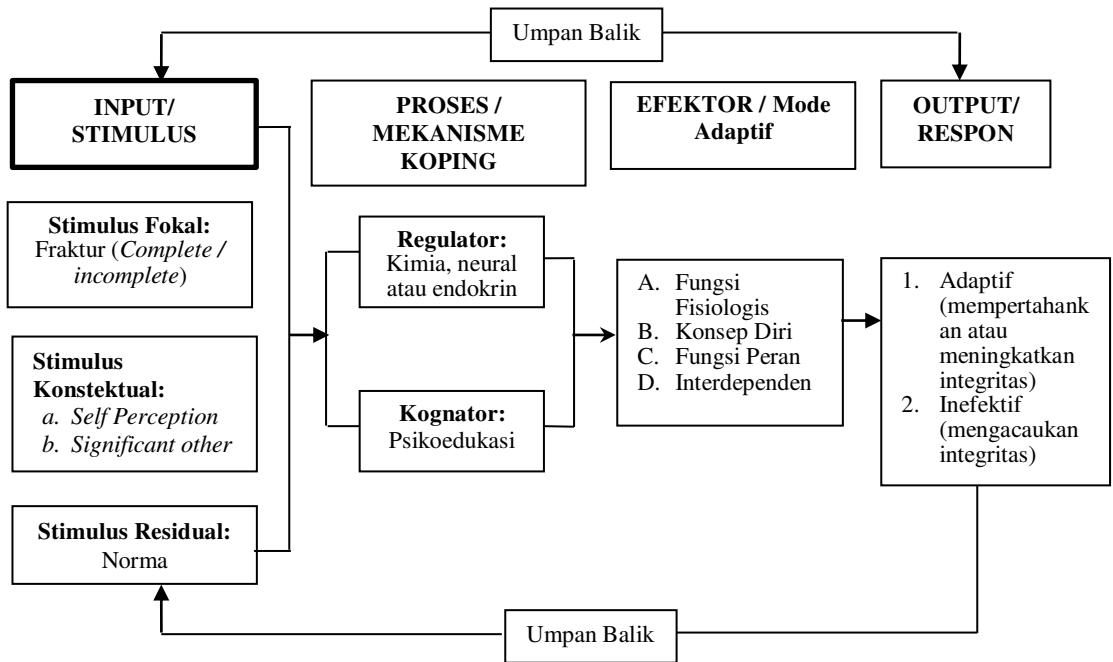
Psikoedukasi efektif menurunkan kecemasan dan depresi pada pasien kanker di ruang klinik onkologi, dengan pemberian waktu intervensi 15-20 menit. Materi edukasi yang diberikan adalah pengenalan ruang terapi, prosedur klinik pemberian terapi, kontak servis, dukungan servis local maupun nasional dan diskusi Tanya jawab respon pasien (Quellon et al 2008 dalam Darsih 2013)

Berdasarkan *Evidence Based Practice* psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga untuk meningkatkan ketrampilan mereka dalam merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga akan mempunyai coping yang positif terhadap stress dan beban yang dialaminya (Goldenberg & Goldengerg, 2004)

Elemen yang akan dilakukan adalah tentang tanda dan gejala, proses alami penyakit, kemungkinan etiologi, pemeriksaan dan tindakan diagnostik, perubahan gaya hidup yang diindikasikan bisa terjadi, pilihan terapi, hasil terapi yang diharapkan, efek samping pengobatan, strategi terapeutik, respon coping adaptif, masalah kepatuhan

potensial, tanda kewaspadaan dini relaps, keseimbangan kebutuhan dan perawatan diri (Stuart, 2005)

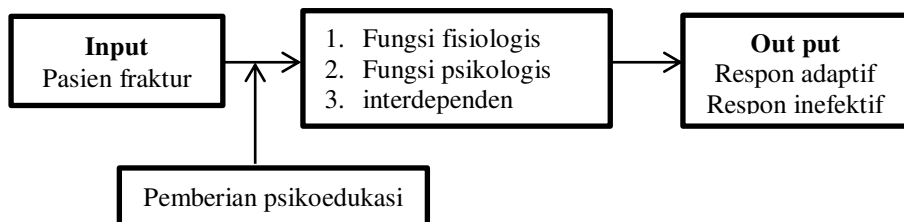
B. Kerangka Teori Sistem Model Adaptasi Roy:



Sumber : Modifikasi dari priyo, 2012; depkes,2007;price&Wilson, 2006; Dowrick et al., 2000; Weine et al., 2005

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis yang digunakan dalam penelitian adalah hipotesis alternatif (H_a), yaitu ada perbedaan adaptasi sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi pada pasien fraktur di RSUD Kabupaten Jombang. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H_a ditolak jika hasil yang diperoleh $p \text{ value} > \alpha$ dan H_a gagal ditolak jika $p \text{ value} \leq \alpha$.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian *pre-test – post-test with control group*. Desain penelitian ini dianggap peneliti paling tepat mengingat dalam proses pelaksanaan penelitian peneliti tidak mampu mengontrol variable perancu lainnya dengan ketat. Peneliti membagi responden menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan yang diberikan intervensi psikoedukasi, serta kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi.

Skema penelitian yang telah dilaksanakan tergambar sebagai berikut:

	<i>Pre-test</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
Kelompok Perlakuan	1	X	2
Kelompok Kontrol	3		4

Gambar 3.1 Skema penelitian *pre-test* dan *post-test with control group design*

Keterangan :

- 1 Pre-test : Pengukuran adaptasi sebelum dilakukan psikoedukasi pada kelompok intervensi sebagai data *pre test*
- 2 Post-test : Pengukuran adaptasi setelah dilakukan psikoedukasi pada kelompok intervensi sebagai data *post test*
- X : Pemberian perlakuan psikoedukasi.

- 3 Pre-test : Pengukuran adaptasi pada kelompok kontrol digunakan sebagai data *pre-test*.
- 4 Post-test : Pengukuran adaptasi pada kelompok kontrol tanpa diberikan psikoedukasi digunakan sebagai data *post-test*.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Peneliti menentukan populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami patah tulang tingkat derajat 2 dan 3 yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang. Rata-rata jumlah pasien dengan kasus fraktur yang dirawat di Irna Asoka per bulan adalah 67 pasien.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian didapatkan dari populasi yang sudah ditentukan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien *post op* fraktur hari ke 1
- 2) Pasien fraktur derajat 2 dan 3
- 3) Berusia minimal 18 tahun
- 4) Mampu berkomunikasi dengan baik

5) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian (persetujuan dengan *informed consent*)

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien yang mengalami komplikasi oleh karena frakturnya
- 2) Mengundurkan diri dari proses penelitian

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu peneliti mengambil semua subjek yang baru didiagnosis yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan (Dahlan, 2009). Peneliti menggunakan tabel *Krejcie* sebagai acuan dalam penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini. Perhitungan ukuran sampel dengan menggunakan tabel *Krejcie* didasarkan atas kesalahan 5%, sehingga sampel yang diperoleh mempunyai kepercayaan 95% terhadap populasi. Jumlah rerata populasi (fraktur derajat 2 dan 3) dalam penelitian ini sejumlah 35 pasien, sehingga sampel yang digunakan sebanyak 32 responden (Sugiyono, 2010). Tabel *Krejcie* dijelaskan sebagai berikut:

N	S	N	S	N	S
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364

Berdasarkan perhitungan jumlah sampel diatas, peneliti mampu mendapatkan sejumlah 16 responden untuk kelompok perlakuan serta 16 responden pada kelompok kontrol.

C. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang di ruang rawat inap Asoka. Ruang Asoka merupakan unit ruang rawat inap yang khusus merawat pasien dengan kasus bedah (fraktur).

Peneliti melaksanakan proses penelitian selama satu bulan dari mulai 21 Juli sampai dengan 23 Agustus 2016.

D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah intervensi pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur.

2. Variabel dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah adaptasi pasien fraktur

E. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Psikoedukasi	Pemberian pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan	Memberikan psikoedukasi kesehatan dengan 3 sesi: Sesi 1: Identifikasi masalah Sesi 2: Pelaksanaan psikoedukasi Sesi 3: Evaluasi Pelaksanaan sesuai dengan SOP	-	-	-
2	Adaptasi	Keadaan dimana pasien menerima kondisi sakit yang dialaminya dengan perasaan ikhlas, pasrah, serta mempunyai motivasi untuk sembuh.	1. Adaptasi Fisiologis 2. Adaptasi psikososial 3. Adaptasi Kategori independen	Kuisisioner <i>Sickness Impact Profile</i> (SIP), Oleh Marilyn and Betty (The Johns Hopkins University)	Rasio	Skoring: 1 = Ya 0 = Tidak Terdapat 136 pertanyaan, • Skor min: 0 • Skor maks: 136 semakin sedikit jumlah skor yang didapat, semakin adaptif.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada proses pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner. Peneliti menggunakan kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) untuk mengidentifikasi status adaptasi pasien fraktur derajat 2 dan 3. Kuesioner SIP telah dikembangkan oleh **Bergner Marilyn** dan **Gilson Betty** dimana kuesioner ini telah dimiliki hak patennya oleh The Johns Hopkins University dan peneliti sudah mempunyai ijin untuk menggunakan kuesioner tersebut dalam penelitian ini (ijin terlampir). Reliability dari SIP dengan menggunakan *test-retest* adalah 0,92 dan internal konsistensinya 0,94. Fokus dari kuesioner ini pada dua dimensi efek dari adanya suatu disabilitas: fisik dan psikososial yang sangat konsisten dengan teori adaptasi Callista Roy.

Kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) terdiri dari tiga dimensi serta mempunyai 12 kategori yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Dimensi fisik (*Physical*)
 - a. Kategori perawatan tubuh dan pergerakan (*Body Care and Movement*) : 23 pertanyaan
 - b. Kategori ambulasi (*Ambulation*) : 12 pertanyaan

- c. Kategori mobilitas (*Mobility*): 10 pertanyaan
2. Dimensi psikososial (*Psychosocial*)
 - a. Kategori perilaku emosi (*Emotional Behavior*) : 9 pertanyaan
 - b. Kategori kewaspadaan (*Alertness Behavior*): 10 pertanyaan
 - c. Kategori Interaksi Sosial (*Social Interaction*) : 20 pertanyaan
 - d. Kategori komunikasi (*Communication*) : 9 pertanyaan
 3. Dimensi kategori independen (*Independent Categories*)
 - a. Kategori istirahat dan tidur (*Sleep and Rest*): 7 pertanyaan
 - b. Kategori makan (*Eating*) : 9 pertanyaan
 - c. Kategori manajemen rumah (*Home Management*) : 10 pertanyaan
 - d. Kategori pekerjaan (*Work*) : 9 pertanyaan
 - e. Kategori rekreasi dan masa lampau (*Recreation and Pastimes*) : 8 pertanyaan

Kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) yang digunakan peneliti merupakan versi “*interviewer-administered questionnaire*”, yaitu versi SIP yang dalam proses pengisiannya tidak di isi langsung oleh responden, melainkan dilakukan oleh peneliti. Peneliti (atau asisten peneliti) membacakan setiap item soal kepada responden

untuk selanjutnya mendapat jawaban langsung dari responden mengenai pertanyaan yang diajukan dan peneliti mengisi jawaban pada kolom yang telah disediakan.

Jumlah seluruh pertanyaan dalam SIP adalah 136 pertanyaan dengan pilihan “ya” dan “tidak”. Jika responden menjawab “ya” maka akan diberikan skor 1, dan jika jawaban responden “tidak” maka akan diberikan skor 0. Dapat disimpulkan bahwa skor minimal adalah 0 dan skor maksimal yang bisa didapatkan adalah 136. Semakin kecil nilai yang didapatkan oleh responden, maka responden semakin adaptif. Sebaliknya, semakin tinggi skor yang didapatkan responden, maka responden akan semakin maladaptif.

G. Cara Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini meliputi wawancara dan pengisian kuesioner dengan berbagai tahapan antara lain:

1. Melakukan proses perijinan untuk bisa melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Jombang melalui Direktur serta bagian Diklat Rumah Sakit.
2. Mengajukan persetujuan penelitian pada Komisi Etik Penelitian Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

3. Diskusi dilakukan oleh peneliti bersama kepala ruangan rawat inap serta asisten peneliti sebagai pertimbangan untuk menetapkan calon responden.
4. Kriteria asisten peneliti yaitu : minimal pendidikan S.Kep.,Ns dan lama masa kerja 5 tahun.
5. Tugas asisten peneliti adalah membantu peneliti untuk melaksanakan penelitian mulai sesi 1 sampai sesi 3.
6. Menetapkan responden dengan mengacu pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, yang selanjutnya meminta persetujuan calon responden untuk ikut serta dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan peneliti.
7. Membagi responden yang telah menyetujui untuk di ikutsertakan dalam penelitian kedalam kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
8. Kuesioner : peneliti (atau asisten peneliti) membacakan kuesioner kepada semua responden dan memasukkan jawaban responden pada lembar kuesioner baik di kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagai input data *pretest*.

9. Melaksanakan kegiatan pemberian psikoedukasi 3 sesi kepada kelompok perlakuan, sesi 1 dilaksanakan pada hari ke 1 post operasi, sesi ke 2 dilaksanakan pada hari ke 2 post operasi dan sesi ke 3 dilaksanakan pada hari ke 4 post operasi pasien fraktur. dan tetap memberikan treatment standar kepada kelompok kontrol.
10. Membacakan kembali kuesioner kepada kedua kelompok serta menuliskan jawaban responden pada lembar kuesioner sebagai input data *post-test* dilakukan psikoedukasi untuk mengukur tingkat adaptasinya.
11. Terminasi dengan responden

H. Pengolahan Data

1. *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan kuesioner untuk memastikan kelengkapan jawaban serta kejelasan jawaban yang diberikan oleh responden. Dalam hal ini peneliti menghitung kembali jumlah lembar jawaban kuesioner untuk memastikan bahwa seluruh soal sudah terjawab dan terisi, dan menanyakan kembali kepada responden saat menemukan soal yang belum terjawab.

2. *Coding*

Pemberian kode pada setiap data yang diperoleh peneliti baik karakteristik responden maupun variabel penelitian dengan tujuan untuk mempermudah analisis data. Adapun pengkodean yang telah dilakukan peneliti sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden
 - 1) Umur : menggunakan data rasio
 - 2) Jenis kelamin :
 - a) Laki – laki : 1
 - b) Perempuan : 2
 - 3) Pendidikan terakhir
 - a) Tidak tamat SD : 1
 - b) SD (sederajat) : 2
 - c) SMP (sederajat) : 3
 - d) SMA (sederajat) : 4
 - e) Perguruan Tinggi : 5
 - 4) Status perkawinan
 - a) Belum kawin : 1
 - b) Kawin : 2
 - c) Cerai / Duda / Janda : 3

- 5) Pekerjaan
 - a) Wiraswasta : 1
 - b) Guru : 2
 - c) PNS : 3
 - d) Pelajar : 4
 - e) Petani : 5
 - f) Ibu Rumah Tangga : 6
 - g) Lain – lain : 7
- 6) Derajat fraktur
 - a) Derajat 2 : 1
 - b) Derajat 3 : 2

b. Adaptasi responden

Skala pengukuran adaptasi dengan menggunakan skala rasio.

3. *Processing/Entry*

Peneliti melakukan proses memasukkan data kedalam komputer melalui software *Microsoft Exel* dan selanjutnya data di entry ke software analisa data SPPS versi 21 dengan nomor lisensi:

QA3AW8U62Z4ZWTSPV44VXI65P59OLE547WHIQVZYW

LARL9JEYQEGDUBLH8Z3ZCJAL3FLXMS98V95TSDYI7F
OEXUPRR untuk dilakukan analisa data.

4. *Cleaning*

Peneliti melakukan validasi kembali pada data yang sudah di input untuk memastikan ada kesalahan atau tidak selama proses *entry* data ke *software* yang digunakan. Setelah melakukan pengecekan beberapa kali, peneliti yakin bahwa data yang dimasukkan sudah lengkap, dan tidak ada yang terlewat atau “*missing*”.

I. Analisis Data

Peneliti mengimplementasikan dua teknik analisis data dalam penelitian yaitu:

1. Analisis univariat

Analisis ini digunakan peneliti untuk menggambarkan karakteristik responden serta menyajikan data yang didapat dalam bentuk tabel untuk mempermudah interpretasi. Data yang ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan proporsi dalam tabel.

2. Analisis bivariat

Peneliti menggunakan teknik analisa data parametrik yaitu *t-test dependent (paired t-test)* dan *t-test independent*. Uji *t-test dependent* digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan *mean* / rata-rata pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi serta pada kelompok kontrol pada *pre-test* dan *post-test*. Peneliti juga menggunakan teknik uji *t-test independent* untuk menganalisis perbedaan *mean* / rata-rata pada kelompok perlakuan yang telah diberikan psikoedukasi dengan kelompok kontrol.

Sebelum dilakukan uji *t-test dependent*, peneliti memastikan tidak menyalahi syarat menggunakan tes parametrik tersebut dengan melakukan uji normalitas data dengan menggunakan uji *Saphiro-Wilk* dikarenakan jumlah sampel yang diambil oleh peneliti kurang dari 50 responden dan hasilnya menyatakan bahwa *p-value* > dari $\alpha = 0,05$ yang berarti data berdistribusi normal.

Untuk keperluan uji *t-test independent* peneliti juga melakukan uji normalitas yang menunjukkan hasil *p-value* > dari $\alpha = 0,05$ yang berarti data berdistribusi normal. Selanjutnya peneliti melakukan uji homogenitas dengan

menggunakan *Levine test* dengan hasil nilai p -value $< 0,05$ yang berarti varian data antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol heterogen (berbeda secara signifikan). Berdasarkan hasil uji homogenitas tersebut maka peneliti menggunakan uji *t-test independent* menggunakan formula “*separate samples*” (*Equal variance not assumed*).

Semua analisa univariat dan bivariat dikerjakan dengan bantuan *software* SPSS versi 21.

J. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan Nomor : 278/EP-FKIK-UMY/VIII/2006. Walaupun demikian selama proses penelitian, peneliti tetap memperhatikan dan menerapkan aspek-aspek penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent* (persetujuan penelitian)

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, prosedur dan manfaat penelitian yang dilakukan (lembar *informed*). Setelah calon responden memahami dan bersedia ikut serta dalam penelitian, kemudian responden menandatangani lembar persetujuan mengikuti penelitian (lembar *consent*).

2. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti memberikan penjelasan dan meyakinkan responden bahwa semua data yang diberikan oleh responden disimpan dengan baik dan dirahasiakan, serta hanya digunakan untuk kepentingan pengembangan keilmuan. Peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar kuesioner, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data, peneliti memberikan kode initial dengan angka untuk menjaga kerahasiaan responden.

3. *Beneficence and Balancing Harms* (asas kemanfaatan dan kerugian)

Penelitian harus mendatangkan manfaat seoptimal mungkin untuk responden dan meminimalkan efek negatif yang ditimbulkan. Dalam hal ini peneliti memperhatikan betul kondisi responden saat dilakukan penelitian, jika tidak memungkinkan maka responden tidak dipaksakan untuk menjalani penelitian. Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk mengundurkan diri dari penelitian jika dalam proses penelitian responden merasa terbebani dan tidak bisa melanjutkan penelitian.

4. *Justice* (keadilan)

Peneliti menjunjung tinggi aspek keadilan bagi responden, dengan tidak membeda-bedakan perlakuan dan intervensi. Sebagai bentuk perlakuan adil, peneliti juga memberikan psikoedukasi pada kelompok kontrol setelah dilakukan pengukuran *post-test* adaptasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Jombang merupakan rumah sakit yang dimiliki oleh pihak pemerintah daerah Kabupaten Jombang dan merupakan Rumah Sakit dengan klasifikasi kelas B. Rumah sakit kelas B adalah Rumah sakit yang mempunyai daya tampung lebih dari 200 tempat tidur dengan pelayanan yang memiliki sub spesialis lebih dari 4 (Dinas Kesehatan 2007). Dalam rangka memberikan pelayanan secara maksimal kepada pasien maka pihak Rumah Sakit Umum Daerah Jombang menyediakan fasilitas pelayanan yang meliputi: UGD 24 jam, rawat jalan (umum, gigi, dan spesialis), rawat inap, kamar operasi, ICU, laboratorium, radiologi (X- Foto, USG, *whole body* CT-scan), PONEK, *Medical Cek Up*, dll. Selain itu terdapat dokter spesialis yang melayani Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. diantaranya adalah: spesialis anak, spesialis bedah, spesialis bedah saraf, spesialis bedah ortopedi, spesialis jantung, spesialis paru, spesialis mata, spesialis radiologi, spesialis patologi klinik, spesialis patologi anatomi, spesialis kulit, spesialis ginekologi (kandungan), spesialis anastesia, spesialis

penyakit dalam, spesialis THT, spesialis rehabilitasi medis, dan dokter umum.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas psikoedukasi terhadap adaptasi pasien fraktur di ruang Asoka RSUD Jombang yang memiliki kapasitas 47 tempat tidur. Penelitian ini di laksanakan pada bulan Juli- Agustus 2016 di RSUD Jombang pada 32 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental kuasi dengan rancangan *pretest-posttest control design*. Sampel di bagi menjadi dua kelompok yaitu 16 orang pada kelompok perlakuan dan 16 orang pada kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan pengukuran adaptasi (pretest), setelah itu pada kelompok perlakuan di berikan psikoedukasi sebanyak 3 sesi dan pada kelompok kontrol di berikan treatment sesuai dengan SOP Ruang Asoka kemudian peneliti mengukur kembali adaptasi (post test) terhadap responden. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisa menggunakan analisis univariat dan bivariat.

1. Karakteristik Responden

Hasil penelitian mengidentifikasi karakteristik responden yang ikut serta dalam penelitian, meliputi beberapa karakteristik sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi umur responden

Usia (tahun)	Mean \pm SD	Min	Max
Kelompok Perlakuan (n=16)	37,19 \pm 1,51	18	61
Kelompok Kontrol (n=16)	40,44 \pm 1,73	18	60

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa rata-rata usia responden kelompok perlakuan lebih muda tiga tahun dari pada kelompok kontrol.

Tabel 4.2 Distribusi jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan derajat fraktur responden

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)	Total	Persen (%)
Jenis Kelamin						
Laki-laki	14	87,5	12	75	26	81,3
Perempuan	2	12,5	4	25	6	18,7
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Pendidikan						
Tidak Tamat SD	1	6,2	1	6,2	2	6,3
SD	3	18,8	1	6,2	4	12,5
SMP	1	6,2	3	18,8	4	12,5
SMA	11	68,2	10	62,5	21	65,6
PT	0	0	1	6,2	1	3,1
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Pekerjaan						
Wiraswasta	8	50	7	43,8	15	46,9
Guru	0	0	1	6,2	1	3,1
Pelajar	5	31,2	3	18,8	8	25
Petani	2	12,5	2	12,5	4	12,5
Ibu Rumah Tangga	0	0	3	18,8	3	9,4
Lain-lain	1	6,2	0	0	1	3,1
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Status Perkawinan						
Kawin	7	43,8	9	56,2	16	50
Belum kawin	8	50	6	37,5	14	43,8
Cerai/Janda/Duda	1	6,2	1	6,2	2	6,7
Total	16	100%	16	100%	32	100%

Tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki baik untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu sejumlah 26 orang (81,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, distribusi responden menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu sejumlah 11 orang pada kelompok perlakuan dan 10 orang pada kelompok kontrol. Distribusi pekerjaan responden menunjukkan sebagian besar responden berwiraswasta pada kedua kelompok dengan persentase 46,9%. Terdapat distribusi yang relatif seimbang pada kedua kelompok responden berdasarkan status perkawinan, yaitu pada kategori kawin dan belum kawin.

Hasil penelitian berdasarkan derajat fraktur responden dijelaskan pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Gambaran derajat fraktur responden (n = 32)

No	Kelompok Perlakuan		No	Kelompok Kontrol		
	Jenis Fraktur	Derajat		Jenis Fraktur	Derajat	
		2	3			2
1	Femur	6	1	Femur	1	1
2	Tibia	5	2	Tibia	4	2
3	Humerus	4	3	Humerus	4	2
4	ulna	1	4	ulna		2
	Total	1	15	Total	9	7
	Persen	6,2	93,8	Persen	56,2	43,8

Terdapat perbedaan distribusi yang cukup signifikan untuk variabel derajat fraktur responden dimana pada kelompok perlakuan, 93,8% responden mengalami fraktur derajat 3 sedangkan pada kelompok kontrol ada 9 orang termasuk dalam derajat 2 dan 7 sisanya masuk dalam derajat 3.

2. Gambaran adaptasi pasien fraktur

Pada tabel 4.4 berikut disajikan gambaran tingkat adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi.

Tabel 4.4 Gambaran adaptasi pasien fraktur (n = 36)

Adaptasi pasien fraktur	Kelompok perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Adaptif	8	50	8	50	7	43,75	7	43,75
Inefektif	8	50	8	50	9	56,25	9	56,25
Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Untuk mendiskripsikan status adaptasi responden baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dilakukan pengkategorian berdasarkan *cut of point* data yang mengacu pada nilai *mean* (rata-rata) dikarenakan hasil uji sebaran data normal (Dahlan, 2014). Peneliti mengkategorikan adaptasi pasien menjadi dua yaitu adaptif dan inefektif. Pada kelompok perlakuan sebelum diberikan psikoedukasi, pasien dikategorikan

mempunyai kemampuan adaptasi yang adaptif jika skor yang diperoleh $<92,5$ dan pasien dengan adaptasi inefektif jika skornya $>92,5$. Sedangkan pada kelompok perlakuan sesudah diberikan psikoedukasi, pasien dengan skor $<52,5$ dikategorikan adaptif dan skor $>52,5$ termasuk dalam kategori adaptasi inefektif.

Untuk kelompok kontrol pada saat *pre-test*, pasien dikatakan adaptif jika mempunyai skor $<86,1$ dan dikatakan adaptasi inefektif jika skornya $>86,1$. Sedangkan pada saat *post-test*, pasien dikategorikan adaptif jika skornya $<81,1$ dan termasuk dalam kategori adaptasi inefektif jika skornya $>81,1$.

Pada tabel 4.4 diatas jumlah pasien yang termasuk dalam kategori adaptif dan inefektif baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah sama. Perbedaannya terlihat dari nilai *mean* (rata-rata) yang mengalami penurunan, sehingga bisa disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan adaptasi pada pasien yang diberikan psikoedukasi.

3. Analisis normalitas Data

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui distribusi sebuah data. Penelitian ini menggunakan jumlah sampel ($n < 50$) yaitu 32 responden, sehingga uji normalitas yang digunakan

adalah uji *Shapiro-Wilk* dimana jika nilai $p > 0.05$ berarti data terdistribusi normal. Hasil uji normalitas ditampilkan pada tabel berikut ini:

Tabel 4.5 Uji normalitas

No	Dependen variabel	N	<i>p-value</i> sebelum		<i>p-value</i> sesudah	
			Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol
1	Adaptasi	16				
	Hari 1		0,339*	0,957*	-	-
	Hari 4		-	-	0,534*	0,671*

Ket: * data berdistribusi normal ($p\text{-value} > 0,05$)

Berdasarkan hasil uji normalitas data diatas, semua data menunjukkan berdistribusi normal ($p\text{-value} > 0,05$) sehingga uji bivariat dalam penelitian menggunakan uji parametrik.

4. Perbedaan adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi

Perbedaan adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi tersaji dalam tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi dengan uji *paired*

No	Variabel	Test	n	Mean ±SD	<i>adaptif</i>		<i>inefektif</i>		Mean <i>Difference</i>	95% CI		<i>p</i> value
					Frek	%	Frek	%		Lower	Upper	
1	Adaptasi kelompok perlakuan	Pre-test	16	92,56 ± 28,918	8	50	8	50	40,062	25,147	54,978	0,000
		Post-test	16	52,50 ± 21,565	8	50	8	50				
2	Adaptasi kelompok kontrol	Pre-test	16	86,12 ± 7,753	7	43,75	7	43,75	5,000	3,952	6,048	0,000
		Post-test	16	81,12 ± 7,907	9	56,25	9	56,25				

Dari hasil uji sampel t berpasangan yang disajikan pada tabel 4.3 diatas didapatkan informasi bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi yang dibuktikan dengan nilai signifikansi (*p value*) = 0,000 ; CI 95% < *alpha* = 0,05. Pada kelompok kontrol juga dilakukan pengukuran *pre-test* dan *post-test* didapatkan nilai signifikansi (*p value*) = 0,000 ; CI 95% < *alpha* = 0,05 yang dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada adaptasi pasien fraktur pada kelompok yang tidak diberikan psikoedukasi.

5. Perbedaan adaptasi pasien fraktur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 4.7 berikut menyajikan hasil uji t independen yang membandingkan adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan pasien yang tidak diberikan intervensi psikoedukasi.

Tabel 4.7 Perbedaan adaptasi pasien fraktur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji *independent samplet t test*

No	Variabel	T	<i>Mean Difference</i>	<i>95% CI</i>		<i>p value</i>
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
1	Adaptasi pasien fraktur	5,918	36,938	23,647	50,228	0,000

Hasil uji beda rata-rata adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan *p value* = 0,000 ; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$. Berdasarkan hasil uji tersebut dapat disimpulkan bahwa H_a diterima atau H_o di tolak.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik usia responden

Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 37,19 tahun pada kelompok perlakuan dan 40,44 tahun pada kelompok kontrol, yang berarti dalam rentang usia tersebut individu berada pada kategori usia produktif. Rentang usia di bawah 45 tahun sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau kecelakaan, sedangkan pada usia lanjut (usila) prevalensi fraktur cenderung lebih banyak terjadi pada perempuan, hal ini berhubungan dengan adanya kejadian osteoporosis yang terjadi oleh karena perubahan hormone pada fase menopause (Lukman & Ningsih, 2009). Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, usia dapat mempengaruhi tingkat stres pada pasien fraktur. Menurut Prayitno (2006) usia muda cenderung memiliki tingkat stres lebih tinggi karena pada usia muda seperti usia remaja, masih menyesuaikan diri dengan standar kelompok selain itu pada usia remaja adanya perubahan yang terjadi pada dirinya seperti terjadinya fraktur akan ada ketakutan adanya penolakan

oleh lingkungan. Dan pada usia remaja individu belum dapat mengontrol emosinya sehingga individu belum dapat menghadapi perubahan yang terjadi. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, usia dapat mempengaruhi tingkat stres pada pasien fraktur. Usia merupakan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, terdapat perbedaan penyembuhan pada tingkat usia anak dan dewasa, Suriadi pada tahun 2007 menyatakan pada anak-anak penyembuhan luka dan kontraksi terjadi dengan cepat dari pada dewasa, pada usia dewasa terjadi ada suatu penurunan vaskularitas dermal, penurunan densitas kolagen, elastin, fragmentasi elastin, dan penurunan jumlah sel mast, akan tetapi tingkatan penyembuhan adalah batas normal (Suriadi, 2007; Ruth, 2006; Carvile, 2007).

Pada rentang usia produktif individu berada pada *golden periode* dalam melaksanakan berbagai aktifitas, mempunyai mobilitas yang sangat tinggi, bekerja, lebih sering berada diluar rumah dan di jalan raya, yang berakibat lebih berisiko untuk mengalami kecelakaan.

b. Karakteristik jenis kelamin responden

Pada hasil penelitian ini mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki baik untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu sejumlah 26 orang (81,3%). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Lukman & Ningsih, 2009 yang menemukan bahwa kejadian fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada kaum perempuan. WHO dan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2008 melaporkan bahwa empat provinsi di Indonesia yaitu: Papua, Gorontalo, Kalimantan Barat, dan Lampung mengidentifikasi bahwa kematian akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kedua setelah TBC yang terjadi pada kelompok laki-laki antara usia 15 - 44 tahun (Hermawan, 2011).

Di negara berkembang seperti Indonesia, kaum laki-laki masih lebih mendominasi daripada kaum perempuan dalam urusan pekerjaan. Semakin banyak laki-laki yang bekerja, maka resiko untuk terjadinya cedera maupun kecelakaan selama bekerja juga akan lebih tinggi dialami laki-laki daripada perempuan.

Mekanisme koping maladaptif pada perempuan dapat berbeda dari laki-laki. Dalam menggunakan mekanisme koping adaptif, respon yang sering di tampilkan oleh laki-laki ketika menghadapi stress adalah bersifat menutup diri. Sedangkan pada perempuan memiliki kebiasaan untuk mencari dukungan sosial ketika sedang stress dengan tujuan emosi serta untuk mendapatkan simpati dengan cara menceritakan secara berlebihan situasi stress yang dialami (Pease & Pease 2006 ; Mesuri, 2004)

c. Karakteristik tingkat pendidikan responden

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan SMA baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol. Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi sejauh mana kemampuan seseorang dalam menerima dan mengolah informasi. Penelitian oleh Wu, et al pada 2006 mengungkapkan bahwa semakin tinggi pendidikan yang dijalani oleh seseorang, maka semakin baik pula respon adaptasi yang dimiliki. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki

dan kemampuan dalam menghadapi masalah serta menganalisa situasi akan lebih baik yang pada akhirnya dapat memilih tindakan secara tepat dalam menghadapi sebuah masalah. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai atau hal-hal yang di perkenalkan padanya (Notoatmodjo, 2002; Stuart & Laria, 2005).

Peneliti berpendapat bahwa individu yang menempuh tingkat pendidikan yang semakin tinggi, maka individu tersebut akan mengalami paparan terhadap informasi yang lebih banyak serta stressor akademik maupun non akademik yang bervariasi, sehingga hal ini akan mendorong seseorang untuk berfikir kreatif dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Dalam konteks pematangan proses adaptasi, secara tidak langsung hal ini juga akan meningkatkan kemampuan seseorang dalam mencari solusi atas segala stressor yang dihadapi.

d. Karakteristik pekerjaan responden

Dalam Penelitian ini menunjukkan mayoritas responden bekerja sebagai pegawai swasta yang sering melakukan aktifitasnya dengan menggunakan kendaraan

sehingga mempunyai aktifitas mobilisasi yang tinggi. Polda metro jaya (2011) melaporkan sebanyak 946 pelaku (68,71%) kecelakaan terjadi pada karyawan swasta. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sjamsuhidajat & Long (2005) yang menyatakan bahwa fraktur berhubungan dengan pekerjaan, kecelakaan dan olahraga. Pasien yang bekerja akan merasakan stresor yang lebih besar daripada mereka yang tidak bekerja. Sementara itu pasien fraktur yang memiliki pekerjaan akan meragukan kemampuannya sendiri karena adanya keterbatasan fungsi fisik dengan terjadinya fraktur dan pasien menjadi takut karena keadaannya ini akan dapat mempengaruhi kegiatan dan pekerjaannya nanti (Hidayat, 2006). Seseorang yang memiliki pekerjaan akan merasa takut dengan keadaan fraktur yang terjadi dapat mempengaruhi pekerjaannya, terutama pada pegawai swasta yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan jiwa, adanya kecacatan baik bersifat sementara ataupun permanen akan menyebabkan stress pada pasien tersebut.

e. Karakteristik status perkawinan responden

Jumlah responden yang belum kawin dan kawin dalam penelitian ini terdistribusi dalam jumlah proporsi yang hampir sama. Individu yang sudah menikah akan menghadapi berbagai stressor yang berbeda dengan mereka yang belum menikah. Sehingga bagi mereka yang sudah menikah, sangat dimungkinkan akan mempunyai respon adaptasi yang lebih adaptif terhadap adanya stressor dibandingkan individu yang belum menikah.

f. Karakteristik derajat fraktur responden

Kelompok perlakuan dalam penelitian ini didominasi oleh pasien yang mengalami fraktur derajat 3, sehingga stressor yang dialami lebih besar dari pada stressor yang dialami oleh kelompok kontrol dimana jumlah responden yang mengalami fraktur derajat 3 hampir sama dengan yang mengalami fraktur derajat 2. Penelitian Griffiths (1998) mengungkapkan bahwa adaptasi pasien fraktur sangat dipengaruhi oleh onset kejadian, serta lingkungan dimana seseorang itu mendapat perawatan kesehatan.

Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang mengalami fraktur dalam kategori 3 akan terjadi penolakan (*denial*) yang lebih lama, hal ini bisa mengakibatkan penderita akan membutuhkan waktu yang relatif lebih lama untuk masa penyembuhan. Kondisi seperti ini akan berakibat kepenatan yang berkepanjangan, karena tidak bisa melakukan kegiatan yang biasanya dikerjakan dengan rutin. Jika sudah terbiasa, maka seseorang yang pernah mengalami hal ini akan lebih adaptif dari pada seseorang yang baru pertama kali mengalami fraktur.

Fraktur ekstremitas bawah merupakan jenis fraktur yang paling sering terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, faktor resiko yang berhubungan dengan kecelakaan lalu lintas, olahraga dan kecelakaan kerja (Reeves, Roux & Lokhart, 2001, Depkes, 2009 dalam Nasriati, 2015). Menurut Eldawati (2012) jenis fraktur yang banyak terjadi adalah fraktur ekstremitas bawah (femur). Seiring dengan hasil penelitian Syahputra (2012) menyatakan bahwa fraktur femur terjadi sebanyak 63,3%. Femur merupakan bagian tulang terbesar dan terpanjang sehingga beresiko terjadi fraktur. Femur dapat mengalami

fraktur oleh adanya trauma langsung, puntiran atau pukulan pada bagian lutut yang berada dalam posisi fleksi pada saat terjadinya kecelakaan di jalan raya.

2. Gambaran adaptasi pasien fraktur

Hasil penelitian menyatakan bahwa semua pasien fraktur mengalami ketidakadekuatan adaptasi terhadap penyakit yang sedang diderita, dalam hal ini adalah pasien fraktur yang telah menjalani operasi bedah. Pada kelompok perlakuan, rata-rata kemampuan adaptasi pasien pada pengukuran awal (*pre-test*) menunjukkan angka yang relatif tinggi yang berarti cenderung tidak adaptif. Pada pengukuran kedua (*post-test*) didapatkan rata-rata kemampuan adaptasi pasien mengalami peningkatan yang di buktikan dengan menurunnya skor pengukuran kemampuan adaptasi pasien setelah dilakukan pemberian psikoedukasi. Pun demikian pada kelompok yang tidak diberikan intervensi psikoedukasi, rata-rata terdapat peningkatan kemampuan adaptasi terhadap kondisinya saat ini meskipun peningkatan adaptasi berdasarkan *skoring* yang didapatkan tidak terlalu signifikan (kurang dari 10 poin).

Koping yang efektif menempati tempat yang utama terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual. Perhatian terhadap koping tidak hanya terbatas pada sakit ringan tetapi justru penekanannya pada kondisi sakit yang berat (Notosoedirjo, Moeljono, dan Latipun, 2005). Apabila mekanisme koping yang di gunakan adaptif maka stress yang dialami juga akan semakin ringan (Mesuri, 2014).

Stuart & Sundeen (2006) menyatakan bahwa Koping maladaptif adalah koping yang dapat menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan serta perilakunya cenderung merusak. Untuk menghindari perilaku maladaptif, maka faktor yang dapat mendukung adalah mengidentifikasi sumber koping yang dapat membantu individu beradaptasi dengan stresor yang ada. Salah satu sumber koping yang dapat membantu individu dalam menghindari perilaku maladaptif yaitu meningkatkan dukungan sosial. Dukungan sosial merupakan faktor pendukung paling utama dalam membentuk mekanisme koping yang efektif atau adaptif. Selain itu dukungan sosial mempengaruhi

kesehatan dengan cara melindungi individu dari efek negatif stres. Sehingga dengan meningkatkan dukungan sosial akan dapat menurunkan perilaku maladaptif (Sadock & Virginia, 2007).

Individu dapat menggunakan berbagai mekanisme koping adaptif dalam menghadapi stress. Individu yang memiliki keyakinan atau pandangan positif, terampil dalam memecahkan masalah dan dapat menerima dukungan sosial dengan orang lain. Sehingga orang yang menggunakan mekanisme koping adaptif tidak mudah stress dalam menghadapi stressor yang datang padanya. Kesiapan pasien dan keluarga dalam peningkatan koping ini juga memberikan dampak positif terhadap proses penyembuhan pada pasien fraktur.

a. Gambaran adaptasi pada kelompok perlakuan

Kemampuan adaptasi pasien fraktur pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa separuh dari pasien mempunyai skor diatas 100, yang berarti kemampuan adaptasinya tidak efektif. Namun setelah dilakukan intervensi psikoedukasi, terjadi peningkatan kemampuan adaptasi.

Callista Roy menjelaskan bahwa *output* sistem adaptasi dapat di kategorikan menjadi dua bagian yaitu respon adaptif dan respon inefektif. Masing-masing respon yang ditunjukkan individu memvisualisasikan kondisi yang dialami, respon adaptif ditunjukkan dengan adanya sikap defensif serta meningkatkan integritas, sedangkan respon inefektif menunjukkan adanya kekacauan integritas (Priyo, 2012).

Lebih lanjut Roy (2009) menjelaskan dalam model adaptasi yang dikembangkan yang memfasilitasi adanya pendekatan pada ilmu pengetahuan. Kemampuan adaptasi sangat ditentukan oleh lingkungan, dimana lingkungan diartikan sebagai semua kondisi, situasi yang ada disekitar individu dan mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu tersebut sebagai suatu sistem yang adaptif dengan beberapa pertimbangan tertentu yang berasal dari sumber daya manusia maupun sumber daya alam.

Menurut peneliti respon yang ditunjukkan oleh mayoritas responden kelompok perlakuan terhadap stressor yang dirasakan berupa adanya fraktur termasuk dalam respon inefektif. Hal ini sangat wajar, mengingat individu

mengalami pengalaman yang berbeda dan meyakini adanya penurunan fungsi tubuh yang awalnya bisa melakukan aktifitas dengan bebas, sedangkan saat mengalami fraktur segala aktifitasnya menjadi terbatas. Lingkungan inilah yang akhirnya berkontribusi terhadap munculnya respon baik bersifat adaptif maupun inefektif pada seseorang. Temuan penelitian ini mempunyai kemiripan dengan hasil penelitian yang dilakukan Griffiths (1998) yang menyatakan bahwa pasien yang menjalani pembedahan orthopedi dan bersifat emergensi akan mengalami perubahan fungsi yang tiba-tiba, nyeri diluar kemampuan individu untuk menahannya, ketidakmampuan untuk bergerak, serta hospitalisasi yang tidak disangka-sangka.

Dalam penelitian ini, gambaran lain dari adaptasi yang dapat disimpulkan oleh peneliti adalah seseorang yang mengalami fraktur derajat dua dan tiga menunjukkan respon yang relatif inefektif. Peneliti berasumsi hal ini berkaitan dengan seberapa besar stressor yang mengenai individu dan sejauh mana individu dapat “berteman” dengan stressor tersebut. Dalam kasus fraktur, tingkatan fraktur yang dialami individu cukup memberikan gambaran

yang jelas terhadap respon adaptasi yang ditunjukkan oleh individu.

b. Gambaran adaptasi pada kelompok kontrol

Sama halnya pada kelompok perlakuan, dimana mayoritas responden pada kelompok kontrol juga mengalami respon adaptasi yang inefektif. Terdapat sedikit perbedaan pada hasil pengukuran skor adaptasi antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, dimana mayoritas skor adaptasi pada pengukuran *baseline* (pengukuran awal) menunjukkan skor yang relatif dibawah kelompok perlakuan (kurang dari 100). Hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol, berdasarkan derajat fraktur menunjukkan jumlah antara responden yang termasuk dalam derajat 2 hampir sama jumlahnya dengan responden yang termasuk dalam derajat 3.

Hasil penelitian dari Mesuri 2014 mengatakan bahwa sebagian besar pasien fraktur dapat beradaptasi dengan stressor yang ada dan mereka memiliki respon yang berbeda terhadap fraktur yang mereka alami.

3. Perbedaan adaptasi pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan

Terdapat perbedaan yang signifikan pada respon adaptasi kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi. Pada pengukuran baseline (*pre-test*) yang dilakukan pada hari pertama post operasi, mayoritas responden berespon inefektif terhadap stressor yang dialami. Hasil skoring adaptasi menunjukkan angka yang sangat tinggi yang berarti respon responden termasuk respon inefektif. Setelah diberikan psikoedukasi selama 3 sesi pada hari ke-2 dan ke-3 post operasi, hasil skoring yang dilakukan pada hari ke-4 menunjukkan progresivitas yang meningkat. Responden menunjukkan respon adaptif yang sangat tinggi yang ditunjukkan dengan perolehan skor adaptasi yang menurun (semakin kecil skor, kemampuan adaptasi semakin baik).

Hasil uji beda rata-rata dengan menggunakan uji sampel *t* test berpasangan menunjukkan adanya perbedaan rata-rata adaptasi yang signifikan. Hal ini mengimplikasikan bahwa psikoedukasi mempunyai pengaruh yang kuat dalam memberikan kontribusi perubahan respon adaptasi responden terhadap stressor. Psikoedukasi terbukti memberikan kontribusi

terhadap peningkatan kemampuan adaptasi pasien fraktur. Calista Roy dalam Rasmun (2004) mengatakan bahwa ketika seseorang mengalami suatu proses perubahan pada fisik yang dapat disebabkan oleh fraktur maka individu akan melakukan penyesuaian atau proses adaptasi yaitu suatu upaya untuk mencapai keseimbangan terhadap kebutuhan oleh adanya stressor. Beberapa penelitian menyebutkan ada pengaruh yang bermakna pada pemberian psikoedukasi dalam meningkatkan kemampuan kognitif serta psikomotor pada klien dan keluarganya (Wardaningsih, 2007 ; Sari, 2009)

Hasil penelitian menyebutkan sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi, tingkat pengetahuan responden meningkat secara bermakna yang artinya terapi psikoedukasi dapat meningkatkan pengetahuan responden (Waluyo, dkk, 2014).

4. Perbedaan adaptasi pasien fraktur pre-test dan post-test pada kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol, peneliti tidak memberikan intervensi psikoedukasi, namun diberikan informasi seperti yang biasa diberikan pada pasien fraktur di lokasi penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengalami

respon inefektif terhadap stressor pada pengukuran awal, ternyata juga mengalami perubahan respon menjadi adaptif pada pengukuran hari ke-4 post operasi. Hasil uji beda dengan sampel t berpasangan juga menunjukkan hasil yang signifikan, dimana walaupun tanpa diberikan psikoedukasi, pasien mampu berespon secara adaptif terhadap stressor yang dialami.

Perbedaan respon adaptif pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah beda skor rata-rata *pre-test dan post-test* pengukuran skor adaptasi. Pada kelompok kontrol skor rata-rata *post-test* walaupun mengalami kemajuan akan tetapi tidak sebesar pada kelompok perlakuan. Hal ini mengindikasikan bahwa ada faktor lain yang memungkinkan mempunyai efek terhadap bagaimana pasien berespon terhadap stressor yang dialaminya.

Situasi dari sumber stres, oleh masing-masing individu memiliki respon yang berbeda, yaitu ada yang berpotensi menimbulkan ancaman atau tantangan. Situasi yang dapat menimbulkan stres, maka individu akan melakukan suatu hal untuk mengurangi stres. Hal yang dilakukan tersebut merupakan bagian dari koping individu. Teori ini dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984, dikutip dalam Huriani, 2006).

Mekanisme koping merupakan usaha yang digunakan seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi yang mengurangi rasa nyaman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stres (Videbeck, 2008).

Diharapkan peran perawat berdasarkan teori adaptasi Roy yaitu perawat harus mampu meningkatkan respon adaptif pasien pada situasi sehat atau sakit. Perawat dapat mengambil tindakan untuk memanipulasi stimulus fokal, kontekstual maupun residual dengan melakukan analisis sehingga stimuli berada pada rentang adaptif. Perawat harus mampu bertindak untuk mempersiapkan pasien mengantisipasi perubahan melalui penguatan regulator, kognator dan mekanisme koping (Margono, 2012)

Dengan demikian perlu dilakukan peningkatan pengetahuan berupa pemberian psikoedukasi agar dapat menurunkan perilaku maladaptive pada individu atau pada pasien dengan fraktur. Hal ini harusnya jadi perhatian penting di tatanan pelayanan (RS, Klinik, dll).

5. Pengaruh psikoedukasi terhadap respon adaptasi pasien fraktur

Berdasarkan Hasil uji beda rata-rata adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan $p\ value = 0,000$; CI 95% < $alpha = 0,05$. Hasil uji beda rata-rata adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan $p\ value = 0,000$; CI 95% < $alpha = 0,05$.

Setelah mengetahui perbedaan respon adaptasi individu baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, selanjutnya dianalisis sejauh mana perbedaan rata-rata kemampuan respon adaptasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil uji t bebas (independent) menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap respon adaptasi pasien pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Psikoedukasi mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kemampuan berespon secara adaptif pada individu yang mengalami fraktur. Dari hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikoedukasi dapat menurunkan symptom

masalah kesehatan mental, khususnya dapat menurunkan depresi dan ansietas (Cartwright, 2007). Psikoedukasi juga memiliki pengaruh yang efektif dalam penurunan tingkat *postpartum blues*. Psikoedukasi yang efektif dengan *follow up* setiap hari sangat penting untuk melihat perkembangan pasien (Girsang, dkk, 2015). Psikoedukasi merupakan pengembangan dan pemberian informasi dalam bentuk informasi yang berkaitan dengan psikologi populer / sederhana atau informasi lainnya yang mempengaruhi kesejahteraan psikososial masyarakat. Pemberian informasi ini bisa menggunakan berbagai macam jenis media dan pendekatan (Supratiknya, 2011). NAON (*The National Association Of Orthopaedic Nursing*) menganalisis bahwa perawatan dan intervensi untuk mencegah komplikasi serta mengembalikan kemandirian individu yang meliputi: persiapan fisik, psikologis dan faktor-faktor sosial (Lucas, 2008). Psikoedukasi bukan merupakan sebuah pengobatan, namun psikoedukasi di desain untuk menjadi bagian dari rencana perawatan secara keseluruhan. Pengetahuan seseorang tentang penyakit sangatlah penting bagi pasien dan keluarga mereka untuk dapat merancang sebuah rencana perawatan dan pengobatan yang optimal (Waluyo , dkk,

2014). Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya suatu proses pembelajaran, yang merupakan upaya meningkatkan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan melalui peningkatan skill dan pengalaman tertentu (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009).

Seseorang yang mengalami stres dalam menghadapi stresor yang mengancam kondisinya, memerlukan kemampuan pribadi maupun dukungan dari lingkungan, agar dapat mengurangi stres, cara yang digunakan individu untuk mengurangi stres disebut dengan koping. Keefektifan sebuah koping dinilai apabila koping mampu menurunkan stress yang dialami seseorang. Apabila koping yang digunakan adalah koping adaptif namun tidak dapat menurunkan tingkat stres seseorang, berarti dari hal ini koping yang digunakan tidak efektif (Hawari 2011; Rasmun,2004).

Adaptasi sebagai suatu bentuk respon yang sehat terhadap stress telah ditegaskan sebagai suatu perbaikan homeostatis pada sistem lingkungan internal. Hal ini termasuk respon pada proses penstabilan biologis internal dan pemeliharaan psikologis dalam hal jati diri dan rasa harga diri. Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang

merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan perilaku maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain atau lingkungan (Rasmun, 2004).

Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus berespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan. Mekanisme koping adalah mekanisme yang di gunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterimanya. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan beradaptasi terhadap perubahan tersebut. Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Sedangkan Belajar adalah kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri (adaptasi) dari pengaruh faktor internal dan eksternal. Mekanisme belajar merupakan suatu proses didalam sistem adaptasi (*cognator*) yang meliputi mempersepsikan suatu informasi, baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Belajar secara implisit umumnya bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran (*focal*). Subsistem regulator dan kognator adalah mekanisme adaptasi atau koping dengan

perubahan lingkungan, dan diperlihatkan melalui perubahan biologis, psikologis, dan social. Subsistem regulator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan pada sistem saraf, kimia tubuh dan organ endokrin serta subsistem kognator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran, dan membuat alasan dan emosional, yang termasuk didalamnya mempertahankan untuk mencari bantuan

Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

Output dari manusia sebagai suatu sistem adaptif adalah respon inefektif. Respon-respon yang adaptif itu mempertahankan atau meningkatkan integritas, sedangkan respon yang tidak efektif atau maladaptif itu mengganggu integritas. Melalui proses umpan balik respon-respon memberikan lebih lanjut masukan (input) pada manusia sebagai suatu sistem.

Hasil Penelitian ini bisa di jadikan sumber yang relevan bahwa pasien pasca bedah fraktur harus disiapkan dengan memberikan informasi tentang psikoedukasi sehingga individu yang mengalami fraktur mampu berespon secara adaptif karena psikoedukasi mampu menurunkan symptom masalah kesehatan mental, khususnya dapat menurunkan depresi dan ansietas.

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan:
 - a. Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan pendekatan pre post test dimana membandingkan pengaruh psikoedukasi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
 - b. Terdapat 3 sesi pelaksanaan psikoedukasi

- c. Peneliti menggunakan kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) untuk mengidentifikasi status adaptasi pasien fraktur. Kuesioner SIP yang dikembangkan oleh **Bergner Marilyn** dan **Gilson Betty** telah dimiliki hak patennya oleh The Johns Hopkins University dan peneliti sudah mempunyai ijin untuk menggunakan kuesioner tersebut.
- d. Peneliti dibantu oleh asisten peneliti yang berkompeten dalam perawatan pasien fraktur.

2. Kelemahan:

- a. Rentang pemberian sesi pelaksanaan psikoedukasi yang pendek
- b. Tidak dilakukan *follow up* pasca pasien keluar rumah sakit
- c. Variabel perancu yang tidak dapat dikendalikan adalah toleransi, pengalaman, budaya dan kondisi psikologis
- d. Jumlah sampel yang terbatas

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat perbedaan yang bermakna adaptasi pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur.
2. Terdapat perbedaan adaptasi yang bermakna pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur.
3. Ada pengaruh psikoedukasi terhadap adaptasi pada pasien fraktur di RSUD Jombang. Di ketahui terdapat perbedaan yang bermakna antara adaptasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah perlakuan psikoedukasi pada pasien fraktur.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas saran peneliti sebagai berikut :

1. Menjadikan hasil penelitian ini sebagai salah satu sumber pembelajaran dalam penanganan pasien fraktur dari segi

psikososial untuk meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap kejadian yang dialami.

2. Mendesiminasikan hasil temuan penelitian ini pada teman sejawat di tatanan klinis guna peniingkatan pengetahuan dan skill dalam memberikan intervensi psikoedukasi terutama pada pasien fraktur post bedah untuk menurunkan respon adaptasi inefektif.
3. Melanjutkan penelitian dengan memberikan psikoedukasi dalam rentang waktu yang lebih lama, pada responden dengan yang mengalami proses adaptasi yang memanjang, serta melakukan follow up pasca pasien keluar RS untuk benar-benar mengevaluasi tingkat adaptasi pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Allard, N. (2005). *Day Surgery And Recovery In Women With A Suspicious Breast Lesion: Evaluation Of A Psychoeducational Nursing Intervention*. University of Toronto
- Ambarwati, W. 2015. Efektivitas Program Psikoedukasi Kelompok dalam menurunkan Beban psikologis pada Family Caregiver Diabetes Mellitus. [serial online] <http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php> [diakses pada 21 Februari 2016].
- Astuti, P. (2011). *Pengaruh Edukasi Preoperasi Terstruktur (Dengan Teori Kognitif Sosial) Terhadap Self-Efficacy Dan Perilaku Latihan Ost Operasi Pada Pasien Fraktur Ekstrimitas Bawah Dengan Pembedahan Di Surabaya*. Depok : FIK UI
- Ayu Puspita, (2012). *Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Berobat Pada Pasien Patah Tulang Yang Menggunakan Sistem Pembiayaan Jamkesmas*. Semarang: FK UNDIP
- Basford, L. 2006. *Teori & Praktek Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien*. Alih Bahasa: Agung Waluyo. Jakarta: EGC.
- Brown, N W. 2011. *Psychoeducational Groups 3rd Edition: Process and Practice*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Cartwright, M.E. (2007). *Psychoeducation among caregivers of children receiving mental health services. Dissertation*. Ohio : Graduate School Of The Ohio State University
- Carville K.2007. *Wound Care Manual (5th ed.)*. Australia: Silver Chain Nursing Association.
- Darsih. (2013). *Efektifitas Psikoedukasi Dan Guided Imagery Terhadap Kecemasan Pasien Pre Kateterisasi Jantung Di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta*

- Dowrick, et al. (2000) *Problem solving treatment and group psychoeducation for Depression: multicentre randomised controlled trial*. BMJ Volume 321
- Dowling, M. (2005). *Homeostatis and Well Being*. diunduh pada 6 Juni 2013 dari <http://www.economics.smu.edu.sg>
- Eldawati, (2011). *Pengaruh Latihan Kekuatan Otot Pre Operasi Terhadap Kemampuan Ambulansi Dini Pasien Pasca Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rsup Fatmawati Jakarta*.
- Girsang, B., Novalina, M., Jaji. (2015). *Pengaruh Psikoedukasi terhadap Tingkat Postpartum Blues Ibu Primipara Berusia Remaja*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 10, No.2, Juli 2015
- Hawari, D. (2011). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*. Jakarta : FKUI.
- Hidayat. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Huriani. (2006). *Kajian Metode Pengajaran Klinik dalam Meningkatkan Pencapaian Kompetensi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan dalam Praktek Profesi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*. Padang: Universitas Andalas
- Jose,S. (2009). *Effects of brief psychoeducational information on Chinese - and caucasian-american college students' beliefs Toward mental illness and treatment-seeking attitudes*. New York : Binghamton University
- Kusnanto. 2004. *Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan Professional*. Jakarta: EGC.
- Kuswita, P., Jaji. (2013) *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Kanker Payudara Di Rsup Mohammad Hoesin Palembang*.

- Lestari, A. 2014. *Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan Dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Tuberculosis Paru Di Kota Bandar Lampung*. Serial online <https://www.scribd.com/doc/178736232/JURNAL-Erapipsikoedukasi> diakses 27 Mei 2016].
- Llanque, SM. (2011). *Impact of a psychoeducational intervention On dementia caregiving*. Kansas City : Missouri
- Long, B. C. (2006). *Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lucas Brian. (2008). *Preparing Hip And Total Knee Replacement: Preoperative Nursing Management, British Journal Of Nursing*, vol.17, number 21 : 1346-1351
- Mansjoer, A, dkk. 2010. *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta: Medica Aesculpalus, FKUI
- Margono. (2012). *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Peningkatan Adaptasi Regulator Tubuh Untuk Menurunkan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Ri Rumah Sakit Orthopedic Soeharso Surakarta*.
- Mesuri, R.P. (2014) *Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Stress Pada Pasien Fraktur*. Ners Jurnal Keperawatan volume 10, No 1, Maret 2014 : 66-74
- Nasriati, R. (2015). *Pengaruh Kombinasi Edukasi Nyeri Dan Meditasi Dzikir Terhadap Peningkatan Adaptasi Nyeri Pasien Pasca Operasi Fraktur*.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan prilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notosoedirdjo, Moeljono, & Latipun. 2005. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

- Prayitno, E. (2006). *Psikologi orang dewasa*. Padang : Angkasa Raya
- Prasetyo, B. (2014). *Konsep diri pasien dengan pemasangan fiksasi eksternal di rso prof. Dr. R. Soeharso Surakarta*.
- Potter, P., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental keperawatan*. Edisi 7 buku 1 & 2. Jakarta: Salemba Medika
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit* (6 ed.). (B. U. Pendit, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Purwaningsih, L.A.(2016). *Respon adaptasi fisiologis dan psikologis pasien luka bakar yang diberikan kombinasi alternative moisture balance dressing dan seft terapi di rsup dr. Sardjito Yogyakarta*. Vol 8 No. 1 Pebruari 2016
- Rasjad, C. (2007). *Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi*, Edisi 3 cetakan 5, Jakarta, Yarsif Watampone, ISBN 978-979-8980-46-6.
- Rasmun. (2004). *Stres, Koping Dan Adaptasi Teori Dan Pohon Masalah Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta : Sagung Seto.
- Rachmaniah, D. 2012. *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kecemasan dan Kooping Orang Tua Dalam Merawat Anak Dengan Thalasemia Mayor Di RSUD Kabupaten Tangerang Banten*. Tesis
- Rajin M. 2012. *Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit*. Skripsi. Universitas Pesantren Darul Ulum. Jombang
- Raudhoh, S. 2013. *Psikoedukasi: Intervensi dan Rehabilitasi dan Prevensi. Artikel Penelitian. Magister Profesi Psikologi Universitas Padjadjaran*. Serial online <http://leapinstitute.com/learningmaterial/psikoedukasiintervensi-rehabilitasi-dan-prevensi> [diakses 24 Mei 2016]
- Riyadina,*et.al*, (2009). *Pola dan Determinan Sosiodemografi Cedera Akibat Kecelakaan Lalu Lintas di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume: 59, Nomor: 10;464-472

- Riyanto. 2011. *Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialis (Interdialysis Weight Gain) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisis IP2K RSUP Fatmawati Jakarta*. Diakses tanggal 12 Oktober 2014 dari www.ui.ac.id.
- Ruth A. Bryant. 2006 *Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts*. Third Edition. Mosby Elsevier. United States of America
- Roy, S. C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). Upper Saddle River: Pearson
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. (2007). *Anxiety Disorder in : Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, 10th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkin. Hal 580
- Santiasari, RN. (2013). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Penderita Tentang enanganan Dan Penyembuhan Patah Tulang Di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Fatimah Sidoarjo*
- Sjamsuhidajat & Long. (2005) *Buku Ajar Ilmu Bedah*(ed 2). Jakarta: EGC
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (8 ed., Vol. III). (M. Ester, Penyunt., A. Hartono, H. Y. Kuncara, E. S. Siahaan, & A. Waluyo, Penerj.) Jakarta: EGC
- Soep. 2009. *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum Di RSU. Dr. Pirngadi Medan*. Tesis : Program Pascasarjana Universitas Sumatera Utara Medan. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6885/1/09E01429.pdf> [diakses 30 Mei 2016]
- Stuart, Laria.(2005).*Prinsip dan Praktek Keperawatan Psikiatri* Ed.8.Jakarta EGC

- Stuart, G. W. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th ed.). Canada: Mosby Elsevier
- Stuart dan Sundeen, 2006. *Buku Saku Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta : EGC
- Supratiknya, A. (2011). *Merancang Program Dan Modul Psikoedukasi*. Edisi revisi. Jakarta: Universitas Sanata Dharma.
- Susana dkk. (2007). *Terapi modalitas dalam keperawatan jiwa*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press Jogjakarta
- Suratun. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Suriadi. 2007. *Manajemen Luka*. Romeo Grafika. Pontianak
- Tomey, A.N. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theoriest and Their Work*. 7thEd. USA: Mosby Elsevier
- Vaile, JH. (2013). *A Year of Fractures: a snapshot analysis of the logistics, problems and outcomes of a hospital-based fracture liaison service*. *Osteoporos Int* (2013) 24:2619–2625
- Videbeck, S. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Waluyo, A., Mustikasari., Setiawan, A. (2014) *Peningkatan Pengetahuan Dan Penurunan Tingkat Depresi Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Dengan Terapi Psikoedukasi*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Weine SM, Raina D, Zhubi M, Delesi M, Huseni D, Feetham S, et et al. (2005) . *The Tapes Multi-Family Group Intervention For Kosovar Refugees: A Feasibility Study*. *Journal of Nervous and Mental Disease*.100–107
- Whiteing, N. (2013). *Pathophysiology, Treatment, and Nursing Care*. Dipetik Desember 23, 2013, dari www.ncbi.nlm.nih.gov



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**SURAT KETERANGAN
KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN**

Nomor : 278/EP-FKIK-UMY/VIII/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K)., Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
12. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

Nama Peneliti : Zuhrotul Umaroh
NIM : 20121050039
Judul Penelitian : Efektifitas Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien Fraktur di RSUD Jombang
Pada Tanggal : 06 Agustus 2016
Dengan Hasil : Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 08 Agustus 2016

Sekretaris,

Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
BAKORDIKLAT

Jl. KH.Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/6412/415.44/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Badan Koordinasi Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

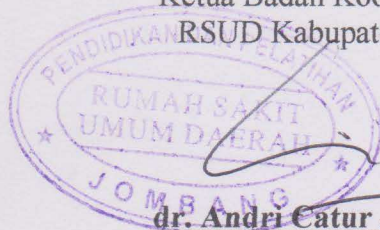
Nama : ZUHROTUL UMAROH
NIM : 20121050039
Program Studi : Magister Keperawatan
Institusi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang untuk melengkapi Tesis dengan judul ***“Efektifitas Psikoedukasi Terhadap Adaptasi Pasien Fraktur Di RSUD Jombang”*** pada tanggal 21 Juli s/d 23 Agustus 2016 di Pav. Asoka.

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 31 Agustus 2016

Ketua Badan Koordinasi Diklat
RSUD Kabupaten Jombang



dr. Andri Catur Jatmiko, Sp. KK

Penata

NIP. 19701104 200212 1 002



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
PUSAT PELATIHAN BAHASA

Yogyakarta, 3 March 2016

CERTIFIED OF TRANSLATION

To whom it may concern,

Under this person's name,

Name: 1. Margaretha Dharmayanti H,S.Pd

Institution: The Language Training Center, University Muhammadiyah Yogyakarta

Hereby declare that this statement represents our work of translation from English into Indonesian on the document in form of questionnaire on behalf of:

Name: Zuhrotul Umaroh,S.Kep.,Ns

Graduate student in Nursing Program, Faculty of Medical, University of Muhammadiyah Yogyakarta

Sincerely,

(.....)

(Margaretha Dharmayanti H.,S.Pd)

User agreement

Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Carpentras under number 453 979 346, whose business address is 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust
 Information Support Unit
 27 rue de la Villette
 69003 Lyon
 France
 Telephone: +33 (0)4 72 13 65 75
 Fax: +33 (0)4 72 13 66 82
 Email: PROinformation@mapi-trust.org

Recitals

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

Article 1. Conditions Specific to the User

Section 1.01 Identification of the User

User name	Zuhrotul Umaroh
Legal Form	Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Address	
Country	Indonesia

Name of the contact in charge of the Agreement	
Telephone number	
Fax number	
Email address	zeeka_ns@yahoo.com

if different:

Legal Form	
Address	
Country	

Section 1.02 Identification of the Questionnaire

Title	Sickness Impact Profile (SIP)
Author(s)	Bergner Marilyn; Gilson Betty
Owner	The Johns Hopkins University

Copyright SIP © The Johns Hopkins University, 1977. All Rights Reserved.

Original bibliographic references

- Final SIP-136

[de Bruin AF, Diederiks JP, de Witte LP, Stevens FC, Philippen H. Assessing the responsiveness of a functional status measure: the Sickness Impact Profile versus the SIP68. J Clin Epidemiol. 1997 May;50\(5\):529-40](#)

[Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care. 1981 Aug;19\(8\):787-805](#)

[Carter WB, Bobbitt RA, Bergner M, Gilson BS. Validation of an interval scaling: the sickness impact profile. Health Serv Res. 1976 Winter;11\(4\):516-28](#)

[Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. Int J Health Serv. 1976;6\(3\):393-415](#)

[Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. The sickness impact profile: validation of a health status measure. Med Care. 1976 Jan;14\(1\):57-67](#)

[Pollard WE, Bobbitt RA, Bergner M, Martin DP, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure. Med Care. 1976 Feb;14\(2\):146-55](#)

[Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Vesselago M. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. Am J Public Health. 1975 Dec;65\(12\):1304-10 \(Full text article\)](#)

- Short versions

MSF-36

[Lipsett PA, Swoboda SM, Campbell KA, et al. Sickness Impact Profile Score versus a Modified Short-Form survey for functional outcome assessment: acceptability, reliability, and validity in critically ill patients with prolonged intensive care unit stays. J Trauma. 2000 Oct;49\(4\):737-43](#)

SA-SIP30

[van Straten A, de Haan RJ, Limburg M, et al. A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life \(SA-SIP30\). Stroke. 1997 Nov;28\(11\):2155-61](#)

SIP-RA

[Sullivan M, Ahlmen M, Bjelle A, Karlsson J. Health status assessment in rheumatoid arthritis. II. Evaluation of a modified Shorter Sickness Impact Profile. J Rheumatol. 1993 Sep;20\(9\):1500-7](#)

Article 2. Rights to Use

Section 2.01 Context of the Use of the Questionnaire

The User undertakes to only use the Questionnaire in the context of the Study as defined hereafter.

Context of use	Other project
Title	The Effectiveness of Psycho-education to the physiological and psychological adaptation in patients with fracture
Disease or condition	
Description of the project	
Presentation format of project	

Section 2.02 Conditions for Use

The User undertakes to use the Questionnaire in accordance with the conditions for use defined hereafter.

(a) Rights transferred

Acting in the Owner's name, MRT transfers the following limited, non-exclusive rights, to the User (the "Limited Rights")

(i) to use the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to communicate it to the Beneficiaries only, free of charge, by any means of communication and by any means of remote distribution known or unknown to date, subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(ii) to reproduce the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to physically establish the Questionnaire or to have it physically established, on any paper, electronic, analog or digital medium, and in particular documents, articles, studies, observations, publications, websites whether or not protected by restricted access, CD, DVD, CD-ROM, hard disk, USB flash drive, for the Beneficiaries only and subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(iii) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in Individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

- Use in a publication or on a website with unrestricted access:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a protected version with the indication "sample copy, do not use without permission"
- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to include the following information in their license: "*The authorization to use the questionnaire is restricted to this project. The inclusion of the instrument in this program does not imply permission for any other uses. It is the users' responsibility to contact Mapi Research Trust to find out if there are any restrictions or fees applicable on the use of the questionnaire. Please check with Mapi Research Trust for the conditions of use of the questionnaire for all other projects using the questionnaire <http://www.proqolid.org>*"
 - to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org – Internet: www.proqolid.org
 - to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
 - to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination:

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a clean version of the Questionnaire, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

The User undertakes to also respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to include the following information in their license: "*The authorization to use the questionnaire is restricted to this project. The inclusion of the instrument in this program does not imply permission for any other uses. It is the users' responsibility to contact Mapi Research Trust to find out if there are any restrictions or fees applicable on the use of the questionnaire. Please check with Mapi Research Trust for the conditions of use of the questionnaire for all other projects using the questionnaire <http://www.proqolid.org>*"
 - to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org – Internet: www.proqolid.org
 - to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- On promotional / marketing documents

In the case of publication on promotional/marketing documents, the User undertakes to respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org – Internet: www.proqolid.org
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

For any other use not defined herein, please contact MRT for the specific conditions of use and access fees (if applicable).

Article 3. Term

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

Article 4. Beneficiaries

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.

Article 5. Territories and Languages

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below:

Language
English for the USA

Versions/Modules
SIP - Interviewer SIP - Self-administered

Article 6. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

ROYALTY FEES *	Commercial users	Cost per study	1 000 €
		Cost per language	Free
	Funded academic research	Cost per study	500 €
		Cost per language	Free
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
DISTRIBUTION FEES *	Commercial users	Cost per study	700 €
		Cost per language	300 €
	Funded academic research	Cost per study	300 €
		Cost per language	50 €
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free

* Excluding VAT

- *Commercial users: Industry, CRO, any for-profit companies*
- *Funded Academic research: Projects receiving funding from commerce, government, EU or registered charity. Funded academic research– sponsored by industry fits the “commercial users” category.*
- *Not funded academic users, individual medical practice: Projects are not explicitly funded, but funding comes from overall departmental funds or from the University or individual funds*

Agreed and acknowledged by

User's name: Zuhrotul Umaroh

Date:
15/01/2016

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER ADAPTASI YANG DIPANDU OLEH PENELITI

INSTRUKSI UNTUK RESPONDEN

Sebelum mengisi kuesioner, saya akan membacakan petunjuk untuk Bapak/Ibu/Saudara

Anda memiliki kegiatan tertentu yang Anda lakukan dalam menjalankan kehidupan Anda. Kadang-kadang Anda melakukan semua kegiatan ini. Dilain waktu, karena kondisi kesehatan Anda, Anda tidak lay melakukan kegiatan ini seperti biasanya: Anda mungkin tidak melakukan sebagian; Anda mungkin melakukan beberapa kegiatan dalam waktu yang lebih singkat; Anda mungkin melakukan dengan cara yang berbeda. Perubahan dalam kegiatan yang Anda lakukan mungkin hanya saat ini atau berlangsung lama. Kami (peneliti) tertarik untuk meneliti perubahan yang terjadi pada Anda hari ini (saat ini) dan yang terkait dengan kondisi kesehatan Anda.

Saya akan membacakan beberapa pernyataan dimana banyak orang telah mengatakannya kepada kami pada saat kondisi mereka kurang baik. Apakah Anda menganggap diri Anda sakit atau tidak, mungkin ada beberapa pernyataan yang akan menonjol karena pernyataan tersebut menggambarkan kondisi Anda hari ini dan terkait dengan kondisi kesehatan Anda. Ketika saya membaca kuesioner, mohon memikirkan kondisi diri Anda pada hari ini. Saya akan berhenti sebentar setiap selesai membacakan pernyataan. Ketika Anda mendengar pernyataan yang menggambarkan Anda dan pernyataan tersebut berkaitan dengan kesehatan tolong beritahu saya dan saya akan memeriksa/mencentangnya.

Mari saya beri contoh. Saya mungkin membacakan pernyataan sebagai berikut: "Saya tidak sedang mengemudi mobil saya". Jika pernyataan ini terkait dengan kesehatan Anda dan menggambarkan Anda saat ini, Anda harus memberitahu saya. Juga, jika Anda tidak mengemudi untuk beberapa waktu karena kesehatan Anda, dan masih tidak mengemudi hari ini, Anda harus menanggapi pernyataan ini. Jika Anda berada di rumah sakit hari ini, Anda berada di sini karena kondisi kesehatan Anda, dan Anda tidak melakukan sejumlah hal yang biasanya Anda lakukan. Misalnya, jika Anda terbiasa mengemudi, dan hari ini Anda tidak mengemudi karena Anda berada di rumah sakit, maka Anda harus menanggapi pernyataan ini.

Begitu juga sebaliknya, jika Anda tidak pernah mengemudi atau tidak mengemudi hari ini karena mobil Anda sedang diperbaiki, pernyataan, "Saya tidak sedang mengemudi mobil saya" tidak berhubungan dengan kesehatan Anda dan Anda tidak perlu menanggapi hal itu. Jika Anda hanya sesekali mengemudi, atau mengemudi pada jarak pendek, dan merasa bahwa pernyataan tersebut hanya sebagian menggambarkan Anda, maka jangan menanggapi hal itu. Saya sekarang akan mulai membacakan kuesioner. Tolong beritahu saya jika Anda ingin saya untuk memperlambat, mengulangi pernyataan, atau berhenti sehingga Anda dapat berpikir tentang pernyataan yang saya baca Juga beritahu saya setiap kali Anda ingin saya mengulangi membacakan petunjuk. Yang perlu diingat, saya (peneliti) tertarik pada perubahan yang terjadi saat ini ataupun perubahan jangka panjang dalam kegiatan yang Anda lakukan yang terkait dengan kondisi kesehatan Anda.

KUESIONER

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

1. Bapak/Ibu/saudara, bacalah terlebih dahulu dengan teliti sebelum mengisi kuisisioner ini / di pandu peneliti
2. Berilah tanda *check list* (√) pada kolom yang tersedia.

Tanggal Pengisian :

Unit / Ruangan :

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin : laki-laki
 perempuan
3. Pendidikan Terakhir : Tidak tamat SD
 SD
 SMP / Sederajat
 SMA / Sederajat
 Perguruan Tinggi
4. Status Perkawinan : Belum Kawin
 Kawin
 Cerai Mati
5. Pekerjaan :
6. Jenis fraktur/derajat : (di isi oleh peneliti)

KUESIONER ADAPTASI

PETUNJUK BERIKUT UNTUK PENGISIAN KUESIONER DENGAN DIPANDU OLEH PENELITI

INSTRUKSI UNTUK RESPONDEN

Sebelum mengisi kuesioner, saya akan membacakan petunjuk untuk Bapak/Ibu/Saudara

Anda memiliki kegiatan tertentu yang Anda lakukan dalam menjalankan kehidupan Anda. Kadang-kadang Anda melakukan semua kegiatan ini. Dilain waktu, karena kondisi kesehatan Anda, Anda tidak bisa melakukan kegiatan ini seperti biasanya: Anda mungkin tidak melakukan sebagian; Anda mungkin melakukan beberapa kegiatan dalam waktu yang lebih singkat; Anda mungkin melakukan dengan cara yang berbeda. Perubahan dalam kegiatan yang Anda lakukan mungkin hanya saat ini atau berlangsung lama. Kami (peneliti) tertarik untuk meneliti perubahan yang terjadi pada Anda hari ini (saat ini) dan yang terkait dengan kondisi kesehatan Anda.

Saya akan membacakan beberapa pernyataan dimana banyak orang telah mengatakannya kepada kami pada saat kondisi mereka kurang baik. Apakah Anda menganggap diri Anda sakit atau tidak, mungkin ada beberapa pernyataan yang akan menonjol karena pernyataan tersebut menggambarkan kondisi Anda hari ini dan terkait dengan kondisi kesehatan Anda. Ketika saya membaca kuesioner, mohon memikirkan kondisi diri Anda pada hari ini. Saya akan berhenti sebentar setiap selesai membacakan pernyataan. Ketika Anda mendengar pernyataan yang menggambarkan Anda dan pernyataan tersebut berkaitan dengan kesehatan tolong beritahu saya dan saya akan memeriksa/mencentangnya.

Mari saya beri contoh. Saya mungkin membacakan pernyataan sebagai berikut: "Saya tidak sedang mengemudi mobil saya". Jika pernyataan ini terkait dengan kesehatan Anda dan menggambarkan Anda saat ini, Anda harus memberitahu saya. Juga, jika Anda tidak mengemudi untuk beberapa waktu karena kesehatan Anda, dan masih tidak mengemudi hari ini, Anda harus menanggapi pernyataan ini.

Jika Anda berada di rumah sakit hari ini, Anda berada di sini karena kondisi kesehatan Anda, dan Anda tidak melakukan sejumlah hal yang biasanya Anda lakukan. Misalnya, jika Anda terbiasa mengemudi, dan hari ini Anda tidak mengemudi karena Anda berada di rumah sakit, maka Anda harus menanggapi pernyataan ini.

Begitu juga sebaliknya, jika Anda tidak pernah mengemudi atau tidak mengemudi hari ini karena mobil Anda sedang diperbaiki, pernyataan, "Saya tidak sedang mengemudi mobil saya" tidak berhubungan dengan kesehatan Anda dan Anda tidak perlu menanggapi hal itu. Jika Anda hanya sesekali mengemudi, atau mengemudi pada jarak pendek, dan merasa bahwa pernyataan tersebut hanya sebagian menggambarkan Anda, maka jangan menanggapi hal itu.

Saya sekarang akan mulai membacakan kuesioner. Tolong beritahu saya jika Anda ingin saya untuk memperlambat, mengulangi pernyataan, atau berhenti sehingga Anda dapat berpikir tentang pernyataan yang saya baca.

Juga beritahu saya setiap kali Anda ingin saya mengulangi membacakan petunjuk. Yang perlu diingat, saya (peneliti) tertarik pada perubahan yang terjadi saat ini ataupun perubahan jangka panjang dalam kegiatan yang Anda lakukan yang terkait dengan kondisi kesehatan Anda.

Bagian 1 (SR-0499)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya menghabiskan banyak waktu hari ini berbaring untuk beristirahat		
2	Saya hanya duduk-duduk hari ini		
3	Saya tidur atau tidur-tiduran baik siang maupun malam		
4	Aku lebih sering berbaring hari ini untuk beristirahat		
5	Saya duduk-duduk setengah tidur		
6	Saya kurang tidur di malam hari, misalnya: bangun terlalu cepat, tidak tertidur untuk waktu yang lama, seringkali tiba-tiba bangun		
7	Saya lebih banyak tidur atau tidur siang seharian		

Bagian 2 (EB-0705)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya mengatakan seberapa buruk kondisi atau tidak berguna saya, misalnya bahwa saya menjadi beban bagi orang lain		
2	Saya tertawa atau menangis dengan tiba-tiba		
3	Saya sering berkeluh kesah sakit atau tidaknyaman		
4	Saya pernah mencoba bunuh diri		
5	Saya bertindak gugup atau gelisah		
6	Saya terus menggosok atau memegang bagian tubuh saya yang sakit atau bagian yang tidak nyaman		
7	Saya mudah marah dan tidak sabar dengan diri sendiri, misalnya, berbicara buruk tentang diri sendiri, menyumpahi diriku sendiri, menyalahkan diri sendiri untuk hal-hal yang telah terjadi		
8	Saya putus asa saat membicarakan tentang masa depan		
9	Saya merasa takut secara mendadak		

Bagian 3 (BCM-2003)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya butuh bantuan untuk bergerak yang membutuhkan banyak tenaga, misalnya, masuk atau keluar kamar mandi		
2	Saya tidak naik-turun dari tempat tidur atau kursi sendirian tapi saya dibantu oleh seseorang atau dengan alat bantu		
3	Saya berdiri hanya dalam jangka waktu yang singkat		
4	Saya tidak bisa menjaga keseimbangan		
5	Saya kesulitan menggerakkan tangan atau jari-jari saya		
6	Saya berdiri hanya dengan bantuan seseorang		
7	Saya berlutut, membungkuk, atau membungkuk jika hanya dengan berpegangan pada sesuatu		
8	Saya bisa banyak bergerak sepanjang waktu		
9	Saya merasa gerakan tubuh saya sangat kaku		
10	Saya naik-turun dari tempat tidur atau kursi dengan memegang sesuatu sebagai alat bantu atau menggunakan tongkat atau <i>walker</i>		
11	Saya tetap berbaring seharian		
12	Saya sering mengubah posisi (miring, duduk)		
13	Saya berpegang pada sesuatu pada tempat tidur untuk menggerakkan badan		
14	Saya tidak mandi sendiri sepenuhnya, tapi memerlukan bantuan untuk mandi		
15	Saya tidak mandi sendiri sama sekali, tapi saya dimandikan oleh orang lain		
16	Saya menggunakan pispot dengan bantuan orang lain		
17	Saya mengalami kesulitan memakai sepatu, kaus kaki, atau stoking		
18	Saya tidak memiliki kontrol kandung kemih saya (ngompol)		
19	Saya tidak bisa memakai pakaian saya, saya memerlukan bantuan untuk memasang kancing, ritsleting, tali sepatu		
20	Saya menghabiskan sebagian besar waktu hanya berpakaian dibagian tertentu atau memakai piyama		
21	Saya tidak memiliki kontrol BAB		
22	Saya berpakaian sendiri, tapi melakukannya dengan sangat perlahan		
23	Saya berpakaian hanya dengan bantuan seseorang		

Bagian 4 (HM-0668)

Pernyataan-pernyataan pada bagian ini berkaitan dengan aktivitas ataupun pekerjaan yang anda kerjakan di rumah atau halaman. Mohon hanya perhatikan pada kegiatan-kegiatan tersebut. Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya bekerja di sekitar rumah hanya untuk jangka waktu yang singkat dan lebih sering istirahat		
2	Saya sedikit melakukan pekerjaan sehari-hari biasa sekitar rumah daripada yang biasanya saya lakukan		
3	Saya tidak melakukan sama sekali pekerjaan sehari-hari di sekitar rumah yang biasanya saya lakukan		
4	Saya tidak melakukan sama sekali kegiatan perawatan atau perbaikan yang saya biasanya saya lakukan di rumah atau pekarangan saya		
5	Saya tidak belanja yang biasanya saya lakukan		
6	Saya tidak membersihkan rumah yang biasanya saya lakukan		
7	Saya mengalami kesulitan melakukan pekerjaan dengan tangan, misalnya, memutar kran, menggunakan peralatan dapur, menjahit, pertukangan		
8	Saya tidak mencuci pakaian sama sekali yang biasanya saya lakukan		
9	Saya tidak melakukan pekerjaan berat di sekitar rumah		
10	Saya sudah menyerahkan mengurus urusan keperluan pribadi atau rumah tangga, misalnya, membayar tagihan, dll		

Bagian 5 (M-0719)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya berkeliling disekitar rumah / ruangan		
2	Saya tinggal dalam satu ruangan		
3	Saya lebih banyak di tempat tidur		
4	Saya menghabiskan banyak waktu di tempat tidur		
5	Saya tidak sedang menggunakan transportasi umum		

6	Saya tinggal di rumah sebagian besar waktu		
7	Saya hanya pergi ke tempat yang dekat dengan toilet		
8	Saya tidak akan pergi keluar yang jauh dari rumah		
9	Saya pergi sedikit jauh dari rumah hanya sebentar		
10	Saya tidak berkeliling dalam kondisi gelap atau di tempat-tempat gelap tanpa bantuan seseorang		

Bagian 6 (SI-1450)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya jarang keluar untuk mengunjungi seseorang		
2	Saya tidak keluar sama sekali untuk mengunjungi keluarga atau teman		
3	Saya merasa kurang peka pada masalah orang lain, misalnya, tidak mendengarkan ketika mereka memberitahu saya tentang masalah mereka, tidak menawarkan untuk membantu		
4	Saya sering bertindak sensitive/marah terhadap orang-orang di sekitar saya, misalnya, membentak orang, memberikan jawaban ketus, mudah mengkritik.		
5	Saya menunjukkan kurang kasih sayang		
6	Saya melakukan kegiatan sosial yang lebih sedikit dengan kelompok		
7	Saya mengurangi lama waktu kunjungan ke teman		
8	Saya menghindari kunjungan sosial dari orang lain		
9	aktivitas seksual saya menurun		
10	Saya sering mengungkapkan keprihatinan yang berlebihan atas apa yang mungkin terjadi untuk kesehatan saya		
11	Saya kurang/sedikit berbicara dengan orang di sekitar saya		
12	Saya membuat banyak tuntutan/permintaan, misalnya, bersikeras meminta orang lain melakukan sesuatu untuk saya, memberitahu mereka bagaimana melakukan hal-hal tersebut		
13	Saya menghabiskan banyak waktu sendirian		
14	Saya bertindak tidak menyenangkan kepada anggota keluarga, misalnya : saya keras kepala		

15	Saya sering marah pada anggota keluarga, misalnya, menunjuk, berteriak, bahkan melemparkan sesuatu pada mereka		
16	Saya mengisolasi diri sebanyak yang saya bisa dari anggota keluarga		
17	Saya kurang memperhatikan anak-anak		
18	Saya menolak kontak dengan anggota keluarga, misalnya, berpaling dari mereka		
19	Saya tidak melakukan hal-hal yang biasanya saya lakukan untuk merawat anak-anak atau keluarga saya		
20	Saya tidak bercanda lagi dengan anggota keluarga seperti biasanya saya lakukan		

Bagian 7 (A-0842)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya hanya berjalan jarak dekat dan sering berhenti untuk beristirahat		
2	Saya tidak berjalan naik atau turun tangga		
3	Saya berjalan melalui tangga hanya dengan bantuan alat, misalnya, pegangan, atau kruk		
4	Saya berjalan naik atau turun tangga hanya dengan bantuan dari orang lain		
5	Saya berkeliling dengan kursi roda		
6	Saya tidak berjalan sama sekali / lebih banyak berbaring		
7	Saya berjalan sendiri tapi dengan beberapa kesulitan, misalnya, lemas, goyangan, tersandung, kaki kaku		
8	Saya berjalan hanya dengan bantuan dari orang lain		
9	Saya naik dan turun tangga lebih lambat, misalnya, satu langkah pada satu waktu dan sering berhenti		
10	Saya tidak menggunakan tangga sekali		
11	Saya berkeliling (berjalan) hanya dengan menggunakan <i>walker</i> , kruk, tongkat, dinding, atau furnitur		
12	Saya berjalan lebih lambat		

Bagian 8 (AB-0777)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya bingung memulai beberapa tindakan pada waktu yang bersamaan		
2	Saya mengalami beberapa kecelakaan kecil, misalnya, menjatuhkan barang, berjalan dan jatuh, menabrak benda-benda		
3	Saya bereaksi lambat untuk hal-hal yang sudah dikatakan atau dilakukan		
4	Saya tidak menyelesaikan hal-hal yang saya kerjakan		
5	Saya mengalami kesulitan penalaran dan pemecahan masalah, misalnya, membuat rencana, membuat keputusan, belajar hal-hal baru		
6	Saya kadang-kadang berperilaku seolah-olah saya bingung atau disorientasi tempat atau waktu, misalnya, di mana saya, siapa yang ada di sekitar saya, arah, hari		
7	Saya lupa banyak hal, misalnya: hal-hal yang terjadi baru-baru ini; di mana saya meletakkan segala sesuatu; janji		
8	Saya tidak memperhatikan pada suatu aktivitas untuk waktu yang lama		
9	Saya membuat lebih banyak kesalahan dari biasanya		
10	Saya mengalami kesulitan melakukan kegiatan yang melibatkan konsentrasi dan berpikir		

Bagian 9 (C-0725)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya mengalami kesulitan menulis atau mengetik		
2	Saya berkomunikasi kebanyakan dengan gerakan, misalnya, menggerakkan kepala, menunjuk, bahasa isyarat		
3	Hal-hal yang saya katakan hanya dipahami oleh beberapa orang yang mengenal saya dengan baik		

4	Saya sering kehilangan kontrol suara saya ketika saya berbicara, misalnya, suara saya semakin keras atau lebih lembut, gemetar, berubah dengan tiba-tiba		
5	Saya tidak menulis kecuali untuk tanda tangan atas nama saya		
6	Saya melakukan percakapan hanya ketika berada sangat dekat dengan orang lain atau dengan melihat orang yang saya ajak bicara		
7	Saya mengalami kesulitan berbicara, misalnya: bengong, gagap, terbata-bata, kekurangan kata-kata		
8	Ucapan saya dimengerti orang lain namun butuh waktu yang lama		
9	Saya tidak berbicara dengan jelas ketika saya sedang stres		

Pernyataan-pernyataan berikut berkaitan dengan pekerjaan yang biasa anda kerjakan selain pekerjaan dirumah. Yaitu segala hal yang anda anggap sebagai pekerjaan yang anda kerjakan sehari-hari.

Apakah anda biasanya bekerja diluar rumah?

YA / TIDAK

→JIKA ANDA MENJAWAB “YA”, LANJUTKAN KE HALAMAN SELANJUTNYA

→JIKA ANDA MENJAWAB “TIDAK” :

APAKAH ANDA SUDAH PENSIUN ? YA TIDAK

JIKA ANDA PENSIUN, APAKAH HAL ITU TERKAIT DENGAN KONDISI KESEHATAN ANDA?

YA TIDAK

JIKA ANDA BELUM PENSIUN NAMUN SAAT INI SEDANG TIDAK BEKERJA, APAKAH HAL INI BERKAITAN DENGAN KESEHATAN ANDA?

YA TIDAK

Bagian 10 (W-0515)

JIKA ANDA SEDANG TIDAK BEKERJA DAN BUKAN KARENA KESEHATAN ANDA, SILAHKAN LEWATI HALAMAN INI.

Sekarang pikirkan pekerjaan anda dan harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda. (jika hari ini adalah sabtu atau minggu atau hari libur, anggaplah seolah-olah hari ini adalah hari kerja).

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya tidak bekerja sama sekali		
(jika anda mencentang "YA" pada pernyataan ini, lanjutkan ke halaman selanjutnya)			
2	Saya melakukan bagian dari pekerjaan saya di rumah		
3	Saya tidak mencapai sebanyak seperti biasa di tempat kerja		
4	Saya sering bertindak marah terhadap rekan kerja saya, misalnya, membentak mereka, memberikan jawaban yang tajam, mengkritik dengan mudah		
5	Saya bekerja lebih pendek, tidak seperti biasanya		
6	Saya hanya melakukan pekerjaan yang ringan		
7	Saya bekerja hanya untuk jangka waktu yang singkat atau lebih sering beristirahat		
8	Saya bekerja di pekerjaan saya biasa tetapi dengan beberapa perubahan, misalnya, menggunakan alat yang berbeda atau bantu khusus, perdagangan beberapa tugas dengan pekerja lainnya		
9	Saya tidak melakukan pekerjaan saya dengan hati-hati dan akurat seperti biasa		

Bagian 11 (RP-0422)

Pernyataan-pernyataan berikut berkaitan dengan aktivitas yang biasa anda lakukan pada waktu senggang. Aktivitas yang dimaksud adalah hal-hal yang mungkin anda lakukan untuk relaksasi, untuk menghabiskan waktu, atau untuk mencari hiburan. Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) hanya pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya melakukan hobi saya dan rekreasi untuk jangka waktu yang lebih pendek		
2	Saya jarang keluar untuk mencari hiburan		
3	Saya mengurangi melakukan kegiatan rekreasi aktif, misalnya, menonton TV, membaca		
4	Saya tidak melakukan kegiatan rekreasi aktif misalnya, menonton TV, bermain kartu, membaca		
5	Saya melakukan kegiatan yang lebih aktif di tempat kegiatan yang biasa saya lakukan		
6	Saya melakukan sedikit aktivitas kemasyarakatan		

7	Saya mengurangi beberapa rekreasi fisik atau kegiatan		
8	Saya tidak melakukan rekreasi fisik sama sekali yang biasa saya lakukan		


Bagian 12 (E-0705)

Harap memberikan tanggapan (dengan tanda centang) hanya pada pernyataan yang anda yakin pernyataan tersebut benar-benar menggambarkan kondisi anda hari ini dan yang terkait dengan kondisi kesehatan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya makan jauh lebih sedikit dari biasanya		
2	Saya makan sendiri tetapi hanya makanan yang sudah disiapkan secara khusus atau dengan peralatan		
3	Saya makan makanan khusus misalnya, makanan lunak, diet hambar, rendah garam, rendah lemak, rendah gula		
4	Saya tidak makan makanan sama sekali tapi hanya minum cairan		
5	Saya hanya mengambil/menggigit sedikit makanan		
6	Saya sedikit minum		
7	Saya makan sendiri dengan dibantu orang lain		
8	Saya tidak makan sendiri sama sekali, tapi harus disuapi		
9	Saya tidak makan makanan sama sekali, nutrisi dimasukkan melalui tabung (NGT) atau cairan infus		


SEKARANG, SILAHKAN MENINJAU KUESIONER UNTUK MEMASTIKAN ANDA TELAH MENGISI SEMUA INFORMASI DALAM KUESIONER. PERHATIKAN KOTAK KECIL DI SETIAP HALAMAN UNTUK MEMASTIKAN SETIAP KOTAKNYA SUDAH TERCENTANG MENUNJUKKAN BAHWA ANDA TELAH MEMBACA SEMUA PERNYATAAN, JIKA ANDA MENEMUKAN KOTAK KECIL YANG BELUM TERCENTANG, MOHON DIBACA LAGI PERNYATAAN YANG TERTULIS PADA HALAMAN TERSEBUT.

Standar Operasional Prosedur (SOP)

 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA		STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PSIKOEDUKASI SESI 1: Identifikasi Masalah		
PROSEDUR KERJA		NO DOKUMEN:	NO REVISI:	HALAMAN:
		TANGGAL TERBIT	DITETAPKAN OLEH:	
1.	PENGERTIAN	Pemberian pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan		
2.	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan perasaan / masalah kesehatan yang dihadapi terkait dengan kondisi kesehatannya saat ini 2. Pasien mengungkapkan tindakan yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi oleh karena fraktur 3. Menilai tingkat adaptasi sebelum diberikan psikoedukasi 		
3.	INDIKASI	Pasien yang mengalami fraktur derajat sedang dan berat		
4.	KONTRAINDI KASI	Pasien fraktur dengan derajat sedang dan berat yang mengalami komplikasi		
6.	PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan responden secara sukarela berkenan ikut serta dalam pemberian terapi psikoedukasi 2. Kontrak waktu pelaksanaan psikoedukasi 3. Memposisikan pasien pada posisi yang nyaman dan aman 		
7.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Panduan / <i>Guideline</i> 2. Buku Kerja pasien 3. Kuesioner pengukuran tingkat adaptasi pasien fraktur (SIP) 		
8.	CARA KERJA	1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik, memperkenalkan diri dan bina hubungan saling percaya b. Menanyakan perasaan dan kesiapan klien saat ini c. Kontrak: Menjelaskan tujuan dan tahapan kegiatan 		


		<p>d. Pasien diperkenankan meminta waktu jeda apabila ingin ke kamar kecil atau ingin mengakhiri kontrak</p> <p>2. Fase Kerja</p> <p>a. Identifikasi perasaan pasien saat ini yang berhubungan dengan kondisi kesehatannya</p> <p>b. Identifikasi masalah-masalah yang dirasakan baik yang meliputi kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual pasien</p> <p>3. Fase Terminasi</p> <p>a. Evaluasi perasaan pasien setelah menceritakan kondisi dan perasaan yang dirasakan saat ini</p> <p>b. <i>Reinforcement positive</i> atas apa yang yang sudah disampaikan pasien</p> <p>c. Kontrak untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>Rencana tindak lanjut: Melaksanakan psikoedukasi Sesi 2</p>
9.	HASIL	Responden mampu mengidentifikasi masalah yang dirasakan, baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual, serta mampu mengungkapkan teknik yang digunakan untuk mengatasi masalahnya.
10	REFERENSI	<p>Karen Dow Meneses, et al. 2007. Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors.</p> <p>Nicole Allard Article. 2005. : day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: evaluation of a psychoeducational nursing intervention</p>

Standar Operasional Prosedur (SOP)

 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA		STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PSIKOEDUKASI SESI 2: Pelaksanaan Psikoedukasi		
PROSEDUR KERJA		NO DOKUMEN:	NO REVISI:	HALAMAN:
		TANGGAL TERBIT	DITETAPKAN OLEH:	
1.	PENGERTIAN	Pemberian pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan		
2.	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pengetahuan tentang fraktur. 2. Meningkatkan kemampuan untuk beradaptasi terhadap masalah yang diakibatkan oleh karena fraktur 3. Mengurangi efek negatif oleh karena fraktur 		
3.	INDIKASI	Pasien yang mengalami fraktur derajat sedang dan berat		
4.	KONTRAI NDI KASI	Pasien fraktur dengan derajat sedang dan berat yang mengalami komplikasi		
6.	PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrak waktu pelaksanaan psikoedukasi 2. Memposisikan pasien pada posisi yang nyaman dan aman 		
7.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Panduan / <i>Guideline</i> 2. Buku Kerja pasien 3. Leaflet 4. <i>Flip chart</i> 		
8.	CARA KERJA	1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik b. Menanyakan perasaan dan kesiapan klien saat ini c. Kontrak: Menjelaskan tujuan dan tahapan kegiatan sesi 2 d. Pasien diperkenalkan meminta waktu jeda apabila ingin ke kamar kecil atau ingin mengakhiri kontrak 		

		<p>2. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan edukasi mengenai perubahan fisik oleh karena fraktur yang dialami responden b. Menjelaskan tanda dan gejala fraktur, komplikasi yang muncul akibat fraktur c. Menjelaskan perubahan emosi: gangguan tidur, perubahan mood, kecemasan, depresi, takut akan terjadi lagi d. Mendiskusikan tentang hubungan sosial, serta perubahan fungsi seksual. e. Mendiskusikan tentang pekerjaan, keuangan. f. Kondisi spiritual oleh karena fraktur yang dialami, serta makna sakit yang dialami g. Menjelaskan tentang aktivitas fisik, menjaga kebutuhan nutrisi, dan kepatuhan terhadap regimen terapeutik <p>3. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi perasaan pasien setelah mendapatkan penjelasan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan perubahan kondisi fisik, psikologis, sosial maupun spiritual oleh karena fraktur b. <i>Reinforcement positive</i> dan memotivasi pasien c. Kontrak untuk pertemuan terakhir <p>Rencana tindak lanjut: Melaksanakan psikoedukasi Sesi 3</p>
9.	HASIL	Responden mampu mengidentifikasi masalah dan perubahan yang terjadi oleh karena fraktur yang meliputi aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual, serta mampu menerapkan teknik yang telah diajarkan untuk mengatasi masalahnya.
10	REFERENSI	<p>Karen Dow Meneses, et al. 2007. Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors.</p> <p>Nicole Allard Article. 2005. : day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: evaluation of a psychoeducational nursing intervention</p>

Standar Operasional Prosedur (SOP)

 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA		STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PSIKOEDUKASI SESI 3: Evaluasi		
		PROSEDUR KERJA		NO DOKUMEN: TANGGAL TERBIT
1.	PENGERTIAN	Pemberian pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan		
2.	TUJUAN	Menilai kemampuan adaptasi responden setelah diberikan psikoedukasi		
3.	INDIKASI	Pasien yang mengalami fraktur derajat sedang dan berat		
4.	KONTRAINDI KASI	Pasien fraktur dengan derajat sedang dan berat yang mengalami komplikasi		
6.	PERSIAPAN PASIEN	1. Kontrak waktu pelaksanaan evaluasi psikoedukasi 2. Memposisikan pasien pada posisi yang nyaman dan aman		
7.	PERSIAPAN ALAT	1. Buku Panduan / <i>Guideline</i> 2. Buku Kerja pasien 3. Kuesioner pengukuran tingkat adaptasi pasien fraktur (SIP)		
8.	CARA KERJA	1. Fase Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik b. Menanyakan perasaan dan kesiapan klien saat ini c. Kontrak: Menjelaskan tujuan dan tahapan kegiatan sesi 3 d. Pasien diperkenalkan meminta waktu jeda apabila ingin ke kamar kecil atau ingin mengakhiri kontrak 2. Fase Kerja Memandu responden mengisi kuesioner evaluasi setelah dilakukan psikoedukasi		

		<p>3. Fase Terminasi</p> <p>a. Evaluasi perasaan pasien setelah menjawab semua pertanyaan dari kuesioner</p> <p>b. <i>Reinforcement positive</i> dan memotivasi pasien</p>
9.	HASIL	Responden mampu menjawab semua pernyataan dari kuesioner untuk mengevaluasi kemampuan adaptasi setelah diberikan psikoedukasi
10	REFERENSI	<p>Karen Dow Meneses, et al. 2007. Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors.</p> <p>Nicole Allard Article. 2005. : day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: evaluation of a psychoeducational nursing intervention</p>

PELAKSANAAN PENELITIAN

A. Pengukuran adaptasi (baseline)



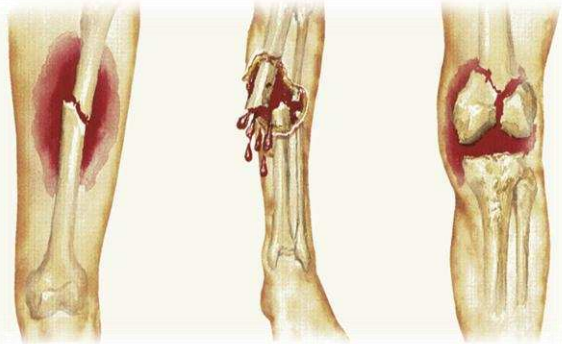
B. Pengukuran adaptasi (post intervensi)



C. Pengukuran adaptasi (kelompok kontrol)



PATAH TULANG



OLEH
ZUHROTUL UMAROH

PROGRAM STUDI
MAGISTER KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA
2016

Pengertian

Kerusakan jaringan tulang yang disebabkan oleh adanya trauma ataupun tenaga fisik



Penyebab

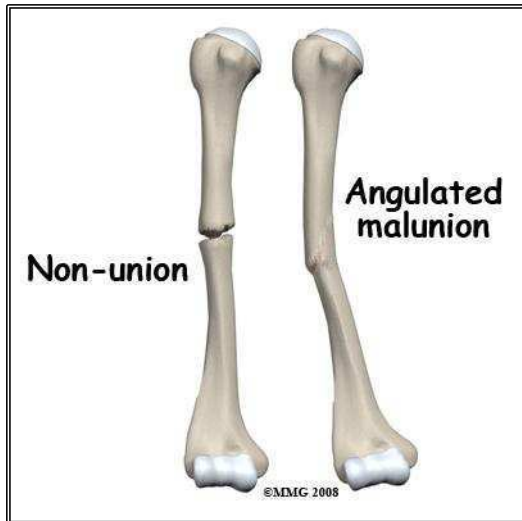
1. Kecelakaan
2. Peristiwa trauma
3. Pukulan
4. Gerakan puntir mendadak
5. Kontraksi otot yang ekstrim
6. Penyakit

Tanda & Gejala

1. Nyeri terus menerus
2. Pembengkakan
3. Krepitus / “bunyi kreg”
4. Pemendekan tulang akibat kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat patah tulang
5. Penurunan fungsi pada area patah tulang
6. Perubahan warna lokal



Gejala yang muncul berbeda tergantung pada area dimana letak tulang yang patah



Komplikasi

1. Syok
2. Sumbatan Pembuluh darah
3. Sindrom kompartemen
4. Infeksi
5. Gangguan Pembekuan Darah
6. Tidak menyatunya tulang yang patah
7. Penyatuan tulang yang lama
8. Kerusakan jaringan tulang
9. Reaksi terhadap alat fiksasi interna / plat

Penatalaksanaan

1. Reposisi
2. Imobilisasi
3. Mobilisasi Berupa latihan seluruh sistem tubuh (rehabilitasi)



Perubahan Fisik

1. Kecacatan
2. Penyusutan otot
3. Kehilangan keseimbangan

Aktivitas Fisik

1. Keterbatasan pergerakan (membutuhkan bantuan)
2. Kesusahan merubah posisi, berpakaian, memakai sepatu, kaos kaki, sandal
3. Memerlukan bantuan alat untuk berjalan, seperti kursi roda, kreg
4. Lebih banyak di tempat tidur
5. Pergi keluar rumah jika hanya untuk keperluan kesehatan (kontrol)
6. Kehilangan kontrol BAK/BAB
7. Tidak bisa mandi sendiri,



Perubahan Emosi

1. Gangguan tidur
2. Perubahan fungsi seksual
3. Perubahaan mood
4. Bingung
5. Cemas
6. Takut
7. Depresi / putus asa
8. Penurunan aktivitas yang membutuhkan pemikiran dan konsentrasi
9. Percobaan bunuh diri



Hubungan sosial

1. Penurunan komunikasi dengan orang sekitar
2. Kurang memperhatikan orang lain
3. Mudah marah pada orang lain
4. Frekuensi hubungan seksual menurun
5. Lebih banyak menyendiri
6. Jarang bercanda dengan anggota keluarga yang lain

Perubahan Peran

1. Tidak bekerja
2. Tidak sekolah / kuliah
3. Pengangguran

Perubahan Spiritual

1. Menjalankan ibadah sesuai dengan kemampuan, keterbatasan
2. Perubahan keyakinan terhadap makna hidup
3. Penolakan kondisi



Apa saja yang harus dilakukan??

1. Menjaga kebutuhan nutrisi untuk selalu tercukupi
2. Mematuhi terapi yang sudah di jadwalkan dengan terapis
3. Tetap menjalankan aktifitas sesuai kemampuan
4. Menjaga hubungan dengan keluarga, teman, kerabat, dan relasi
5. Berkomunikasi aktif dengan orang lain
6. Berfikir positif, tidak mudah putus asa
7. Menerima kondisi yang ada dan selalu bersyukur



Semoga Bermanfaat
Jaga selalu
Kesehatan



Data Demografi

Kelompok Perlakuan:

Statistics

Umur

N	Valid	16
	Missing	0
Mean		37.1875
Median		36.0000
Std. Deviation		1.50608E1
Range		43.00
Minimum		18.00
Maximum		61.00

Statistics

	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Pendidikan	Status Perkawinan	Derajat Luka
N	Valid	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0
Mean	1.1250	2.8125	3.3750	1.6250	1.9375
Median	1.0000	2.5000	4.0000	2.0000	2.0000
Mode	1.00	1.00	4.00	2.00	2.00
Std. Deviation	.34157	2.00728	1.02470	.61914	.25000
Variance	.117	4.029	1.050	.383	.062
Range	1.00	6.00	3.00	2.00	1.00
Minimum	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum	2.00	7.00	4.00	3.00	2.00

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki laki	14	87.5	87.5	87.5
Perempuan	2	12.5	12.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wiraswasta	8	50.0	50.0
	Pelajar	5	31.2	81.2
	Petani	2	12.5	93.8
	Lain lain	1	6.2	100.0
	Total	16	100.0	100.0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SD	1	6.2	6.2
	SD	3	18.8	25.0
	SMP	1	6.2	31.2
	SMA	11	68.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	7	43.8	43.8
	Belum Kawin	8	50.0	93.8
	Cerai / Janda / Duda	1	6.2	100.0
	Total	16	100.0	100.0

Derajat Luka

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Derajat Sedang	1	6.2	6.2
	Derajat Berat	15	93.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0

Kelompok Kontrol:

Statistics

Umur

N	Valid	16
	Missing	0
Mean		40.4375
Median		49.5000
Std. Deviation		1.72664E1
Variance		298.129
Range		42.00
Minimum		18.00
Maximum		60.00

Statistics

		Jenis Kelamin	Pekerjaan	Pendidikan	Status Perkawinan	Derajat Luka
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.2500	3.0625	3.5625	1.5000	1.4375
Median		1.0000	3.0000	4.0000	1.0000	1.0000
Std. Deviation		.44721	2.11246	.96393	.63246	.51235
Variance		.200	4.462	.929	.400	.262
Range		1.00	5.00	4.00	2.00	1.00
Minimum		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		2.00	6.00	5.00	3.00	2.00

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki laki	12	75.0	75.0	75.0
	Perempuan	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wiraswasta	7	43.8	43.8	43.8
	Guru	1	6.2	6.2	50.0
	Pelajar	3	18.8	18.8	68.8
	Petani	2	12.5	12.5	81.2
	Ibu Rumah Tangga	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SD	1	6.2	6.2	6.2
	SD	1	6.2	6.2	12.5
	SMP	3	18.8	18.8	31.2
	SMA	10	62.5	62.5	93.8
	Perguruan Tinggi	1	6.2	6.2	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Status Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	9	56.2	56.2	56.2
	Belum Kawin	6	37.5	37.5	93.8
	Cerai / Janda / Duda	1	6.2	6.2	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Derajat Luka

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Derajat Sedang	9	56.2	56.2	56.2
	Derajat Berat	7	43.8	43.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Uji Normalitas

Kelompok Perlakuan

Descriptives

Kelompok Perlakuan		Statistic	Std. Error		
Score	Perlakuan Pre-test	Mean	92.5625	7.22955	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		77.1531
			Upper Bound		1.0797E2
		5% Trimmed Mean	93.3472		
		Median	97.5000		
		Variance	836.262		
		Std. Deviation	2.89182E1		
		Minimum	36.00		
		Maximum	135.00		
		Range	99.00		
		Interquartile Range	42.25		
		Skewness	-.559		.564
		Kurtosis	-.456		1.091
			Kelompok Perlakuan Post-tes		Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			41.0086	
	Upper Bound			63.9914	
5% Trimmed Mean	52.5000				
Median	51.5000				
Variance	465.067				
Std. Deviation	2.15654E1				
Minimum	19.00				
Maximum	86.00				
Range	67.00				
Interquartile Range	38.50				
Skewness	.123			.564	
Kurtosis	-1.178			1.091	

Tests of Normality

Kelompok Perlakuan		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score	Perlakuan Pre-test	.191	16	.121	.939	16	.339
	Kelompok Perlakuan Post-tes	.117	16	.200	.953	16	.534

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Kelompok Kontrol

Descriptives

Kelompok Kontrol				Statistic	Std. Error
Nilai	Pre-test	Mean		86.1250	1.93837
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	81.9935	
			Upper Bound	90.2565	
		5% Trimmed Mean		86.0833	
		Median		87.0000	
		Variance		60.117	
		Std. Deviation		7.75349	
		Minimum		71.00	
		Maximum		102.00	
		Range		31.00	
		Interquartile Range		8.75	
		Skewness		-.082	.564
		Kurtosis		.489	1.091
			Post-test	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			76.9118	
	Upper Bound			85.3382	
5% Trimmed Mean				81.0833	
Median				83.0000	
Variance				62.517	
Std. Deviation				7.90675	
Minimum				66.00	
Maximum				97.00	
Range				31.00	
Interquartile Range				10.75	

Skewness	-223	.564
Kurtosis	.267	1.091

Tests of Normality

Kelompok Kontrol		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nilai	Pre-test	.121	16	.200 [*]	.979	16	.957
	Post-test	.142	16	.200 [*]	.960	16	.671

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test Normality untuk t-test independen

Case Processing Summary

	Kelompok	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Adaptasi	Adaptasi Perlakuan	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%
	Adaptasi Kontrol	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%

Tests of Normality

	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Adaptasi	Adaptasi Perlakuan	.117	16	.200 [*]	.953	16	.534
	Adaptasi Kontrol	.142	16	.200 [*]	.960	16	.671

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran: Gambaran adaptasi pasien fraktur

		Statistics			
		Perlakuan Pretest	Perlakuan Posttest	Kontrol Pretest	Kontrol Posttest
N	Valid	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0
Mean		92.56	52.50	86.13	81.13
Std. Error of Mean		7.230	5.391	1.938	1.977
Median		97.50	51.50	87.00	83.00
Std. Deviation		28.918	21.565	7.753	7.907
Variance		836.263	465.067	60.117	62.517
Skewness		-.559	.123	-.082	-.223
Std. Error of Skewness		.564	.564	.564	.564
Kurtosis		-.456	-1.178	.489	.267
Std. Error of Kurtosis		1.091	1.091	1.091	1.091
Range		99	67	31	31
Minimum		36	19	71	66
Maximum		135	86	102	97

Perlakuan Pretest					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	36	1	6.3	6.3	
	42	1	6.3	12.5	
	69	1	6.3	18.8	
	71	1	6.3	25.0	
	78	1	6.3	31.3	
	80	1	6.3	37.5	
	83	1	6.3	43.8	
Valid	88	1	6.3	50.0	
	107	1	6.3	56.3	
	110	2	12.5	68.8	
	112	1	6.3	75.0	
	116	1	6.3	81.3	
	120	1	6.3	87.5	
	124	1	6.3	93.8	
	135	1	6.3	100.0	
	Total	16	100.0	100.0	

Perlakuan Posttest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
19	1	6.3	6.3	6.3
24	1	6.3	6.3	12.5
30	1	6.3	6.3	18.8
32	1	6.3	6.3	25.0
37	1	6.3	6.3	31.3
39	1	6.3	6.3	37.5
47	1	6.3	6.3	43.8
50	1	6.3	6.3	50.0
Valid 53	1	6.3	6.3	56.3
56	1	6.3	6.3	62.5
60	1	6.3	6.3	68.8
71	1	6.3	6.3	75.0
72	1	6.3	6.3	81.3
81	1	6.3	6.3	87.5
83	1	6.3	6.3	93.8
86	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Kontrol Pretest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
71	1	6.3	6.3	6.3
74	1	6.3	6.3	12.5
79	1	6.3	6.3	18.8
81	1	6.3	6.3	25.0
82	1	6.3	6.3	31.3
84	1	6.3	6.3	37.5
86	1	6.3	6.3	43.8
Valid 87	2	12.5	12.5	56.3
88	1	6.3	6.3	62.5
89	1	6.3	6.3	68.8
90	2	12.5	12.5	81.3
92	1	6.3	6.3	87.5
96	1	6.3	6.3	93.8
102	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Kontrol Posttest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
66	1	6.3	6.3	6.3
68	1	6.3	6.3	12.5
75	3	18.8	18.8	31.3
79	1	6.3	6.3	37.5
81	1	6.3	6.3	43.8
82	1	6.3	6.3	50.0
Valid 84	2	12.5	12.5	62.5
85	2	12.5	12.5	75.0
86	1	6.3	6.3	81.3
87	1	6.3	6.3	87.5
89	1	6.3	6.3	93.8
97	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Uji T Berpasangan (dependent t-test)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Perlakuan Pre	92.56	16	28.918	7.230
	Perlakuan Post	52.50	16	21.565	5.391
Pair 2	Kontrol Pre	86.12	16	7.753	1.938
	Kontrol Post	81.12	16	7.907	1.977

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Perlakuan Pre & Perlakuan Post	16	.415	.110
Pair 2	Kontrol Pre & Kontrol Post	16	.969	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Perlakuan Pre - Perlakuan Post	40.062	27.992	6.998	25.147	54.978	5.725	15	.000
Pair 2	Kontrol Pre - Kontrol Post	5.000	1.966	.492	3.952	6.048	10.171	15	.000

Uji T Bebas (Independent t-test)

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hasil	Perlakuan	16	52.5000	21.56540	5.39135
	Kontrol	15	80.8000	8.07288	2.08441

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hasil	Equal variances assumed	13.142	.001	-4.774	29	.000	-28.30000	5.92749	-40.42307	-16.17693
	Equal variances not assumed			-4.896	19.356	.000	-28.30000	5.78026	-40.38318	-16.21682

Uji T Bebas (Independent t-test)
(Yang di Pakai)

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Adaptation	Adaptasi Perlakuan	16	41.94	24.890	6.223
	Adaptasi Kontrol	16	5.00	1.966	.492

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Adaptation	Equal variances assumed	32.794	.000	5.918	30	.000	36.938	6.242	24.190	49.685
	Equal variances not assumed			5.918	15.187	.000	36.938	6.242	23.647	50.228

STUDI KOMPARASI: EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP ADAPTASI PASIEN FRAKTUR DI RSUD JOMBANG

Zuhrotul Umaroh¹, Elsy Maria Rosa²

¹ Mahasiswa program studi magister keperawatan UMY

² Dosen program studi magister keperawatan UMY

(Korespondensi: zeeka_ns@yahoo.com)

ABSTRAK

Latar belakang: Sampai saat ini cedera masih menjadi masalah kesehatan utama masyarakat di seluruh negara, dimana dua per tiganya terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia tercatat kasus cedera pada tahun 2013 mencapai 84.277 jiwa (8,2%) dari seluruh jumlah penduduk. Efek negatif yang diakibatkan oleh fraktur termasuk: fisiologis, sosial, dan spiritual. Departemen kesehatan RI melaporkan bahwa 15% pasien fraktur mengalami stres. Pendidikan psikologis efisien dalam proses perawatan dan menurunkan gejala-gejala depresi yang merupakan komponen dalam respon psikologis atas adanya suatu kondisi disabilitas.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pemberian psiko edukasi terhadap kemampuan adaptasi fisik pada pasien fraktur di RSUD Jombang.

Metode: Jenis penelitian ini termasuk quasi eksperimen dengan desain pre-test dan post-test dengan kelompok kontrol. Jumlah sampel pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sejumlah 16 orang yang dipilih dengan menggunakan teknik konsekutif. Data dianalisa dengan uji t-test dependent dan t-test independent dan uji normalitas data menggunakan uji Shapiro-wilk.

Hasil: hasil uji t-test berpasangan menyatakan ada perbedaan adaptasi fisik secara signifikan pada pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi ($p\text{ value} = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$). Hasil uji t-independen juga didapatkan $p\text{ value} = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$ yang berarti ada perbedaan adaptasi fisik yang signifikan pada pasien yang diberikan psikoedukasi dan yang tidak diberikan.

Kesimpulan: psikoedukasi meningkatkan kemampuan adaptasi fisik pada pasien fraktur. Perawat harus mampu selalu mengembangkan dan mengaplikasikan prosedur pelaksanaan psikoedukasi terutama pada pasien untuk meningkatkan kemampuan adaptasi fisik.

Kata kunci: fraktur, pasien, psikoedukasi, kecelakaan

COMPARATION STUDY: EFFECTIVITY OF PSYCHOEDUCATION TO THE ADAPTATION AMONG FRACTURE PATIENTS AT PUBLIC HOSPITAL OF JOMBANG

Zuhrotul Umaroh¹, Elsy Maria Rosa²

¹ Student; program studi magister keperawatan UMY

² Lecturer; program studi magister keperawatan UMY

(Korespondensi: zeeka_ns@yahoo.com)

ABSTRACT

Background: The injury is still a major public health problem throughout the country, where two-thirds occur in developing countries, including Indonesia. In Indonesia, recorded injury cases in 2013 reached 84,277 people (8.2%). The negative impacts caused by the fracture appears, which includes; psychological, social, and spiritual. The Department of Health reported that 15% of patients experiencing psychological stress fractures to depression. Psychoeducation efficient in the treatment process and decrease the symptoms of depression that is a component in the psychological response on the existence of a disability condition.

Aim: the research aimed to determine the effectiveness of psychoeducation to the physical adaptation among fracture patients in public hospital of Jombang

Method: this is a quasi-experiment research with pre-test and post-test control group design. There were 16 respondents in control group and another 16 respondents for intervention group which was gathered with consecutive sampling. The data were analyzed with parametric analysis using *paired sample t-test* dan *independent t-test*. For testing the data normality distribution, Shapiro-wilk analysis was operated.

Result: Paired t test sample stated that there was significant difference in the physical adaptation among fracture patients before and after the intervention of psychoeducation (p value = 0,000 ; CI 95% < α = 0,05). In the unpaired t test was obtained p value = 0.000; CI 95% < α = 0.05, which indicates a significant difference of fracture patients' adaptation who has given psychoeducation intervention and who has not.

Conclusion: the psychoeducation intervention increased physical adaptation among fracture patients. Nurses must continue to develop and apply the procedures for implementing psychoeducation fractures primarily in patients with the aim to improve the adaptability of fracture patients.

Key words: fracture, patient, psychoeducation, injury

PENDAHULUAN

Sampai saat ini cedera masih menjadi masalah kesehatan utama masyarakat di seluruh negara, dimana dua per tiganya terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Angka mortalitas oleh karena cedera ini di proyeksikan terus meningkat menjadi 8,4 juta dari awalnya sebanyak 5,1 juta (9,2% dari kematian secara keseluruhan) dan di perkirakan menempati posisi ketiga *disability adjusted life years* (DALYs) pada tahun 2020. Masalah cedera memberikan kontribusi pada kematian sebesar 15%, beban penyakit 25% dan kerugian ekonomi 5% *growth development product* (GDP) (Riyadina, et.al, 2009). Di Indonesia tercatat kasus cedera pada tahun 2013 mencapai 84.277 jiwa (8,2%) dari seluruh jumlah penduduk (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan jenis cedera, pada tahun 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaporkan sebanyak 4.888 (5,8%) jiwa mengalami patah tulang. Hal ini mengindikasikan bahwa kasus patah tulang di Indonesia masih cukup besar dan memungkinkan untuk terjadinya masalah kesehatan yang lain. Risiko infeksi dan penyembuhan tulang merupakan fase lanjutan dimana kerjasama pasien dalam perawatan di rumah sangat diperlukan agar tidak terjadi infeksi dan penyembuhan tulang berlangsung tepat waktu (Budi, 2014).

Berbagai dampak negatif muncul yang diakibatkan oleh lamanya periode proses penyembuhan pasien fraktur, yang meliputi aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Berbagai efek tersebut muncul selama periode admisi ke rumah sakit, proses penatalaksanaan operasi, setelah penatalaksanaan bedah hingga fase rehabilitasi. Pada 2007, Departemen Kesehatan melaporkan bahwa 15% penderita fraktur mengalami stress psikologis hingga depresi. Hal ini mengindikasikan bahwa penderita fraktur

perlu mendapatkan intervensi secara holistik yang juga menyentuh aspek psikososial.

Perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar pada saat hari pelaksanaan operasi untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien yang akan melaksanakan operasi, termasuk memberikan pendidikan tentang bagaimana memonitor gejala-gejala yang dirasakan dan mengimplementasikan perawatan diri secara mandiri (Allard, 2005). Pendidikan psikologis mengaplikasikan beberapa teknik dalam memberikan pendidikan pada pasien dalam rangka untuk memfasilitasi pengembangan kemampuan beradaptasi (koping) yang dibutuhkan untuk mengantisipasi efek negatif yang dihasilkan oleh stress, penyakit, kecelakaan ataupun disabilitas/kecacatan (Llanque, 2011).

LANDASAN TEORI

Fraktur

Fraktur adalah kerusakan atau patah tulang yang disebabkan oleh adanya trauma ataupun tenaga fisik. Pada kondisi normal, tulang mampu menahan tekanan, namun jika terjadi penekanan ataupun benturan yang lebih besar dan melebihi kemampuan tulang untuk bertahan, maka akan terjadi fraktur (Garner, 2008; Price & Wilson, 2006). Long (2006) menjelaskan, penyebab fraktur adalah peristiwa trauma, kecelakaan, dan hal-hal patologis. Smeltzer & Bare (2006) menyebutkan bahwa fraktur terjadi akibat trauma langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan kontraksi otot yang ekstrim.

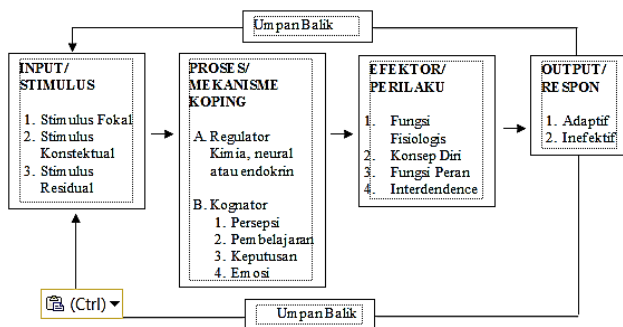
Fraktur diklasifikasikan sebagai berikut: (a) berdasarkan etiologi; fraktur traumatik, fraktur patologis, fraktur stress terjadi karena adanya trauma terus menerus di

suatu tempat. (b) berdasarkan klinis; fraktur terbuka, fraktur tertutup, fraktur dengan komplikasi. (c) berdasarkan radiologi; lokalisasi, konfigurasi, ekstensi, fragmen. Sedangkan pembagian derajat fraktur terbuka berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu: (a) derajat 1: laserasi < 2 cm, fraktur sederhana, dislokasi fragmen minimal. (b) derajat 2: laserasi > 2 cm, kontusio otot dan sekitarnya, dislokasi fragmen jelas. (c) derajat 3: luka lebar, rusak hebat, atau hilang jaringan sekitar.

Long (2006), menjelaskan, penatalaksanaan pasien fraktur meliputi: debridemen luka, memberikan toksoid tetanus, membiakkan jaringan, pengobatan dengan antibiotik, memantau gejala osteomyelitis, tetanus, gangrene gas, menutup luka bila tidak ada gejala infeksi, reduksi fraktur, imobilisasi fraktur, kompres dingin boleh dilaksanakan untuk mencegah perdarahan, edema, dan nyeri, serta pemberian obat penawar nyeri.

Adaptasi model Roy

Sister Callista Roy adalah tokoh keperawatan mengembangkan model konseptual keperawatan yang dikenal dengan model konseptual adaptasi pada tahun 1964. Model ini banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Model adaptasi Roy adalah sistem model yang esensial dalam keperawatan.



Gambar 1. Sistem Model Adaptasi Roy

Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, M.E. 2007). Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya proses pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan yang baru, sikap, serta ketrampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu. Dan diarahkan untuk meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan status kesehatan, pencegahan penyakit dan membantu individu mengatasi efek serta dampak dari penyakit (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009).

Terapi psikoedukasi banyak dilakukan pada pasien dengan gangguan kesehatan mental dan diberikan juga terhadap keluarga pasien yang mengalami gangguan mental dengan tujuan untuk meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakitnya, meningkatkan kerja sama dalam hal perawatan, pengobatan dan memperkuat mekanisme koping (Susana dkk, 2007). Manfaat dari psikoedukasi dapat membantu mengatasi kecemasan, mengurangi depresi, membantu perasaan jadi lebih nyaman, membantu memecahkan masalah, dan dapat menumbuhkan rasa percaya diri (Adryan 2002 dalam Darsih 2013)

METODE PENELITIAN

Desain, Populasi, Sampel

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian *pre-test – post-test with control group*. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan yang diberikan intervensi psikoedukasi, serta kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien patah tulang derajat 2 dan 3 yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang. Sampel dalam penelitian didapatkan menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dari populasi yang sudah ditentukan yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: (a) Pasien *post op* fraktur hari ke 1; (b) Pasien fraktur derajat 2 dan 3; (c) Berusia minimal 18 tahun; (d) Mampu berkomunikasi dengan baik; (e) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Jumlah sampel terdiri dari 16 responden untuk kelompok perlakuan serta 16 responden pada kelompok kontrol.

Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada proses pengumpulan data menggunakan kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) untuk mengidentifikasi status adaptasi fisik pasien fraktur derajat 2 dan 3. Kuesioner SIP telah dikembangkan oleh Bergner Marilyn dan Gilson Betty.

Kuesioner *Sickness Impact Profile* (SIP) yang digunakan adalah versi “*interviewer-administered questionnaire*”, yaitu versi SIP yang dalam proses pengisiannya tidak di isi langsung oleh responden, melainkan dilakukan oleh peneliti. Peneliti (atau asisten peneliti) membacakan setiap item soal kepada responden untuk selanjutnya mendapat jawaban langsung dari responden mengenai pertanyaan yang diajukan dan peneliti mengisi jawaban pada kolom yang telah disediakan.

Analisis data

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data parametrik yaitu *t-test dependent* (*paired t-test*) dan *t-test independent*. Uji *t-test dependent* digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan *mean / rata-rata* pada kelompok perlakuan sebelum

dan sesudah diberikan psikoedukasi serta pada kelompok kontrol pada *pre-test* dan *post-test*. Peneliti juga menggunakan teknik uji *t-test independent* untuk menganalisis perbedaan *mean / rata-rata* pada kelompok perlakuan yang telah diberikan psikoedukasi dengan kelompok kontrol.

Sebelum dilakukan uji *t-test dependent*, dilakukan uji normalitas data dengan menggunakan uji *Saphiro-Wilk* dan hasilnya menyatakan bahwa *p-value* > dari $\alpha = 0,05$ yang berarti data berdistribusi normal. Selanjutnya dilakukan uji homogenitas dengan menggunakan *Levine test* dengan hasil nilai *p-value* < 0,05 yang berarti varian data antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol heterogen (berbeda secara signifikan). Berdasarkan hasil uji homogenitas tersebut maka *p* uji *t-test independent* menggunakan formula “*separate samples*” (*Equal variance not assumed*). Proses analisa data menggunakan *software* SPSS versi 21.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Demografi responden

Tabel 1. Distribusi umur responden

Usia (tahun)	Mean \pm SD	Min	Max
Kelompok Perlakuan (n=16)	37,19 \pm 1,51	18	61
Kelompok Kontrol (n=16)	40,44 \pm 1,73	18	60

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan bahwa rata-rata usia responden kelompok perlakuan lebih muda tiga tahun dari pada kelompok kontrol. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, usia dapat mempengaruhi tingkat stres pada pasien fraktur. Menurut Prayitno (2006) usia muda cenderung memiliki tingkat stres lebih tinggi karena pada usia muda seperti usia remaja, masih menyesuaikan diri dengan standar kelompok selain itu pada usia remaja adanya perubahan yang terjadi pada dirinya seperti terjadinya fraktur akan ada ketakutan adanya penolakan oleh lingkungan. Dan pada usia remaja individu belum dapat mengontrol emosinya

sehingga individu belum dapat menghadapi perubahan yang terjadi.

Tabel 2. Gambaran karakteristik responden

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)	Total	Persen (%)
Jenis Kelamin						
Laki-laki	14	87,5	12	75	26	81,3
Perempuan	2	12,5	4	25	6	18,7
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Pendidikan						
Tidak Tamat SD	1	6,2	1	6,2	2	6,3
SD	3	18,8	1	6,2	4	12,5
SMP	1	6,2	3	18,8	4	12,5
SMA	11	68,2	10	62,5	21	65,6
PT	0	0	1	6,2	1	3,1
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Pekerjaan						
Wiraswasta	8	50	7	43,8	15	46,9
Guru	0	0	1	6,2	1	3,1
Pelajar	5	31,2	3	18,8	8	25
Petani	2	12,5	2	12,5	4	12,5
Ibu Rumah Tangga	0	0	3	18,8	3	9,4
Lain-lain	1	6,2	0	0	1	3,1
Total	16	100%	16	100%	32	100%
Status Perkawinan						
Kawin	7	43,8	9	56,2	16	50
Belum kawin	8	50	6	37,5	14	43,8
Cerai/Tanda Duda	1	6,2	1	6,2	2	6,7
Total	16	100%	16	100%	32	100%

Tabel 2. diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki baik untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu sejumlah 26 orang (81,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, distribusi responden menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu sejumlah 11 orang pada kelompok perlakuan dan 10 orang pada kelompok kontrol. Distribusi pekerjaan responden menunjukkan sebagian besar responden berwiraswasta pada kedua kelompok dengan persentase 46,9%. Terdapat distribusi yang relatif seimbang pada kedua kelompok responden berdasarkan status perkawinan, yaitu pada kategori kawin dan belum kawin.

Tabel 3. Hasil Uji t-test dependent

No	Variabel	Test	n	Mean ± SD	Mean Difference	95% CI		p value
						Lower	Upper	
1	Adaptasi kelompok perlakuan	Pre-test	16	31,00 ± 8,779	12,62	6,628	18,622	0,000
		Post-test	16	18,38 ± 9,743				
2	Adaptasi kelompok kontrol	Pre-test	16	29,75 ± 5,000	1,44	0,888	1,987	0,000
		Post-test	16	28,31 ± 4,868				

Terdapat perubahan adaptasi fisik pasien fraktur sebelum dan sesudah pemberian psikoedukasi. Pada kelompok perlakuan, rata-rata adaptasi fisik pasien fraktur mengalami penurunan sebesar 12,62 poin,

sedangkan pada kelompok kontrol juga mengalami penurunan rata-rata 1,44 poin meskipun tidak diberikan intervensi psikoedukasi.

Hasil penelitian menyatakan bahwa semua pasien fraktur mengalami ketidakadekuatan adaptasi fisik terhadap penyakit yang sedang diderita, dalam hal ini adalah pasien fraktur yang telah menjalani operasi bedah. Koping yang efektif menempati tempat yang utama terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual. Perhatian terhadap koping tidak hanya terbatas pada sakit ringan tetapi justru penekanannya pada kondisi sakit yang berat (Notosoedirjo, Moeliono, dan Latipun, 2005). Apabila mekanisme koping yang di gunakan adaptif maka stress yang dialami juga akan semakin ringan (Mesuri, 2014).

Dari hasil uji sampel t berpasangan yang disajikan pada tabel 4 didapatkan informasi bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada adaptasi fisik pasien fraktur sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi yang dibuktikan dengan nilai signifikansi ($p\text{ value}$) = 0,000 ; CI 95% < α = 0,05. Pada kelompok kontrol juga dilakukan pengukuran *pre-test* dan *post-test* didapatkan nilai signifikansi ($p\text{ value}$) = 0,000 ; CI 95% < α = 0,05 yang dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada adaptasi fisik pasien fraktur pada kelompok yang tidak diberikan psikoedukasi.

Hal ini mengimplikasikan bahwa psikoedukasi mempunyai pengaruh yang kuat dalam memberikan kontribusi perubahan respon adaptasi fisik responden terhadap stressor. Psikoedukasi terbukti memberikan kontribusi terhadap peningkatan kemampuan adaptasi pasien fraktur. Calista Roy dalam Rasmun (2004)

mengatakan bahwa ketika seseorang mengalami suatu proses perubahan pada fisik yang dapat disebabkan oleh fraktur maka individu akan melakukan penyesuaian atau proses adaptasi yaitu suatu upaya untuk mencapai keseimbangan terhadap kebutuhan oleh adanya stressor.

Tabel 4. Hasil uji t-test independen

No	Variabel	T	Mean Difference	95% CI		p value
				Lower	Upper	
1	Adaptasi pasien fraktur	3,960	11,188	5,418	5,174	0,000

Hasil uji beda rata-rata adaptasi pasien fraktur yang diberikan intervensi psikoedukasi dengan kelompok pasien yang tidak diberikan intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan $p\text{ value} = 0,000$; $CI\ 95\% < \alpha = 0,05$. Berdasarkan hasil uji tersebut dapat disimpulkan bahwa H_a diterima atau H_o di tolak.

Psikoedukasi mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kemampuan berespon secara adaptif pada individu yang mengalami fraktur. Psikoedukasi merupakan pengembangan dan pemberian informasi dalam bentuk informasi yang berkaitan dengan psikologi populer / sederhana atau informasi lainnya yang mempengaruhi kesejahteraan psikososial masyarakat.

Psikoedukasi bukan merupakan sebuah pengobatan, namun psikoedukasi di desain untuk menjadi bagian dari rencana perawatan secara keseluruhan. Pengetahuan seseorang tentang penyakit sangatlah penting bagi pasien dan keluarga mereka untuk dapat merancang sebuah

rencana perawatan dan pengobatan yang optimal (Waluyo , dkk, 2014). Seseorang yang mengalami stres dalam menghadapi stresor yang mengancam kondisinya, memerlukan kemampuan pribadi maupun dukungan dari lingkungan, agar dapat mengurangi stres, cara yang digunakan individu untuk mengurangi stres disebut dengan coping. Keefektifan sebuah coping dinilai apabila coping mampu menurunkan stress yang dialami seseorang. Pasien pasca bedah fraktur harus disiapkan dengan memberikan informasi melalui psikoedukasi sehingga individu yang mengalami fraktur mampu berespon secara adaptif terutama dengan kondisi fisiknya.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

- a) Terdapat perbedaan yang bermakna adaptasi fisik pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur.
- b) Terdapat perbedaan adaptasi fisik yang bermakna pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan pemberian psikoedukasi pada pasien fraktur.
- c) Ada pengaruh psikoedukasi terhadap adaptasi fisik pada pasien fraktur di RSUD Jombang. Di ketahui terdapat perbedaan yang bermakna antara adaptasi fisik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah perlakuan psikoedukasi pada pasien fraktur.

DAFTAR PUSTAKA

Allard, N. (2005). *Day Surgery And Recovery In Women With A Suspicious Breast Lesion: Evaluation Of A Psychoeducational Nursing*

Intervention. University of Toronto

Ambarwati, W. 2015. Efektivitas Program Psikoedukasi Kelompok dalam menurunkan Beban psikologis pada Family Caregiver Diabetes Mellitus. [serial online]

- <http://etd.repository.ugm.ac.id/in dex.php> [diakses pada 21 Februari 2016].
- Astuti, P. (2011). *Pengaruh Edukasi Preoperasi Terstruktur (Dengan Teori Kognitif Sosial) Terhadap Self-Efficacy Dan Perilaku Latihan Ost Operasi Pada Pasien Fraktur Ekstrimitas Bawah Dengan Pembedahan Di Surabaya*. Depok : FIK UI
- Ayu Puspita, (2012). *Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Berobat Pada Pasien Patah Tulang Yang Menggunakan Sistem Pembiayaan Jamkesmas*. Semarang: FK UNDIP
- Basford, L. 2006. *Teori & Praktek Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien*. Alih Bahasa: Agung Waluyo. Jakarta: EGC.
- Brown, N W. 2011. *Psychoeducational Groups 3rd Edition: Process and Practice*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Cartwright, M.E. (2007). *Psychoeducation among caregivers of children receiving mental health services. Dissertation*. Ohio : Graduate School Of The Ohio State University
- Carville K.2007. *Wound Care Manual (5th ed.)*. Australia: Silver Chain Nursing Association.
- Darsih. (2013). *Efektifitas Psikoedukasi Dan Guided Imagery Terhadap Kecemasan Pasien Pre Kateterisasi Jantung Di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta*
- Dowrick, et al. (2000) *Problem solving treatment and group psychoeducation for Depression: multicentre randomised controlled trial*. BMJ Volume 321
- Dowling, M. (2005). *Homeostatis and Well Being*. diunduh pada 6 Juni 2013 dari <http://www.economics.smu.edu.sg>
- Eldawati, (2011). *Pengaruh Latihan Kekuatan Otot Pre Operasi Terhadap Kemampuan Ambulansi Dini Pasien Pasca Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rsup Fatmawati Jakarta*.
- Girsang, B., Novalina, M., Jaji. (2015). *Pengaruh Psikoedukasi terhadap Tingkat Postpartum Blues Ibu Primipara Berusia Remaja*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 10, No.2, Juli 2015
- Hawari, D. (2011). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*. Jakarta : FKUI.
- Hidayat. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Huriani. (2006). *Kajian Metode Pengajaran Klinik dalam Meningkatkan Pencapaian Kompetensi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan dalam Praktek Profesi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*. Padang: Universitas Andalas
- Jose,S. (2009). *Effects of brief psychoeducational information on Chinese - and caucasian-american college students' beliefs Toward mental illness and treatment-seeking attitudes*. New York : Binghamton University
- Kusnanto. 2004. *Pengantar Profesi Dan Praktek Keperawatan Professional*. Jakarta: EGC.
- Kuswita, P., Jaji. (2013) *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Kanker*

- Payudara Di Rsup Mohammad Hoesin Palembang.
- Lestari, A. 2014. *Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan Dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Tuberculosis Paru Di Kota Bandar Lampung*. Serial online <https://www.scribd.com/doc/178736232/JURNAL-Erapipsikoedukasi> diakses 27 Mei 2016].
- Llanque, SM. (2011). *Impact of a psychoeducational intervention On dementia caregiving*. Kansas City : Missouri
- Long, B. C. (2006). *Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lucas Brian. (2008). *Preparing Hip And Total Knee Replacement: Preoperative Nursing Management, British Journal Of Nursing*, vol.17, number 21 : 1346-1351
- Mansjoer, A, dkk. 2010. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Medica Aesculapulus, FKUI
- Margono. (2012). *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penngkatan Adaptasi Regulator Tubuh Untuk Menurunkan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Ri Rumah Sakit Orthopedic Soeharso Surakarta*.
- Mesuri, R.P. (2014) *Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Stress Pada Pasien Fraktur*. Ners Jurnal Keperawatan volume 10, No 1, Maret 2014 : 66-74
- Nasriati, R. (2015). *Pengaruh Kombinasi Edukasi Nyeri Dan Meditasi Dzikir Terhadap Peningkatan Adaptasi Nyeri Pasien Pasca Operasi Fraktur*.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan prilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notosoedirdjo, Moeljono, & Latipun. 2005. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Prayitno, E. (2006). *Psikologi orang dewasa*. Padang : Angkasa Raya
- Prasetyo, B. (2014). *Konsep diri pasien dengan pemasangan fiksasi eksternal di rso prof. Dr. R. Soeharso Surakarta*.
- Potter, P., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental keperawatan*. Edisi 7 buku 1 & 2. Jakarta: Salemba Medika
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit* (6 ed.). (B. U. Pendit, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Purwaningsih, L.A. (2016). *Respon adaptasi fisiologis dan psikologis pasien luka bakar yang diberikan kombinasi alternative moisture balance dressing dan seft terapi di rsup dr. Sardjito Yogyakarta*. Vol 8 No. 1 Pebruari 2016
- Rasjad, C. (2007). *Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi*, Edisi 3 cetakan 5, Jakarta, Yarsif Watampone, ISBN 978-979-8980-46-6.
- Rasmun. (2004). *Stres, Koping Dan Adaptasi Teori Dan Pohon Masalah Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta : Sagung Seto.
- Rachmaniah, D. 2012. *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kecemasan dan Kooping Orang Tua Dalam Merawat Anak Dengan Thalasemia Mayor Di RSUD Kabupaten Tangerang Banten*. Tesis

- Rajin M. 2012. *Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit*. Skripsi. Universitas Pesantren Darul Ulum. Jombang
- Raudhoh, S. 2013. *Psikoedukasi: Intervensi dan Rehabilitasi dan Prevensi*. Artikel Penelitian. Magister Profesi Psikologi Universitas Padjadjaran. Serial online
<http://leapinstitute.com/learning-material/psikoedukasiintervensi-rehabilitasi-dan-prevensi>
 [diakses 24 Mei 2016]
- Riyadina, et. al., (2009). *Pola dan Determinan Sosiodemografi Cedera Akibat Kecelakaan Lalu Lintas di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume: 59, Nomor: 10;464-472
- Riyanto. 2011. *Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (Interdialysis Weight Gain) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisis IP2K RSUP Fatmawati Jakarta*. Diakses tanggal 12 Oktober 2014 dari www.ui.ac.id.
- Ruth A. Bryant. 2006 *Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts*. Third Edition. Mosby Elsevier. United States of America
- Roy, S. C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). Upper Saddle River: Pearson
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. (2007). *Anxiety Disorder in : Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, 10th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkin. Hal 580
- Santiasari, RN. (2013). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Penderita Tentang enanganan Dan Penyembuhan Patah Tulang Di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Fatimah Sidoarjo*
- Sjamsuhidajat & Long. (2005) *Buku Ajar Ilmu Bedah* (ed 2). Jakarta: EGC
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (8 ed., Vol. III). (M. Ester, Penyunt., A. Hartono, H. Y. Kuncara, E. S. Siahaan, & A. Waluyo, Penerj.) Jakarta: EGC
- Soep. 2009. *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum Di RSU. Dr. Pirngadi Medan*. Tesis : Program Pascasarjana Universitas Sumatera Utara Medan.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6885/1/09E01429.pdf> [diakses 30 Mei 2016]
- Stuart, Laria. (2005). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Psikiatri* Ed.8. Jakarta EGC
- Stuart, G. W. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th ed.). Canada: Mosby Elsevier
- Stuart dan Sundeen, 2006. *Buku Saku Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta : EGC
- Supratiknya, A. (2011). *Merancang Program Dan Modul Psikoedukasi*. Edisi revisi. Jakarta: Universitas Sanata Dharma.
- Susana dkk. (2007). *Terapi modalitas dalam keperawatan jiwa*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press Jogjakarta

- Suratun. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Suriadi. 2007. *Manajemen Luka*. Romeo Grafika. Pontianak
- Tomey, A.N. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theoriest and Their Work*. 7thEd. USA: Mosby Elsevier
- Vaile, JH. (2013). *A Year of Fractures: a snapshot analysis of the logistics, problems and outcomes of a hospital-based fracture liaison service*. *Osteoporos Int* (2013) 24:2619–2625
- Videbeck, S. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Waluyo, A., Mustikasari., Setiawan, A. (2014) *Peningkatan Pengetahuan Dan Penurunan Tingkat Depresi Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Dengan Terapi Psikoedukasi*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Weine SM, Raina D, Zhubi M, Delesi M, Huseni D, Feetham S, et et al. (2005) . *The Tafes Multi-Family Group Intervention For Kosovar Refugees: A Feasibility Study*. *Journal of Nervous and Mental Disease*.100–107
- Whiteing, N. (2013). *Pathophysiology, Treatment, and Nursing Care*. Dipetik Desember 23, 2013, dari www.ncbi.nlm.nih.gov