

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	3
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 Difference	95% CI		p 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	Mean Difference	95% CI		p value
				Lower	Upper	
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 di kendalikan adalah toleransi, pengalaman, budaya dan kondisi psikologis
- d. Jumlah sampel yang terbatas