

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN
PRE OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI
SURABAYA**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK



Oleh:

**ILMA ROSIDA RAHMAWATI
NIM. 131011108**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN *PRE*
OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI
SURABAYA**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

**ILMA ROSIDA RAHMAWATI
NIM. 131011108**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 2 Juli 2014
Yang Menyatakan

ILMA ROSIDA RAHMAWATI
NIM. 131011108

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ilma Rosida Rahmawati

NIM : 131011108

Program Studi : Pendidikan Ners

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN PRE
OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI
SURABAYA**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 2 Juli 2014

Yang menyatakan

Ilma Rosida Rahmawati

NIM. 131011108

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

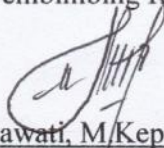
**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN *PRE*
OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI
SURABAYA**

Oleh:

**ILMA ROSIDA RAHMAWATI
NIM. 131011108**

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 4 Juli 2014**

Oleh
Pembimbing Ketua



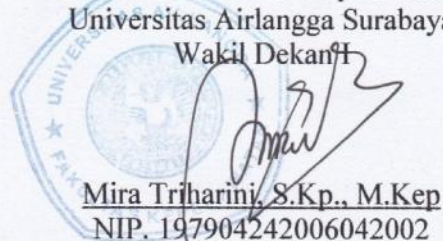
Ika Yuni Widyawati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB
NIP. 197806052008122001

Pembimbing II



Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139080822

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan



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

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN PRE
OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI
SURABAYA**

Oleh:
ILMA ROSIDA RAHMAWATI
NIM. 131011108

Telah diuji

Pada tanggal 8 Juli 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ninuk Dian K, S.Kep., Ns., MANP
NIP. 197703162005012001

Anggota : 1. Ika Yuni W, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB
NIP. 197806052008122001

2. Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139080822

(*Ninuk Dian K*)
(*Ika Yuni W*)
(*Laily Hidayati*)

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan I



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

MOTTO

**JANGAN PERNAH MERAGUKAN ATAU MELUPAKAN KEKUATAN DARI
SEBUAH DOA,
DIBALIK SETIAP USAHA ADA KUASA DAN KEHENDAK DARI ALLAH
SWT.**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas rahmat dan Hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KENYAMANAN PASIEN *PRE* OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH MARWAH RSU HAJI SURABAYA” tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, bersamaan dengan ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ibu Ika Yuni Widyawati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB selaku pembimbing I yang senantiasa sabar dalam memberikan bimbingan dan motivasi dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.

4. Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II dan dosen wali yang juga telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
5. Ibu Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji proposal yang telah memberikan saran dan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Kedua orang tua tercinta yang tak pernah lelah memberikan semangat dan tak pernah berhenti mengucap doa, serta kakak adik tersayang yang senantiasa memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Ibu Wahyu Handayani, SKM selaku Ka sie Litbang RSUD Haji Surabaya serta Mbak Widy dan Mbak Laras yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian ini.
9. Bapak Imam Sudjono, S.Kep., Ns. selaku Kepala Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya atas izin dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian.
10. Ibu Susilowati selaku Kepala Ruangan Marwah RSUD Haji Surabaya beserta staf perawat yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan penelitian.
11. Seluruh responden penelitian yang telah bekerjasama dalam penelitian ini.
12. Staf pendidikan, Tata Usaha dan Perpustakaan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan fasilitas untuk mendukung selesainya skripsi ini.
13. Dian L, Ria Ines, Ratna Yulita, Winedhar, dan Shabrina atas “*supporting*” yang diberikan selama mengerjakan proposal hingga skripsi ini selesai.

14. Pitri Arieska yang telah begitu sabar membagi ilmu statistiknya.
15. Kawan seperjuanganku Angel dan Afining Dina, serta teman-temanku Ifa, Annisaa Zahra, Pipit, Lulut, Inayah, atas motivasi dan dukungannya.
16. Rekan-rekan *Vardgivare 2010* yang menemani 4 tahun perjalanan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
17. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebut namanya satu persatu atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Juli 2014

Penulis

ABSTRACT

FACTORS CORRELATED WITH PATIENT'S COMFORT UNDERGOING SURGERY

Cross sectional study at Marwah Room, Rumah Sakit Haji Surabaya

By: Ilma Rosida Rahmawati

Preoperation is a phase when the decision for surgical intervention is made and ends when the patient is sent to the operating theatre. The successful operation is determined by the successfull of preparation, including comfort aspect undergoing surgery. The aim of this study was to identify contributing factors of preoperative patient's comfort at Marwah Room RS Haji Surabaya.

A cross sectional design was used in this study. The population was all of preoperative patient at Marwah Room. Total sample was 26 respondents, taken with consecutive sampling technique. The independent variables were age, surgical experience, anxiety, family support, and pain. The dependent variable was preoperative comfort. Data were collected used questionnaire and observation. Data were analyzed using *Spearmen's Rho* and *Chi Square test* with 0.05.

Results showed that age, anxiety, family support, and pain had significant correlation with comfort, with level of significant $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.015$, $p=0.036$ respectively and coefficient correlation of $r=0.769$, $r=0.832$, $r=0.473$, $r=0.414$ respectively. Surgical experience also had correlation with comfort ($p=0.000$; $\chi^2=15.367$).

Preoperative comfort has correlation with age, surgical experience, anxiety, family support, and pain. Anxiety has the strongest correlation with comfort. Further studies should identify the correlation of that variables to each context of comfort in Kolcaba's Theory.

Key words: *preoperative, comfort, age, surgical experience, anxiety, family support, and pain*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Publikasi Tugas Akhir.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji	v
Motto	vi
Ucapan Terimakasih	vii
<i>Abstract</i>	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Arti Lambang	xvii
Daftar Singkatan.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat teoritis	7
1.5.2 Manfaat praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Operasi	9
2.1.1 Pengertian operasi	9
2.1.2 Klasifikasi pembedahan	10
2.1.3 <i>Pre</i> operatif.....	12
2.1.4 Persiapan klien di unit perawatan	13
2.1.5 Jenis-jenis tindakan keperawatan <i>pre</i> operatif	18
2.2 Teori Kenyamanan	19
2.2.1 Definisi dan konsep umum.....	19
2.2.2 Asumsi-asumsi teori Kolcaba.....	21
2.2.3 Bentuk logis.....	23
2.2.4 Kerangka konseptual teori kenyamanan	25
2.2.5 Teori kenyamanan dalam praktik keperawatan.....	26
2.2.6 Struktur taksonomi teori kenyamanan	27
2.3 <i>Intervening Variables</i>	29
2.3.1 Umur.....	29
2.3.2 Pengalaman masa lalu	29
2.3.3 Sikap.....	30

2.3.4 Status emosional.....	31
2.3.5 Sistem pendukung	33
2.3.6 Prognosis penyakit	35
2.3.7 Pengalaman klien	36
2.4 Empat Konteks Kenyamanan	38
2.4.1 Kenyamanan fisik.....	38
2.4.2 Kenyamanan psikospiritual	39
2.4.3 Kenyamanan sosiokultural	40
2.4.4 Kenyamanan lingkungan.....	40
2.5 Keaslian Penelitian	41
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	43
3.1 Kerangka Konseptual	43
3.2 Hipotesis Penelitian.....	45
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	46
4.1 Desain Penelitian.....	46
4.2 Populasi, sampel, dan sampling	46
4.2.1 Populasi	46
4.2.2 Sampel.....	46
4.2.3 Besar sampel	47
4.2.4 Sampling.....	47
4.3 Variabel Penelitian	47
4.3.1 Variabel X	47
4.3.2 Variabel Y	48
4.4 Definisi Operasional.....	48
4.5 Intrumen Penelitian	49
4.6 Uji validitas dan reliabilitas.....	52
4.7 Lokasi dan waktu penelitian.....	54
4.8 Prosedur pengumpulan data	54
4.9 Kerangka kerja	57
4.10 Analisis data	57
4.10.1 Analisis univariat.....	57
4.10.2 Analisis bivariat.....	57
4.11 Etik penelitian	59
4.11.1 Lembar persetujuan menjadi responden.....	59
4.11.2 Tanpa nama	59
4.11.1 Kerahasiaan	59
4.12 Keterbatasan penelitian	60
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	61
5.1 Hasil Penelitian	61
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	61
5.1.2 Karakteristik Responden	62
5.2 Pembahasan	70
5.2.1 Hubungan usia dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	70
5.2.2 Hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	72

5.2.3 Hubungan kecemasan dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	75
5.2.4 Hubungan dukungan keluarga dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	78
5.2.5 Hubungan nyeri dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	81
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	84
6.1 Simpulan	84
6.2 Saran	85
Daftar Pustaka	86
Lampiran	90

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi masalah	5
Gambar 2.1 Kerangka konseptual teori kenyamanan.....	25
Gambar 2.2 Rentang respon kecemasan	32
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian	43
Gambar 4.1 Kerangka kerja	57
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia.....	62
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pengalaman pembedahan.....	63
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat kecemasan.....	64
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga.....	65
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri	65
Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan kenyamanan	66

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi pembedahan	10
Tabel 2.2 Struktur taksonomi teori kenyamanan	27
Tabel 2.3 Tingkat dan karakteristik kecemasan	32
Tabel 2.4 Keaslian Penelitian.....	41
Tabel 4.1 Definisi operasional	48
Tabel 4.2 Tabulasi jenis analisis data.....	59
Tabel 5.1 Hubungan usia dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi.....	66
Tabel 5.2 Hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi.....	67
Tabel 5.3 Hubungan kecemasan dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi.....	68
Tabel 5.4 Hubungan dukungan keluarga dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi	69
Tabel 5.5 Hubungan nyeri dengan kenyamanan pasien <i>pre</i> operasi.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Penelitian	90
Lampiran 2 Surat Penghadapan Mahasiswa Penelitian	91
Lampiran 3 Lembar Monitoring Penelitian	92
Lampiran 4 Surat Keterangan Penelitian	93
Lampiran 5 Lembar Penjelasan Penelitian.....	94
Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	95
Lampiran 7 Lembar Observasi Peneliti.....	96
Lampiran 8 Skala Pengukuran Nyeri	97
Lampiran 9 Kuesioner Penelitian.....	98

DAFTAR ARTI LAMBANG

	=	Jumlah responden
%	=	Persen
<	=	Kurang dari
	=	Kurang dari atau sama dengan
>	=	Lebih dari
	=	Lebih dari atau sama dengan
f	=	Frekuensi
	=	Signifikansi/kemaknaan
r	=	Koefisien korelasi
x^2	=	<i>Chi Square</i>

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES RI	=	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DIKLIT	=	Pendidikan dan Penelitian
GCQ	=	<i>General Comfort Questionnaire</i>
HSBs	=	<i>Health Seeking Behaviors of Patient</i>
NRS	=	<i>Numeric Rating Scale</i>
RSU	=	Rumah Sakit Umum
TTV	=	Tanda-Tanda Vital
THT	=	Telinga, Hidung, Tenggorokan
ZSAS	=	<i>Zung Self Rating Anxiety Scale</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Operasi atau pembedahan adalah penyembuhan penyakit dengan jalan memotong dan mengiris anggota tubuh yang sakit, dilaksanakan dengan anestesi dan dirawat inap (Hasanudin & Maliya 2009). Prosedur pembedahan yang mengancam jiwa menimbulkan gangguan fisiologis maupun psikologis. Hal ini mengakibatkan pasien *pre* operasi mempunyai berbagai masalah keperawatan (Amri & Saefudin 2012). Masalah keperawatan yang dapat timbul pada pasien *pre* operasi adalah gangguan kenyamanan. Pengalaman ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien *pre* operasi adalah kecemasan, hipotermia, nyeri, dan mual (Wagner & Kolcaba 2006).

Studi pendahuluan dilakukan peneliti di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 25-26 Maret 2014 terhadap lima orang pasien *pre* operasi. Saat peneliti bertanya mengenai pengalaman kenyamanan, 60% pasien menjawab dengan keluhan cemas dan gelisah, 40% pasien mengeluh tidak bisa tidur, 40% pasien melaporkan nyeri, serta 20% pasien merasa panas berada di ruang rawat inap. Berdasarkan wawancara peneliti dengan perawat ruangan pada tanggal 25 Maret 2014, 80% perawat menyatakan bahwa masalah keperawatan *pre* operasi yang sering diangkat adalah cemas. Ketika peneliti menanyakan tentang aspek kenyamanan pasien, kenyamanan masih diarahkan ke aspek psikologis yaitu kecemasan menjelang operasi. Aspek kenyamanan total belum sepenuhnya dikaji oleh perawat. Secara teori, rasa nyaman yang utuh pada pasien yang menjalani

operasi bukan saja dilihat dari aspek psikologis berupa kecemasan, namun mencakup semua dimensi yang holistik (Wilson & Kolcaba 2004).

Betty Newman dalam Alligood & Tomey (2006) mengungkapkan bahwa praktik keperawatan profesional memandang manusia (klien) secara holistik, meliputi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual (Salbiah 2006). Menurut NANDA Internasional (2012), kenyamanan adalah pola kesenangan, kelegaan, dan kesempurnaan dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial yang dapat diperkuat. Berdasarkan uraian diatas, peneliti bermaksud menekankan pada kebutuhan kenyamanan pasien *pre* operasi secara holistik. Berkaitan dengan hal tersebut, faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien yang akan menjalani pembedahan perlu dijelaskan lebih lanjut.

Jumlah tindakan pembedahan di dunia sangat besar, hasil penelitian di 56 negara pada tahun 2004 diperkirakan jumlah pembedahan sekitar 234 juta per tahun (Weiser *et al.* 2008). Setiap tahun 230 juta operasi dilakukan di seluruh dunia (Hasri 2012). Data rekam medis RSUD Haji Surabaya menyatakan bahwa pembedahan dilakukan pada 1.207 pasien selama bulan Januari-Maret tahun 2014, dengan rincian 532 pasien pada bulan Januari, 489 pasien pada bulan Februari, dan 186 pasien pada bulan Maret 2014. Pembedahan meliputi bedah umum, ortopedi, plastik, saraf, urologi, bedah gigi dan mulut, mata, obstetri ginekologi, THT, serta jantung. Data dari Ruang Marwah RSUD Haji menyebutkan bahwa rerata jumlah pasien bedah dalam satu bulan sebanyak 30 orang, dengan jenis pembedahan terbanyak adalah bedah umum, bedah ortopedi, dan bedah urologi.

Penelitian yang dilakukan oleh Rosen *et al.* (2010) mengungkapkan bahwa prosedur pembedahan menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien. Hasil

penelitian yang dilakukan di RSUD Karanganyar pada tahun 2011, lebih dari 50% pasien *pre* operasi mengalami kecemasan (Qosim 2013). Di RS Fatmawati selama tahun 2008 terdapat 36 kasus pembatalan/penundaan operasi (Kuraesin 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Hasanudin & Maliya (2009) di RSUD Moewardi Surakarta mencatat sebanyak 35 pasien operasi mengeluh kurang nyaman karena kondisi lingkungan sekitar yang ramai. Berdasarkan pengambilan data awal di Ruang Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 25-26 Maret 2014, tercatat 60% mengeluh cemas dan gelisah, 40% pasien mengeluh tidak bisa tidur, 40% pasien melaporkan nyeri, serta 20% pasien merasa panas berada di ruang rawat inap.

Gangguan kenyamanan berarti merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial. Gangguan rasa nyaman meliputi ansietas, menangis, gangguan pola tidur, takut, ketidakmampuan untuk rileks, melaporkan perasaan dingin, panas atau tidak nyaman, dan lain lain (NANDA International 2012). Pembedahan merupakan suatu stressor yang bisa menimbulkan stres fisiologis (respons neuroendokrin) dan stres psikologis (Baradero 2009). Oleh karena itu, pasien dapat mengalami rasa tidak nyaman sebelum menjalani pembedahan.

Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan mulai tahun 1900 hingga 1929, sebab dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (Alligood & Tomey 2006). Kenyamanan fisik adalah hal yang penting untuk diperhatikan. Status fungsional tubuh harus dipastikan dalam batas normal sebagai syarat untuk dilakukan operasi (Gruendemann & Fernsebner 2005). Kebutuhan kenyamanan psikospiritual mencakup kepercayaan diri dan motivasi agar pasien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan (Herlina 2012).

Dukungan sosial baik dari keluarga, teman, atau petugas kesehatan akan memberikan kontribusi dalam meningkatkan kenyamanan sosiokultural (Alligood & Tomey 2006). Kenyamanan lingkungan juga penting karena lingkungan ruang rawat inap yang nyaman dapat membangkitkan optimisme (An-Nafi' 2009). Keberhasilan suatu tindakan operasi klien ditentukan oleh keberhasilan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan *pre* operatif dapat berdampak pada tahap selanjutnya (Qosim 2013). Ketidaknyamanan dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien dan keluarganya sehingga tidak jarang pasien menolak operasi.

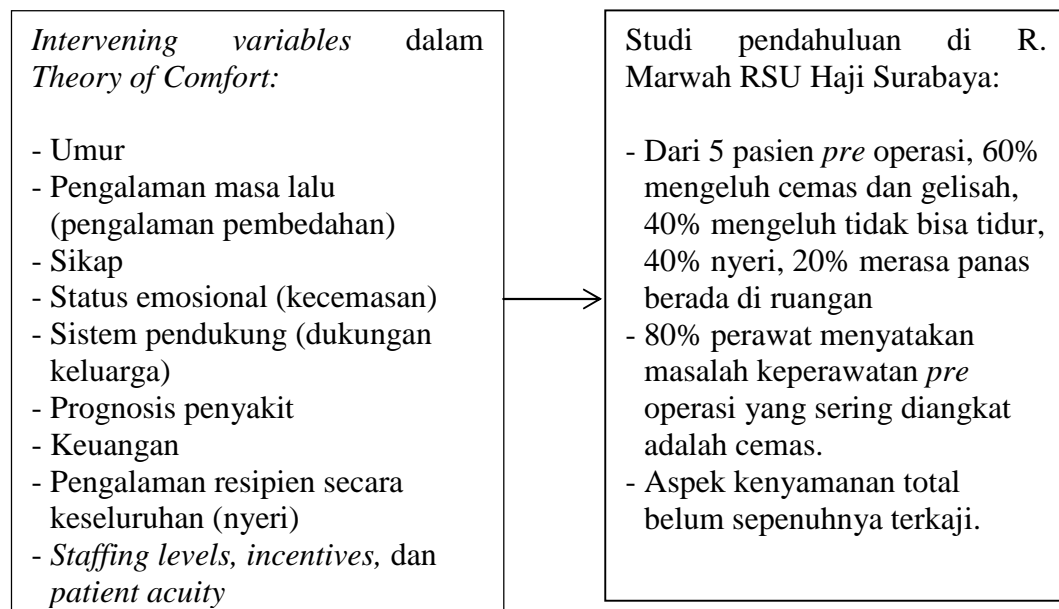
Berbagai penelitian yang telah dilakukan di ruang lingkup *pre* operatif masih membahas mengenai aspek psikologis yaitu kecemasan. Variabel yang diteliti antara lain pengetahuan dan pengalaman pasien, dukungan keluarga, serta mekanisme coping pasien terhadap tingkat kecemasan. Aspek kenyamanan holistik pada pasien *pre* operasi sejauh ini belum ada yang meneliti.

Theory of Comfort by Kolcaba merupakan salah satu *Middle Range Theory* keperawatan yang menekankan kesempurnaan praktik keperawatan melalui kenyamanan hidup. Keperawatan perioperatif merupakan salah satu area untuk mengaplikasikan teori kenyamanan (Alligood & Tomey 2006). Kolcaba menyebutkan bahwa *intervening variable* mempengaruhi kenyamanan. *Intervening variable* merupakan interaksi berbagai kekuatan yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan total. Berdasarkan konsep mayor *Theory of Comfort*, variabel ini terdiri atas pengalaman masa lalu, umur, sikap, status emosional, sistem pendukung, prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman resipien secara keseluruhan (Alligood & Tomey 2006). Di dalam

perkembangannya, Kolcaba menambahkan *staffing levels*, *incentives*, dan *patient acuity* pada *intervening variables*. Pengalaman pembedahan sebelumnya merupakan pengalaman masa lalu pasien *pre* operasi, dan pengalaman nyeri termasuk pengalaman pasien sebelum operasi. Kecemasan merupakan bagian dari status emosional (Derajat 2007), sedangkan dukungan keluarga adalah bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung anggotanya (Effendi & Makhfudli 2009).

Persiapan praoperasi, termasuk meningkatkan kenyamanan klien sangat penting untuk menurunkan morbiditas maupun mortalitas yang bisa terjadi pada pasien *pre* operasi (Hasbullah 2009). Untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien yang akan menjalani operasi, perlu mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi.

1.2 Identifikasi masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSUD Haji Surabaya.

Intervening variable adalah interaksi berbagai kekuatan yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan total, meliputi pengalaman masa lalu (pengalaman pembedahan), umur, sikap, status emosional (kecemasan), sistem pendukung (dukungan keluarga), prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman resipien secara keseluruhan (pengalaman nyeri), serta *staffing levels*, *incentives*, dan *patient acuity*. Kebutuhan kenyamanan pasien di R. Marwah dilihat dari 5 orang pasien *pre* operasi, 40% mengeluh nyeri, 60% cemas, 40% mengeluh tidak bisa tidur, dan 20% pasien merasa panas di ruangan. 80% perawat sering mengangkat masalah keperawatan kecemasan. Hal tersebut menunjukkan bahwa aspek kenyamanan total belum sepenuhnya terkaji.

1.3 Rumusan Masalah

Apa saja faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di ruang rawat inap bedah Marwah RSUD Haji Surabaya?

1.4 Tujuan penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di ruang rawat inap bedah Marwah RSUD Haji Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
2. Mengidentifikasi usia pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.

3. Mengidentifikasi pengalaman pembedahan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
4. Mengidentifikasi status emosional (tingkat kecemasan) pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
5. Mengidentifikasi sistem pendukung (dukungan keluarga) pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
6. Mengidentifikasi pengalaman nyeri pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
7. Menganalisis hubungan usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
8. Menganalisis hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
9. Menganalisis hubungan status emosional (tingkat kecemasan) dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
10. Menganalisis hubungan sistem pendukung (dukungan keluarga) dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
11. Menganalisis hubungan pengalaman nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi tentang faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi melalui pendekatan *theory of comfort by Kolcaba*, sehingga penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan

pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam bidang ilmu keperawatan medikal bedah.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh perawat ruangan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya meningkatkan kenyamanan pasien *pre* operasi.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut dengan topik permasalahan yang sama.
3. Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi instansi yaitu sebagai acuan dalam memberikan intervensi bagi pasien yang akan menjalani operasi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Operasi

2.1.1 Pengertian Operasi

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer & Bare 2005). Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamjuhidadjat & Jong 2005). Menurut Lois (1996) dalam Hasanudin & Maliya (2009), pembedahan adalah penyembuhan penyakit dengan jalan memotong dan mengiris anggota tubuh yang sakit. Biasanya dilaksanakan dengan anestesi, dirawat inap dan jenis operasi yang dilaksanakan lebih serius daripada operasi kecil. Operasi atau pembedahan merupakan pengalaman traumatik yang mengancam setiap orang yang akan menjalani pembedahan (Mau 2013).

Operasi atau tindakan pembedahan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan. Menurut Long yang dikutip oleh Kuraesin (2009), ada tiga faktor penting yang terkait dalam pembedahan, yaitu penyakit pasien, jenis pembedahan yang dilakukan dan pasien sendiri. Faktor pasien merupakan hal yang paling penting, karena bagi penyakit tersebut tindakan pembedahan adalah hal yang baik/benar, tetapi bagi pasien sendiri pembedahan mungkin merupakan hal yang paling mengerikan yang pernah mereka alami. Mengingat hal tersebut diatas, maka sangatlah penting untuk melibatkan pasien dalam setiap langkah-langkah perioperatif (Kuraesin 2009).

2.1.2 Klasifikasi Pembedahan

Jenis prosedur pembedahan diklasifikasikan berdasarkan pada tingkat keseriusan, kegawatan, dan tujuan pembedahan. Misalnya pembedahan untuk mengangkat jaringan parut yang bentuknya tak beraturan termasuk pembedahan dengan tingkat keseriusan yang rendah, elektif secara kegawatan, dan bertujuan untuk rekonstruksi. Pada pelaksanaannya, klasifikasi pembedahan ini sering tumpang tindih. Prosedur yang gawat juga dianggap memiliki tingkat keseriusan mayor. Lamanya tindakan bedah yang dilakukan pada pasien berbeda-beda dengan tujuan yang berbeda pula. Misalnya, gastrektomi dilakukan sebagai prosedur kedaruratan untuk mereseksi perdarahan ulkus atau dilakukan sebagai prosedur kegawatan jika untuk mengangkat jaringan yang terkena kanker. Klasifikasi dapat memberikan indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang diperlukan pasien (Muttaqin & Sari 2009).

Tabel 2.1 Klasifikasi pembedahan (Potter & Perry 2006)

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak risiko yang tinggi pada kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru.
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan risiko yang lebih kecil daripada bedah mayor	Ekstraksi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastik
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik wajah
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah	Eksisi tumor ganas,

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
		timbulnya masalah tambahan pada pasien.	pengangkatan batu kandung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ.	Perforasi apendiks, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.	Biopsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkannya.	Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik.
	Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi atau trauma.	Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Cangkok ginjal, <i>total hip replacement</i> .
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

Operasi mayor membutuhkan waktu pemulihan yang panjang dan melibatkan perawatan intensif dalam beberapa hari di rumah sakit. Pembedahan ini memiliki risiko komplikasi lebih tinggi setelah pembedahan. Setidaknya pasien menjalani perawatan satu malam di rumah sakit setelah operasi (Virginia 2009). Ada berbagai definisi dari operasi mayor yang membedakan dengan operasi

minor. Sebagai aturan umum, yang utama adalah operasi besar dimana pasien harus diletakkan di bawah anestesi umum dan diberikan pernafasan karena dia tidak dapat bernafas secara mandiri. Operasi besar biasanya membawa beberapa derajat risiko bagi pasien hidup, atau potensi cacat parah jika terjadi suatu kesalahan selama operasi. Beberapa gambaran lainnya dapat digunakan untuk membedakan besar kecilnya dari operasi. Misalnya, dalam sebuah prosedur operasi mayor dapat terjadi perubahan signifikan ke anatomi yang terlibat. Seperti dalam situasi dimana organ akan dihilangkan, atau sendi yang dibangun dengan komponen buatan. Setiap penetrasi organ tubuh dianggap operasi besar, seperti pembedahan ekstensif pada tulang kaki. Beberapa contoh utama operasi meliputi penggantian lutut, operasi kardiovaskular, dan transplantasi organ. Prosedur ini pasti membawa risiko bagi pasien seperti infeksi, perdarahan, atau komplikasi dari yang anestesi (Smith 2009).

2.1.3 *Pre* operatif

Pre operatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer & Bare 2005). Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis. Menurut Long (2001), pasien preoperasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain takut terjadi perubahan fisik, takut menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan, takut mati saat dibius, dan takut operasi gagal. Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis

tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan frekuensi nadi, gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, sulit tidur, dan sering berkemih. Persiapan yang baik selama periode operasi membantu menurunkan risiko operasi dan meningkatkan pemulihan paska bedah.

Tindakan keperawatan *pre* operatif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien. Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan, sehingga diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompeten untuk menghasilkan *outcome* yang optimal, yaitu kesembuhan pasien secara paripurna (Rothrock 2000).

2.1.4 Persiapan klien di unit perawatan

Berikut merupakan persiapan yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi menurut Brunner & Suddarth (2002).

1. Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain.

2. Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, dan kadar protein darah (albumin dan

globulin). Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi paska operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi paska operasi, terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu, demam, dan penyembuhan luka yang lama.

3. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan diantaranya adalah kadar natrium serum (normal: 135-145 mmol/l), kadar kalium serum (normal: 3,5-5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70-1,50 mg/dl). Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal, dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal.

4. Persiapan diet

Pengosongan lambung oleh klien dewasa bisa dilakukan selama 6-8 jam sebelum operasi dimulai, sedangkan pada anak-anak dilakukan selama 4-6 jam sebelum operasi. Pasien dengan pembedahan abdomen harus dipuasakan terlebih dahulu. Hal tersebut menyebabkan ketidaknyamanan, mulut kering, dan terasa lapar (Taniguchi *et al.* 2012). Waktu puasa yang lama

menimbulkan selain menimbulkan dampak pada aspek fisik juga berpengaruh pada aspek psikologi seperti ketidaknyamanan, iritabilitas, cemas, sakit kepala, dehidrasi, mual, hipovolemia, dan hipoglikemia (Gul *et al.* 2013). Pengkajian yang perlu dilakukan untuk mengetahui ketidaknyamanan pasien sebelum dioperasi diantaranya yaitu bertanya mengenai rasa haus, rasa lapar, dan perasaan cemas (Oyama 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Hausel *et al.* (2001) menyebutkan bahwa mengkonsumsi minuman yang menandung banyak karbohidrat akan menurunkan ketidaknyamanan akibat puasa menjelang operasi.

5. Obat-obatan *pre* medikasi

Sebelum operasi dilakukan pada esok harinya. Pasien akan diberikan obat-obatan *pre* medikasi untuk memberikan kesempatan pasien mendapatkan waktu istirahat yang cukup. Obat-obatan *pre* medikasi yang diberikan biasanya adalah valium atau diazepam. Antibiotik profilaksis biasanya diberikan sebelum pasien dioperasi. Antibiotik profilaksis yang diberikan dengan tujuan mencegah infeksi selama tindakan operasi, antibiotika profilaksis biasanya diberikan 1-2 jam sebelum operasi dimulai dan dilanjutkan paska bedah 2-3 kali (Sjamsuhidayat & Jong 2005).

6. Persiapan pendidikan kesehatan pra operasi

Perawat mengidentifikasi pengetahuan, harapan, dan persepsi klien, untuk merencanakan penyuluhan dan tindakan guna mempersiapkan emosional klien. Setiap klien merasa takut untuk datang ke tempat operasi, beberapa diantaranya disebabkan karena pengalaman di rumah sakit sebelumnya atau karena kurang pengetahuan. Apabila klien mempunyai persiapan yang baik

dan mengetahui apa yang diharapkan maka perawat memperkuat pengetahuan klien dan mempertahankan kekuatan serta konsistensinya (Potter & Perry 2006).

7. Persiapan kulit

Persiapan kulit dilakukan dengan membebaskan daerah yang akan dibedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit menggunakan sabun heksaklorofin atau sejenisnya sesuai jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus dicukur.

8. Latihan nafas dalam

Latihan nafas dalam bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien mampu beradaptasi dengan nyeri. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Latihan nafas dalam secara efektif dan benar membuat pasien dapat segera mempraktikkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

9. Latihan batuk efektif

Latihan batuk efektif juga diperlukan klien terutama yang operasi dengan anastesi general. Pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranastesi, sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan karena banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut.

10. Latihan Gerak Sendi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setelah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena justru jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang peristaltik usus sehingga pasien akan lebih cepat flatus. Keuntungan lain adalah menghindari penumpukan lendir pada saluran pernafasan dan terhindar dari kontraktur sendi dan terjadinya dekubitus, serta memperlancar sirkulasi untuk mencegah stasis vena dan menunjang fungsi pernafasan optimal.

11. Persiapan psikososial

Pasien yang akan menghadapi pembedahan akan mengalami berbagai macam prosedur tindakan tertentu dimana akan menimbulkan kecemasan. Segala bentuk prosedur pembedahan selalu didahului dengan reaksi emosional tertentu oleh pasien, apakah reaksi tersebut jelas atau tersembunyi, normal atau abnormal. Sebagai contoh, kecemasan praoperatif merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupan itu sendiri. Sudah diketahui bahwa pikiran yang bermasalah akan mempengaruhi fungsi tubuh. Karenanya, penting artinya untuk mengidentifikasi kecemasan pasien (Muttaqin & Sari 2009). Menurut Potter

& Perry (2006), reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada ketidaknyamanan serta perubahan fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial, atau hasil akhir pembedahan yang diharapkan. Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan praoperatif adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien.

2.1.5 Jenis-jenis tindakan keperawatan *pre* operatif

Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan. Peran perawat dalam perawatan klien adalah pemberi pelayanan, pendidik, konselor, manager, peneliti, dan kolaborator (Qosim 2013).

Adapun tindakan keperawatan *pre* operatif yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain (Qosim 2013).

1. Membina hubungan terapeutik, memberi kesempatan pada klien untuk menyatakan rasa takut dan perhatiannya terhadap rencana operasi
2. Melakukan sentuhan untuk menunjukkan adanya empati dan perhatian
3. Menjawab atau menerangkan tentang berbagai prosedur operasi
4. Meningkatkan pemenuhan nutrisi dan hidrasi
5. Mengajarkan latihan-latihan
6. Menerangkan alat-alat yang akan digunakan oleh klien selama operasi.

Sehari sebelum operasi :

1. Memberikan dukungan emosional, menjawab pertanyaan dan memberikan dukungan spiritual bila diperlukan

2. Melakukan pembatasan diet *pre* operasi
3. Menyiapkan kebutuhan eliminasi selama dan setelah pembedahan
4. Mencukur dan menyiapkan daerah operasi

Hari pembedahan :

1. Mengecek bahwa bahan dan obat-obatan telah lengkap
2. Mengecek TTV
3. Mengecek *informed consent*
4. Melanjutkan persiapan nutrisi dan hidrasi
5. Melepaskan protese dan kosmetik
6. Mengosongkan kandung kemih
7. Mempersiapkan catatan yang diperlukan selama pra operasi
5. Memberikan obat-obatan yang perlu diberikan

2.2 Teori kenyamanan

2.2.1 Definisi dan konsep umum

Pengertian dan konsep mengenai teori kenyamanan disampaikan oleh Kolcaba (2003):

1. Kebutuhan Perawatan Kesehatan

Kebutuhan perawatan kesehatan didefinisikan sebagai kebutuhan untuk memperoleh kenyamanan, bangkit dari situasi stres. Kebutuhan disini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan yang diperoleh melalui monitoring, laporan verbal dan non verbal, kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologi, kebutuhan pendidikan dan

dukungan, serta kebutuhan konseling finansial dan intervensi (Alligood & Tomey 2006).

2. Pengukuran Kenyamanan

Pengukuran kenyamanan didefinisikan sebagai intervensi keperawatan untuk mengetahui kebutuhan kenyamanan resipien secara spesifik meliputi fisiologi, sosial, finansial, psikologi, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik (Alligood & Tomey 2006).

3. Variabel-variabel Intervensi

Variabel intervensi didefinisikan sebagai interaksi kekuatan-kekuatan yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan total. Variabel ini terdiri atas pengalaman masa lalu, umur, sikap, status emosional, sistem pendukung, prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman resipien secara keseluruhan (Alligood & Tomey 2006).

4. Kenyamanan

Kenyamanan didefinisikan sebagai kondisi yang dialami oleh resipien berdasarkan pengukuran kenyamanan. Ada tiga tipe kenyamanan (dorongan, ketenteraman dan *transcendence*) serta empat konteks pengalaman (fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan). Berikut merupakan definisi tipe-tipe kenyamanan (Alligood & Tomey 2006):

- 1) Dorongan (*relief*): kondisi resipien yang membutuhkan penanganan yang spesifik dan segera.
- 2) Ketenteraman (*ease*): kondisi yang tenteram atau kepuasan hati.
- 3) *Transcendence*: kondisi dimana individu mampu mengatasi masalahnya (nyeri).

Kolcaba (2003) menerangkan di dalam *Comfort Theory* terdapat empat konteks kenyamanan:

- 1) Fisik: berkaitan dengan sensasi jasmani.
- 2) Psikospiritual: berkaitan dengan kesadaran diri, internal diri, termasuk penghargaan, konsep diri, seksual dan makna hidup; berhubungan dengan perintah yang terbesar atau kepercayaan.
- 3) Lingkungan: berkaitan dengan keadaan sekitarnya, kondisi-kondisi, dan pengaruhnya.
- 4) Sosial: berkaitan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
5. Perilaku Pencari Kesehatan (*Health-seeking Behaviors/HSBs*)

Suatu keadaan yang menggambarkan secara luas hasil yang dihubungkan dengan pencari kesehatan serta ditetapkan oleh resipien pada saat konsultasi dengan perawat. Perilaku pencari kesehatan dapat internal, eksternal, atau meninggal dengan penuh kedamaian.

6. Institusi Yang Terintegrasi

Kolcaba (2003) dalam Alligood & Tomey (2006) menjelaskan yang dimaksud dengan integritas institusi adalah kelompok, komunitas, sekolah, rumah sakit, tempat ibadah, panti asuhan, yang memiliki kualitas atau tempat yang lengkap, jumlah, suara, jujur, kasih, tulus, dan sungguh-sungguh. Hubungan antara kenyamanan dan integritas institusi adalah berulang.

2.2.2 Asumsi-asumsi Teori Kolcaba

Kolcaba (2003) dalam Alligood & Tomey (2006) menjelaskan tentang konsep metaparadigma:

1. Keperawatan

Keperawatan adalah pengkajian yang sengaja dilakukan untuk pemenuhan kenyamanan, merancang pengukuran kenyamanan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan mengkaji ulang tingkat kenyamanan pasien setelah implementasi serta membandingkannya dengan target sebelumnya. Pengkajian awal dan pengkajian ulang dapat bersifat subjektif atau intuitif atau kedua-duanya. Pengkajian dapat dicapai melalui administrasi analog visual atau daftar pertanyaan, atau kedua-duanya.

2. Pasien

Pasien adalah penerima perawatan, dapat perorangan, keluarga, lembaga, atau komunitas yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

3. Lingkungan

Lingkungan adalah semua aspek luar (fisik, politis, kelembagaan, dan lain-lain) dari pasien, keluarga, lembaga yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau seseorang yang dicintai untuk meningkatkan kenyamanan.

4. Kesehatan

Kesehatan adalah fungsi optimum yang diperlihatkan oleh pasien baik individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Kolcaba (2003) dalam Alligood & Tomey (2006) mengemukakan beberapa asumsi tentang kenyamanan:

1. Manusia mempunyai respon yang holistik terhadap stimulus yang kompleks.

2. Kenyamanan adalah suatu hasil holistik yang diharapkan yang berhubungan dengan disiplin keperawatan.
3. Manusia berusaha untuk memenuhi kebutuhan kenyamanannya secara aktif.
4. Kenyamanan adalah lebih dari tidak adanya nyeri, cemas, dan ketidaknyamanan fisik lainnya.

2.2.3 Bentuk Logis

Kolcaba menyatakan teori kenyamanan meliputi tiga tipe alasan logis:

1. *Induction*

Induksi terjadi setelah terjadi proses generalisasi dari pengamatan terhadap objek yang spesifik. Ketika perawat mendalami tentang praktek keperawatan dan keperawatan sebagai disiplin, perawat menjadi familiar dengan konsep implisit atau eksplisit, term, proposisi, dan asumsi yang mendukung praktik keperawatan. Pada akhir 1980, Kolcaba menjabat sebagai kepala unit Alzheimer. Pada saat itu beliau menemukan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan praktek pada perawatan demensia seperti: lingkungan yang mendukung, ketidakmampuan yang berlebih (*excess disability*), dan fungsi optimal. Ketika beliau mencoba menggambarkan hubungan antara ketiga istilah tersebut, beliau menyadari bahwa ketiganya tidak dapat menggambarkan praktik secara menyeluruh. Menurut beliau, ada bagian yang kurang lengkap dalam keperawatan, yaitu bagaimana perawat mencegah disabilitas dan penilaian apakah intervensi yang diberikan berhasil. Fungsi optimal diartikan sebagai kemampuan untuk melakukan aktivitas, misalnya menata meja, menyiapkan makanan dan lain-lain. Akan tetapi, istilah ketidakmampuan berlebih tidak mampu mendefinisikan clarity secara

menyeluruh. Oleh karena itu, Kolcaba (1) menggolongkan *excess disability* menjadi disabilitas fisik dan mental, (2) mengenalkan konsep *comfort* (3) menjelaskan hubungan *non-recursive* antara *comfort* dan fungsi optimal. Proses ini menandai langkah awal dari teori *comfort* Kolcaba dan pemikiran tentang kompleksitas terhadap teori tersebut (Kolcaba 2003).

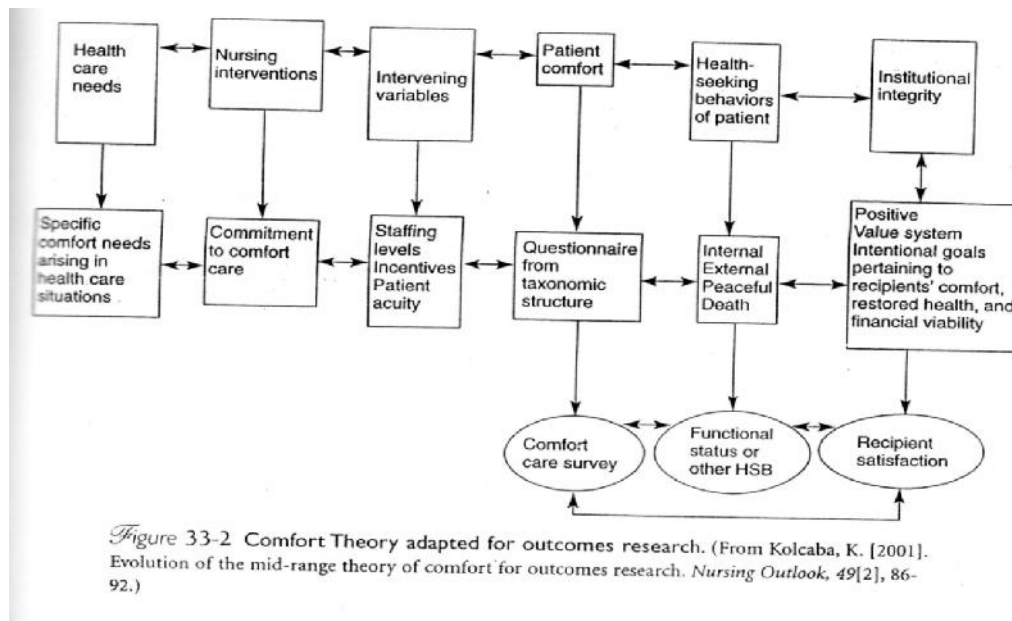
2. *Deduction*

Deduksi merupakan proses penyimpulan prinsip atau premis yang bersifat general menjadi kesimpulan yang lebih spesifik. Tahapan deduktif dari perkembangan teori menghasilkan hubungan *comfort* dengan konsep lain untuk menghasilkan sebuah teori. Pendapat dari ketiga *theorist* disertakan dalam teori *comfort*, oleh karena itu Kolcaba mencari bentuk dasar yang dibutuhkan untuk menyatukan ketiga konsep dasar: *relief*, *ease*, dan *transcendence*. Sesuatu hal yang diinginkan adalah suatu kerangka konsep general yang mampu menjelaskan *comfort* menjadi istilah yang lebih mudah dipahami dan mengurangi tingkat abstraksinya (Alligood & Tomey 2006). Teori dari seorang psikolog bernama Henry Murray, dianggap sesuai untuk mendukung teori *comfort* Kolcaba. Teori Murray menjelaskan tentang *human needs*, yang diaplikasikan pada pasien yang mendapatkan banyak stimulus dalam kondisi pemberian pelayanan kesehatan yang penuh dengan *stressor*. Teori Murray menginspirasi pendapat Kolcaba bahwa meskipun *comfort* diaplikasikan secara spesifik, akan tetapi ketika *comfort* diberikan kepada pasien secara terus-menerus maka kenyamanan pasien secara keseluruhan dapat ditingkatkan (Alligood & Tomey 2006).

3. *Retroduction*

Retroduksi digunakan untuk menyeleksi fenomena yang sesuai untuk dikembangkan dan kemudian diuji kembali. Tipe ini diaplikasikan dalam area yang hanya memiliki beberapa teori. Kolcaba menambahkan konsep integritas institusional dalam *middle range theory of comfort*.

2.2.4 Kerangka Konseptual Teori Kenyamanan



Gambar 2.1 Kerangka konseptual teori kenyamanan (Alligood & Tomey 2006)

Perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan klien dan anggota keluarga. Perawat menyusun rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan. *Intervening variable* diperhitungkan dalam merancang intervensi dan menentukan keberhasilan intervensi. *Intervening variable* merupakan interaksi berbagai kekuatan yang mempengaruhi persepsi klien tentang kenyamanan total. Berdasarkan konsep mayor *Theory of Comfort*, variabel ini terdiri atas pengalaman masa lalu, umur, sikap, status emosional, sistem pendukung, prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman resipien secara

keseluruhan (Alligood & Tomey 2006). Di dalam perkembangannya, Kolcaba menambahkan *staffing levels*, *incentives*, dan *patient acuity* pada *intervening variables*. Intervensi yang efektif hasilnya akan langsung terlihat sebagai peningkatan rasa nyaman. Kenyamanan pasien akan menentukan perilaku pasien dalam mencari kesehatan (*health seeking behaviors of patient/HSBs*). Bila pasien telah memiliki HSBs yang kuat sebagai hasil dari *comfort care*, perawat dan pasien akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan. Bila perawat dan klien puas terhadap institusi pelayanan, masyarakat akan mengetahui kontribusi institusi tersebut terhadap program kesehatan pemerintah. Institusi menjadi lebih terpadang dan berkembang (Herlina 2012).

2.2.5 Teori kenyamanan dalam praktik keperawatan

Teori Kenyamanan Kolcaba digunakan dalam praktik keperawatan sebagai kerangka berpikir untuk suatu penelitian di berbagai area, seperti kehamilan dan persalinan, kateterisasi jantung, keperawatan kritis, *hospice*, terapi radiasi, keperawatan ortopedi, dan keperawatan perioperatif (Alligood & Tomey 2006).

Menurut Kolcaba, untuk memberikan kenyamanan pasien setidaknya memerlukan tiga jenis intervensi kenyamanan:

1. Teknik mengukur kenyamanan (*technical comfort measures*) adalah intervensi yang didesain untuk mempertahankan homeostasis dan manajemen nyeri, seperti monitor tanda-tanda vital dan hasil kimia darah. Termasuk juga dalam pemberian obat anti nyeri. Pengukuran kenyamanan didesain untuk (1) membantu pasien mempertahankan atau memulihkan fungsi fisik dan kenyamanan, dan (2) mencegah terjadinya komplikasi.

2. Pembinaan (*coaching*), termasuk intervensi yang didesain untuk membebaskan rasa nyeri dan menyediakan penenteraman hati dan informasi, membangkitkan harapan, mendengar, dan membantu perencanaan yang realistis untuk pemulihan, integrasi, atau meninggal sesuai budayanya.
3. ”*Comfort Food*” untuk jiwa, meliputi intervensi yang tidak dibutuhkan pasien saat ini tetapi sangat berguna bagi pasien. Intervensi kenyamanan ini membuat pasien merasa lebih kuat dalam kondisi yang sulit diukur secara personal. Target intervensi ini adalah *transcendence* meliputi hubungan yang mengesankan antara perawat dan pasien, atau keluarga. Sugesti kenyamanan ini dapat diberikan dalam bentuk pijatan, lingkungan yang adaptif yang menciptakan kedamaian dan ketenangan, *guided imagery*, terapi musik, mengenang masa lalu, dan sentuhan terapeutik (Wilson & Kolcaba 2004).

2.2.6 Struktur Taksonomi Teori Kenyamanan

Kolcaba mengatakan pentingnya pengukuran kenyamanan sebagai hasil tindakan dari perawat. Perawat dapat mengumpulkan tanda-tanda atau fakta untuk membuat sebuah keputusan serta untuk menunjukkan efektifitas dari perawatan kenyamanan. Kolcaba menyarankan penggunaan Struktur Taksonomi dalam melakukan pengkajian untuk pengukuran kenyamanan pada pasien. Berdasarkan Struktur Taksonomi, Kolcaba (2003) mengembangkan suatu instrumen untuk mengukur kenyamanan pasien yaitu *General Comfort Questionnaire*. Kuesioner tersebut menggambarkan item-item positif dan negatif dalam beberapa kolom-kolom (Alligood & Tomey 2006).

Tabel 2.2 Struktur Taksonomi dari Teori Kenyamanan (Alligood & Tomey 2006)

		<i>Type of Comfort</i>		
		<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
Context in Which Comfort Occurs	<i>Physical</i>			
	<i>Psychospiritual</i>			
	<i>Environmental</i>			
	<i>Social</i>			

Pada tabel diatas menjelaskan tentang struktur taksonomi dari teori kenyamanan Kolcaba, yang terdiri dari tiga tipe kenyamanan, yaitu *relief*, *ease*, dan *transcendence*; dan meliputi empat konteks kenyamanan, antara lain fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Adapun cara menggunakan tabel ini adalah:

1. Pada kolom *relief* dituliskan pernyataan tentang kondisi pasien yang membutuhkan tindakan perawatan spesifik dan segera terkait dengan kenyamanan pasien, meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).
2. Pada kolom *ease* dituliskan pernyataan yang menjelaskan tentang bagaimana kondisi ketentraman dan kepuasan hati pasien yang berkaitan dengan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).
3. Pada kolom *transcendence* dituliskan pernyataan tentang bagaimana kondisi pasien dalam mengatasi masalah yang terkait dengan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial).

Perawat dapat menggunakan instrumen yang telah diuji secara empiris untuk pengkajian kenyamanan, seperti *Radiation Therapy Comfort Questionnaire*, *Visual Analog Scales*, *Urinary Incontinence and Frequency Comfort Questionnaire*, *Hospice Comfort Questionnaire*, *Comfort Behaviors Checklist*.

2.3 Intervening Variables

Menurut Katherine Kolcaba dalam *Theory of Comfort*, *intervening variables* terdiri dari:

2.3.1 Umur

Umur akan mempengaruhi karakteristik fisik normal. Kemampuan untuk berpartisipasi dalam pemeriksaan fisik praoperatif juga dipengaruhi oleh usia. Faktor usia baik anak-anak, dewasa, maupun lansia dapat meningkatkan risiko pembedahan. Seiring meningkatnya usia, kapasitas fisik pasien untuk beradaptasi dengan stres pembedahan menjadi terhambat karena mundurnya beberapa fungsi tubuh tertentu. Usia lansia dianggap memiliki risiko pembedahan yang lebih buruk dibandingkan pasien yang lebih muda (Muttaqin & Sari 2009).

2.3.2 Pengalaman masa lalu

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respon fisik pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya, tingkat rasa ketidaknyamanan, besarnya ketidakmampuan yang ditimbulkan, dan seluruh tingkat perawatan yang diberikan adalah faktor-faktor yang mungkin akan diingat kembali oleh pasien. Perawat mengkaji semua komplikasi yang pernah dialami pasien. Informasi ini akan membantu perawat dalam mengantisipasi kebutuhan pasien selama pra dan pasca operatif. Pembedahan sebelumnya juga dapat

memengaruhi tingkat perawatan fisik yang dibutuhkan selama prosedur pembedahan. Misalnya pasien yang pernah menjalani torakotomi untuk reseksi lobus paru mempunyai risiko komplikasi paru-paru yang lebih besar daripada pasien dengan paru-paru yang masih utuh (Muttaqin & Sari 2009).

2.3.3 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap itu merupakan kegiatan atau kesediaan untuk bertindak (Notoatmodjo 2010). Sikap terdiri dari beberapa tingkatan (Notoatmodjo 2010):

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang seseorang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap seseorang yang menerima bahwa dirinya akan dilakukan tindakan operasi.
2. Merespon (*responding*), diartikan bahwa seseorang menanggapi dengan memberikan jawaban terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.
3. Menghargai (*valuing*), diartikan bahwa seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), diartikan bahwa seseorang bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakini atau bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilih dengan segala risikonya. Misalnya seseorang mau dan yakin untuk dilakukan tindakan operasi.

Sikap adalah suatu penentu paling penting dalam tingkah laku manusia karena pembentukan sikap tidak terjadi dengan sendirinya, tetapi pembentukannya berlangsung dalam interaksi manusia dan berkenaan dengan alternatif yaitu

senang atau tidak senang, menjauhi atau tidak menjauhi, dan mendukung atau tidak mendukung (Azwar 2003).

2.3.4 Status emosional

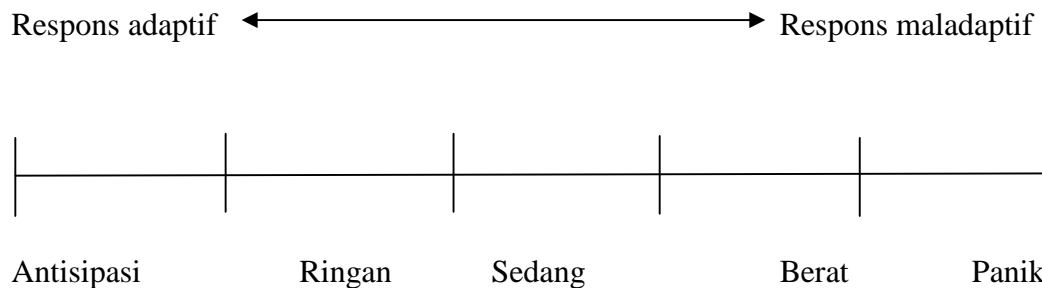
Pembedahan menimbulkan stres psikologis yang tinggi. Klien merasakan tentang pembedahan dan implikasinya. Klien sering merasa bahwa mereka kurang dapat mengontrol situasi mereka sendiri (Rothrock 2000). Emosi merujuk pada suatu perasaan dan pikiran yang khas, suatu keadaan biologis dan psikologis dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak (Mangkunegara 2005).

Menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam Fitri (2005), kecemasan adalah respon emosi tanpa obyek yang spesifik dialami, di komunikasi secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan di hubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Fitri 2005). Kecemasan dapat pula didefinisikan sebagai suatu manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi ketika seseorang sedang mengalami tekanan perasaan dan pertentangan batin (konflik). Rasa cemas timbul akibat melihat dan mengetahui adanya bahaya yang mengancam dirinya (Derajat 2007).

Cemas berbeda dengan rasa takut, dimana cemas disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas termasuk di dalamnya pasien yang akan menjalani operasi karena mereka tidak tahu konsekuensi pembedahan dan takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri. Ketakutan memiliki obyek yang jelas dimana seseorang dapat mengidentifikasi dan menggambarkan obyek ketakutan. Ketakutan melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam, sedangkan kecemasan merupakan penilaian emosional terhadap penilaian itu. Ketakutan

diakibatkan oleh paparan fisik maupun psikologis terhadap situasi yang mengancam. Ketakutan dapat menyebabkan kecemasan (Muttaqin & Sari 2009). Penelitian oleh Zener (2011), jenis kelamin pasien tidak berhubungan dengan kekhawatiran menjelang operasi. Laki-laki maupun perempuan tidak takut dilakukan operasi asalkan mereka percaya kepada tenaga medis yang menanganinya.

Rentang respons ansietas berfluktuasi antara respons adaptif dan maladaptif seperti terlihat pada gambar berikut ini :



Gambar 2.2 Rentang respons kecemasan (Stuart 2007)

Berikut adalah tingkat dan karakteristik kecemasan yang dijelaskan oleh Asmadi (2008):

Tabel 2.3 Tingkat dan Karakteristik Kecemasan (Asmadi 2008)

Tingkat Cemas	Karakteristik
Cemas ringan	<ul style="list-style-type: none"> - Berhubungan dengan tingkat ketegangan dalam peristiwa sehari-hari - Kewaspadaan meningkat - Persepsi terhadap lingkungan meningkat - Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreatifitas - Respons fisiologis: sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar - Respons perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi

Tingkat Cemas	Karakteristik
Cemas sedang	<ul style="list-style-type: none"> - Respons fisiologis: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala dan sering berkemih - Respons kognitif: memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima - Respons perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, banyak bicara lebih cepat, susah tidur, perasaan tidak aman
Cemas berat	<ul style="list-style-type: none"> - Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain - Respons fisiologis: nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, serta tampak tegang - Respons kognitif: tidak mampu berfikir berat lagi, dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan, serta lapang pandang menyempit - Respons perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi terganggu
Panik	<ul style="list-style-type: none"> - Respons fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipertensi, serta rendahnya koordinasi motorik - Respons kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi - Respons perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk, dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol, perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain

2.3.5 Sistem pendukung

Dukungan sosial (*social support*) merupakan sistem pendukung yang didefinisikan oleh Gottlieb (1983) sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya (Kuncoro 2002).

Menurut Duval dan Logan (1986) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Effendi & Makhfudli 2009). Anggota keluarga saling berinteraksi, intereaksi, dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama. Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Keluarga mempunyai fungsi sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya. Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menghadapi masalah seperti sakit (Effendi & Makhfudli 2009). Jadi, keluarga memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan keluarga semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang.

Menurut Friedman (2010) dalam Suwardiman (2011) dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian.

1. Dukungan emosional

Menurut Friedman (1998) dalam Suwardiman, (2011) aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang memberikan rasa aman, cinta

kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik.

2. Dukungan informasi

Menurut Friedman (1998) dalam Suwardiman (2011) keluarga sebagai pengumpul dan penyebar informasi. Menjelaskan saran dan sugesti, informasi dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaatnya adalah dapat menekan munculnya stressor karena informasi yang di dapat menyumbangkan sugesti pada individu. Aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

3. Dukungan instrumental

Menurut Friedman (1998) dalam Suwardiman (2011) keluarga adalah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Keluarga memberikan dukungan atau bantuan dalam bentuk bantuan tenaga, dana dan waktu. Sebagai dukungan instrumental fungsi keluarga yaitu ekonomi dan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit.

4. Dukungan penilaian

Menurut Friedman (1998) dalam Suwardiman (2011) keluarga memberikan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah serta sebagai pemberi *support*, penghargaan, dan perhatian.

2.3.6 Prognosis penyakit

Prognosis merupakan prediksi dari kemungkinan perjalanan penyakit, lama (durasi), dan hasil akhir dari penyakit berdasarkan pengetahuan tentang patogenesis dan keberadaan faktor risiko dari suatu penyakit. Prognosis ditegakkan setelah diagnosis dibuat dan sebelum rencana perawatan ditegakkan.

Prognosis berdasarkan pada informasi yang spesifik tentang penyakit dan cara penyakit tersebut dapat dilakukan perawatan, tetapi hal ini dapat dipengaruhi oleh pengalaman dokter sebelumnya terhadap hasil perawatan (sukses atau gagal) yang berhubungan dengan kasus tersebut (Fanny 2010). *Pre* operasi merupakan sebuah fase dan bukan merupakan suatu penyakit, sehingga disini prognosis tidak dihubungkan dengan kenyamanan pasien.

2.3.7 Pengalaman klien

Pengalaman yang menjadi penyebab utama penurunan kenyamanan adalah nyeri (Kolcaba 2003). Misalnya pada pasien dengan batu saluran kemih merasakan nyeri yang sangat hebat sehingga harus dilakukan operasi. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri 2007). Nyeri adalah perasaan tidak nyaman dan sangat individual yang tidak dapat dirasakan atau dibagi dengan orang lain. Setiap individu akan merasakan reaksi dan persepsi yang berbeda (Potter & Perry 2006). Menurut *International Association for Study of Pain* dalam Tamsuri (2007), nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer. Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat

dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatik dalam (*deep somatic*), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

Nosireseptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen:

1. Reseptor A delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.

2. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan tranmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi.

Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, atau otot. Nyeri yang timbul merupakan nyeri tumpul dan sulit dilokalisasi karena struktur reseptornya komplek. Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, yang meliputi organ viseral seperti jantung, hati, usus, dan ginjal. Nyeri pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi (Tamsuri 2007).

Berbagai teori berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini teori gerbang kendali nyeri dianggap menjadi teori yang paling relevan (Tamsuri 2007). Teori *gate control* mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme

pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry 2006).

2.4 Empat Konteks Kenyamanan

2.4.1 Kenyamanan Fisik

Kenyamanan yang berhubungan dengan proses penyakit. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kenyamanan fisik antara lain terpenuhinya

kebutuhan-kebutuhan yang bersifat fisiologis serta penanganan berkaitan dengan masalah medis penyebab ketidaknyamanan. Sesuai dengan pendapat Kolcaba (2003) dalam Alligood & Tomey (2006) bahwa kenyamanan fisik meliputi semua fungsi fisiologis dan masalah medis, dimana membutuhkan penanganan segera. Kebutuhan kenyamanan fisik adalah mekanisme homeostatis seperti keseimbangan cairan elektrolit, kimia darah normal, saturasi oksigen yang adekuat, dan indikator metabolik kesehatan lain. Dapat disimpulkan bahwa definisi kenyamanan fisik berhubungan dengan sensasi tubuh. Hal ini memerlukan keseimbangan homeostatis dan fungsi imunologi yang berhubungan dengan ketidakseimbangan yang mungkin dirasakan klien.

Penyebab utama penurunan kenyamanan adalah nyeri (Kolcaba 2003). Penyebab penurunan kenyamanan yang lain adalah ketidakseimbangan homeostatis, pemberian posisi yang tidak tepat, kesulitan bernafas, gatal, merasa terlalu panas atau terlalu dingin, mual, dan ketidaknyamanan karena prosedur invasif (Wilson & Kolcaba 2004).

2.4.2 Kenyamanan Psikospiritual

Kenyamanan psikospiritual berhubungan dengan kesadaran diri secara internal termasuk harga diri, konsep diri, seksualitas, makna hidup, dan hubungan dengan Tuhan (Kolcaba 2003). Kecemasan menghadapi pembedahan adalah penyebab utama penurunan kenyamanan. Kenyamanan psikologis merupakan kondisi psikologis yang terbebas dari kecemasan, ketakutan, dan stres sebagai dampak dari interaksi dalam kehidupan sehari-hari. Individu yang mendapat tindakan invasif akan merasa takut terutama dengan ketidaknyamanan yang akan ditimbulkan dari tindakan tersebut. Disamping itu juga sebagai akibat

ketidaktahuan tentang tindakan tersebut. Kondisi tersebut merupakan stressor yang berpengaruh terhadap kondisi psikologis pasien (Wilson & Kolcaba 2004).

2.4.3 Kenyamanan Sosiokultural

Kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, hubungan dengan keluarga, dan hubungan sosial. Kenyamanan ini berkaitan dengan kondisi perasaan diri seseorang untuk diterima secara utuh sebagai individu oleh lingkungan baik dalam lingkungan rumah maupun lingkungan social yang akan menimbulkan kenyamanan. Dukungan sosial baik dari orang yang dicintai, keluarga, teman, atau petugas kesehatan, akan memberikan kontribusi pasien dalam meningkatkan kenyamanannya. Aspek kultural meliputi sejarah keluarga, tradisi, bahasa, dan kebiasaan. Hal ini penting bagi petugas kesehatan, dimana petugas kesehatan harus memfasilitasi beberapa aspek budaya selama pasien dirawat di rumah sakit untuk meningkatkan kenyamanan (Kolcaba, Tilton & Drouin 2006).

2.4.4 Kenyamanan Lingkungan

Kenyamanan lingkungan berhubungan dengan lingkungan eksternal yang ada di sekeliling, kondisi-kondisi, serta hal-hal yang memberi pengaruh terhadap kenyamanan, seperti lingkungan sekitar, suasana, suara, cahaya, tempat tidur, dan fasilitas (Kolcaba 2003). Faktor lingkungan yang dapat menurunkan kenyamanan adalah kebisingan, pencahayaan yang terlalu terang, suhu terlalu dingin, bau tidak sedap, kurangnya privasi, dan tempat tidur yang tidak nyaman (Wilson & Kolcaba 2004). Kondisi lingkungan akan memberi pengaruh terhadap kenyamanan seseorang. Kenyamanan lingkungan dapat mengurangi ketidaknyamanan fisik.

Oleh karena itu, lingkungan sekitar pasien dapat dimanipulasi oleh perawat atau seseorang yang dicintai untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

2.5 Keaslian penelitian

Penelitian yang berkaitan dengan pasien *pre* operasi telah beberapa kali dilakukan, sebagaimana tercantum dalam tabel:

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian Kenyamanan Pasien *Pre* Operasi

No	Judul dan Peneliti	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil
1.	Strategi koping pasien dalam menghadapi kecemasan <i>pre</i> operasi di Ruang rawat inap RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan (Amri & Saefudin 2012)	Mengetahui strategi pasien dalam menghadapi kecemasan sebelum dilakukan pembedahan	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian menunjukkan gambaran strategi koping dalam mengatasi kecemasan selama pra-operasi
2.	Hubungan mekanisme koping dengan kecemasan pasien <i>pre</i> operasi di ruang bedah RSUD Prof Dr Aloei Saboe Gorontalo (Bahsoan 2013)	Mengetahui hubungan koping dengan kecemasan pasien <i>pre</i> operasi	<i>Cross sectional study</i>	Ada hubungan antara mekanisme koping dengan kecemasan pada pasien <i>pre</i> operasi
3.	Hubungan pengetahuan pasien tentang informasi pra operasi dengan kecemasan pasien pra operasi di RS OMNI Internasional (Rivani 2013)	Mengetahui hubungan pengetahuan pasien dengan kecemasan pasien pra operasi	Deskriptif korelasional	Terdapat hubungan antara pengetahuan pasien tentang informasi praoperasi dengan kecemasan pasien praoperasi
4.	Identifikasi peran keluarga dalam upaya penurunan kecemasan pasien <i>pre</i> operasi di R. Diponegoro RSD Kab. Malang (Cahyono 2006)	Mengetahui peran keluarga dalam upaya penurunan kecemasan pasien <i>pre</i> operasi	Observasional analitik	Keluarga sebagai peran spiritual dan peran pendamping dalam upaya penurunan kecemasan pasien.

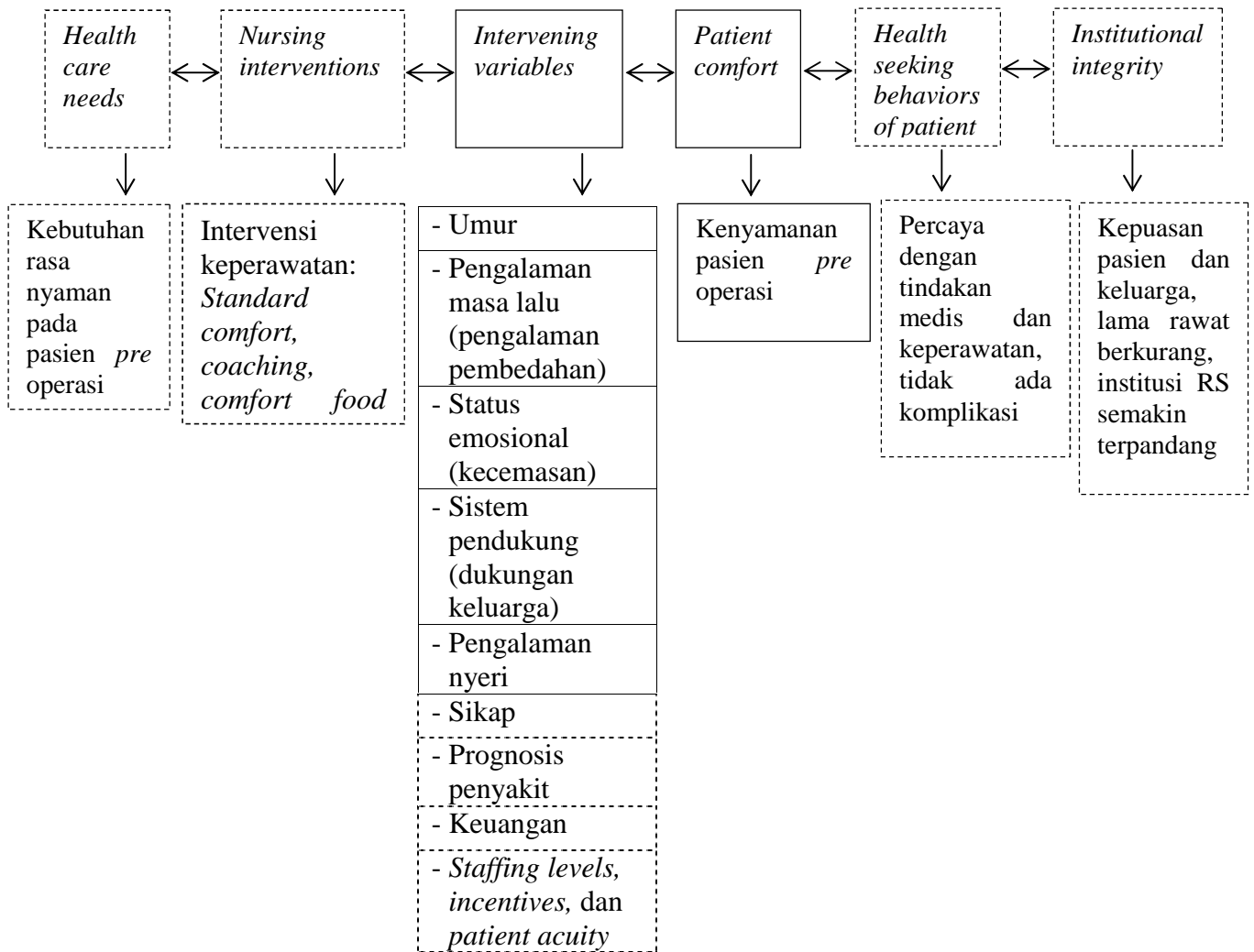
No	Judul dan Peneliti	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil
5.	Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang akan menghadapi operasi di RSUP Fatmawati (Kuraesin 2009)	Mengungkap hubungan jenis kelamin, umur, tingkat pengetahuan, pengalaman, dan dukungan dengan tingkat kecemasan pasien <i>pre</i> operasi mayor elektif	<i>Cross sectional</i>	Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman pembedahan dengan tingkat kecemasan <i>pre</i> operasi. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, usia, dan dukungan dengan tingkat kecemasan <i>pre</i> operasi.
6.	Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien <i>pre</i> operasi di ruang perawatan bedah RSU Haji Makassar (Saharullah 2007)	Menganalisa faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien <i>pre</i> operasi di ruang	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan antara usia, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan dengan kecemasan. Jenis kelamin tidak berhubungan dengan kecemasan

Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah tentang faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi. Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: Diukur Tidak Diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi (Model Pendekatan Asuhan Keperawatan Holistik berdasarkan Teori Kenyamanan Katherine Kolcaba)

Konsep teori kenyamanan terdiri dari kebutuhan perawatan kesehatan (*health care needs*), intervensi keperawatan (*nursing interventions*), *intervening variables*, kenyamanan pasien (*patient comfort*), perilaku pencari kesehatan (*health seeking behaviors*), dan integritas institusional. Perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan (*health care needs*) klien dan anggota keluarga. Pasien yang akan menjalani operasi mengalami gangguan kenyamanan berupa ketakutan, nyeri, gelisah, tidak bisa tidur, dan ketidaknyamanan lingkungan ruang perawatan. Perawat menyusun rencana intervensi keperawatan (*nursing interventions*) untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan pasien. Kenyamanan pasien *pre* operasi akan dipengaruhi oleh *intervening variables* yaitu pengalaman masa pembedahan, umur, sikap, status emosional (tingkat kecemasan), sistem pendukung (dukungan keluarga), prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman nyeri, serta *staffing levels*, *incentives*, dan *patient acuity*.

Tujuan dari pemberian intervensi adalah akan didapatkan kenyamanan pasien (*patient comfort*). Kenyamanan pasien akan menentukan perilaku pasien dalam mencari kesehatan (*health seeking behaviors of patient/HSBs*), yang ditunjukkan dengan percaya terhadap tindakan medis dan keperawatan, serta tidak adanya komplikasi. Bila pasien telah memiliki HSBs yang kuat sebagai hasil dari *comfort care*, perawat dan pasien akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan. Bila perawat dan pasien puas terhadap institusi pelayanan, masyarakat akan mengetahui kontribusi institusi tersebut terhadap program kesehatan pemerintah. Institusi menjadi lebih terpandang dan berkembang.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1:

12. Ada hubungan antara usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
13. Ada hubungan antara pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
14. Ada hubungan antara status emosional (tingkat kecemasan) dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
15. Ada hubungan antara sistem pendukung (dukungan keluarga) dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.
16. Ada hubungan antara pengalaman nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman dan penuntun peneliti dalam proses penelitian (Nursalam 2013). Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mendeskripsikan faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya. Faktor yang diteliti antara lain usia, pengalaman pembedahan, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, pengalaman nyeri, dan kenyamanan pasien.

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah setiap subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Setiadi 2007). Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut.

Kriteria inklusi:

1. Pasien *pre* operasi bedah mayor elektif
2. Pasien yang belum mendapatkan *pre* medikasi
3. Pasien yang belum mendapatkan informasi pra bedah
4. Menguasai Bahasa Indonesia dengan baik dan mampu berkomunikasi dengan baik
5. Dapat membaca dan menulis

Kriteria eksklusi:

1. Pasien yang tidak kooperatif

4.2.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebanyak 26 responden.

4.2.4 Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian selama kurun waktu tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel X

Variabel yang disimbolkan dengan X adalah variabel bebas (independen), yaitu variabel yang mempengaruhi variabel lain yang sifatnya berdiri sendiri, sering disebut juga dengan variabel prediktor, stimulus atau *input* (Kurniawan 2009). Variabel X dalam penelitian ini antara lain usia, pengalaman pembedahan, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, dan pengalaman nyeri.

4.3.2 Variabel Y

Variabel yang disimbolkan dengan Y adalah variabel terikat (dependen), yaitu variabel yang dipengaruhi oleh beberapa variabel lain yang sifatnya tidak dapat berdiri sendiri, sering juga disebut variabel kriteria, respons atau *output* (Kurniawan 2009). Variabel Y dalam penelitian ini adalah kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.

4.4 Definisi Operasional

Perumusan definisi operasional disajikan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Kenyamanan pasien *pre* operasi

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	AlatUkur	Skala	Skor
1.	X ₁ : Usia	Masa kehidupan pasien yang dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir saat pengambilan data dilakukan	Lama waktu hidup responden sampai waktu penelitian	Lembar observasi	Ordinal	1. 18-25 tahun 2. 26-45 tahun 3. >45 tahun
2.	X ₂ : Pengalaman pembedahan	Suatu peristiwa dimana pasien pernah menjalani tindakan operasi sebelum pengambilan data dilakukan	Pengalaman pembedahan yang dialami	Lembar observasi	Nominal	1. Ya, jika responden pernah menjalani operasi sebelumnya 2. Tidak, jika reponden belum pernah menjalani operasi sebelumnya
3.	X ₃ : Tingkat kecemasan	Derajat yang menggambarkan perasaan takut, gelisah atau tidak tenang yang dialami oleh pasien sebelum menjalani operasi	1. Sikap pasien 2. Gejala somatik	Kuesioner kecemasan <i>Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)</i>	Ordinal	Tidak ada kecemasan: 20-44 Kecemasan ringan: 45-59 Kecemasan sedang: 60-74 Kecemasan berat: 75-80

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
4.	X ₆ : Dukungan Keluarga	<i>Support system</i> yang diberikan keluarga saat masuk rumah sakit hingga diantar ke ruang OK	Aspek-aspek dukungan sosial keluarga, yaitu: 1. Dukungan informasional 2. Dukungan penilaian 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan emosional	Kuesioner Dukungan keluarga	Ordinal	Dukungan keluarga baik: 9-12 Dukungan keluarga sedang: 5-8 Dukungan keluarga buruk: 0-4
5.	X ₅ : Nyeri	Sensasi subyektif yang tidak menyenangkan, dan menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan	Nyeri yang dirasakan	<i>Numerical Rating Scale</i> (NRS)	Ordinal	0 = tidak nyeri 1-3 = nyeri ringan 4-6 = nyeri sedang 7-10 = nyeri berat
6.	Y: Kenyamanan	Perasaan lega maupun tenang yang dirasakan oleh pasien <i>pre</i> operasi	1. Aspek kenyamanan fisik 2. Aspek kenyamanan psikospiritual 3. Aspek kenyamanan sosiokultural 4. Aspek kenyamanan lingkungan	Kuesioner Kenyamanan	Ordinal	Nyaman = skor mean Tidak nyaman = skor < mean

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data (Setiadi 2007). Instrumen dalam penelitian ini:

1. Lembar Observasi

Lembar observasi berisi karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan, riwayat penyakit sekarang, pengalaman pembedahan, dan jenis pembedahan. Lembar observasi diisi sendiri oleh peneliti berdasarkan informasi dari buku rekam medis pasien, wawancara, dan observasi. Lembar observasi ini terlampir pada lampiran 7.

Pengelompokan umur menggunakan klasifikasi dari Depkes (2009):

Masa remaja akhir = 18-25 tahun

Masa dewasa = 26-45 tahun.

Lansia = >45 tahun

2. *Numerical Rating Scale* (NRS)

NRS adalah skala yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. NRS menggunakan skala 0-10 poin, dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri, 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 menunjukkan nyeri sedang, dan 7-10 menunjukkan nyeri berat (Smeltzer & Bare 2005). Skala intensitas nyeri ini terlampir pada lampiran 8.

3. Kuesioner Tingkat Kecemasan

Instrumen yang digunakan dalam mengukur tingkat kecemasan adalah kuesioner kecemasan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (ZSAS) yang terdiri dari 20 butir pernyataan. Pernyataan tersebut meliputi 5 butir pernyataan sikap dan 15 butir pernyataan berkaitan dengan gejala somatic. Skala kecemasan ZSAS merupakan alat untuk mengukur kecemasan yang sudah diakui oleh dokter di seluruh dunia. Tingkat kecemasan diukur dalam skala *Likert*, masing-masing responden diberi penilaian angka antara 1-4. Pada pertanyaan positif (nomor 5, 9, 13, dan 19), skor 1 menunjukkan selalu, 2 menunjukkan sering, 3 menunjukkan kadang-kadang, dan 4 menunjukkan sangat jarang. Pada pernyataan negatif (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, dan 20), skor 1 menunjukkan sangat jarang, 2 menunjukkan kadang-kadang, 3 menunjukkan sering, dan 4 menunjukkan selalu. Rentang skor hasil penilaian antara 20-80. Hasil ukur tingkat kecemasan:

Tidak ada kecemasan: 20-44

Kecemasan ringan: 45-59

Kecemasan sedang: 60-74

Kecemasan berat: 75-80

Kuesioner yang digunakan untuk meneliti kecemasan ini diadopsi dari kuesioner baku yaitu *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)*, memiliki konsistensi internal dan koefisien reliabilitas (*alpha cronbach*) sebesar 0,85.

Kuesioner ini terlampir pada lampiran 9.

4. Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 12 pernyataan yang mencakup dukungan informasional (nomor 1-3), dukungan penilaian (4-6), dukungan instrumental (7-9), dan dukungan emosional (10-12), dengan 2 alternatif jawaban yaitu Ya dan Tidak. Jika responden menjawab Ya maka akan diberi nilai 1 dan jika responden menjawab Tidak maka akan diberi nilai 0. Hasil ukur dukungan keluarga:

Dukungan keluarga baik: 9-12

Dukungan keluarga sedang: 5-8

Dukungan keluarga buruk: 0-4

Kuesioner dukungan keluarga ini telah dipergunakan oleh Nadeak (2010) dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien *Pre* Operasi di Ruang RB2 RS Haji Adam Malik Medan”. Uji validitas isi telah dilakukan oleh pakar dari Universitas Sumatera Utara, yaitu Ibu Siti Zahara Nasution, S.Kp., MNS serta Ibu Jenny Marlindawani Purba, S.Kp., MNS dan dinyatakan valid. Kuesioner ini terlampir pada lampiran 9.

5. Kuesioner kenyamanan

Alat untuk mengukur kenyamanan menggunakan *General Comfort Questionnaire* (GCQ) yang dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan kondisi pasien *preoperasi*. Peneliti memilah dan memilih dari 48 pertanyaan pada GCQ diambil 24 pertanyaan, serta memodifikasi pertanyaan nomor 7 dan 45. Kuesioner ini terdiri dari 24 pernyataan, 12 pernyataan positif (nomor ganjil) dan 12 pernyataan negatif (genap), serta mencakup empat aspek kenyamanan, yaitu aspek fisik (nomor 1-6), psikospiritual (7-12), sosiokultural (13-18), dan lingkungan (19-24). Pada pertanyaan positif, skor 1 berarti sangat tidak setuju, 2 berarti tidak setuju, 3 berarti setuju, dan 4 berarti sangat setuju. Pada skor pernyataan negatif skor 1 berarti sangat setuju, 2 berarti setuju, 3 berarti tidak setuju, dan 4 berarti sangat tidak setuju (Kolcaba & Steiner 2004). Berdasarkan analisis statistik normalitas menggunakan uji *Kolmogrov-Smirnov*, data menunjukkan distribusi normal yang ditandai dengan *p value* > (0,05), yaitu sebesar 0,526. Oleh karena data berdistribusi normal, maka skor kenyamanan diinterpretasikan menurut *mean* data. Hasil dari perhitungan diinterpretasikan dengan nyaman apabila skor *mean* data, dan tidak nyaman apabila skor < *mean* data. Kuesioner kenyamanan ini terlampir pada lampiran 5.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Validitas adalah ketepatan alat ukur dalam mengukur suatu data. Validitas adalah indeks yang menunjukkan kemampuan suatu alat ukur (kuesioner)

sehingga dapat mengukur variabel yang akan diukur. Uji validitas kuesioner kenyamanan ini telah dilakukan peneliti pada saat penelitian, yaitu pada 26 pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014.

Uji validitas dilakukan menggunakan uji *Pearson* atau dikenal dengan *correlation product moment (r)*, yaitu membandingkan antara *r* hitung dengan *r* tabel. Hasil perhitungan tiap item pernyataan dibandingkan dengan tabel, dimana untuk $N=26$ dan taraf signifikansi 5% diperoleh nilai *r* tabel 0,388. Item pernyataan dinyatakan valid jika nilai *r* hitung lebih besar dari 0,388.

Berdasarkan hasil uji validitas untuk kuesioner kenyamanan yang terdiri dari 24 item, 17 item dinyatakan valid yaitu pernyataan nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 22, 23, dan 24, sedangkan 7 item dinyatakan tidak valid yaitu pernyataan nomor 2, 13, 14, 16, 19, 20, dan 21. Item pernyataan yang valid dimasukkan dalam perhitungan skor, sedangkan item pernyataan yang tidak valid selanjutnya dikeluarkan oleh peneliti dari instrumen penelitian. Hal ini dilakukan dengan beberapa pertimbangan diantaranya adalah keterbatasan waktu dalam pengujian ulang dan kesulitan dalam mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pernyataan yang dikeluarkan dari instrumen penelitian sudah terwakili oleh pernyataan dalam butir-butir pernyataan yang dinyatakan valid. Dengan demikian kuesioner kenyamanan yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 17 pernyataan, 9 pernyataan positif (nomor 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 16) dan 8 pernyataan negatif (nomor 3, 5, 7, 9, 11, 14, 15, 17), serta mencakup empat aspek kenyamanan, yaitu aspek fisik (nomor 1-5), psikospiritual (6-

11), sosiokultural (12-14), dan lingkungan (15-17). Kuesioner kenyamanan yang valid terlampir pada lampiran 9.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan kemampuan dan kepercayaan suatu alat ukur. Pengujian reliabilitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan analisis *Alpha Chronbach*. Kuesioner dikatakan reliabel apabila jawaban seseorang terhadap pernyataan selalu konsisten apabila diulang. Untuk menguji konsistensi internal antar item pernyataan dengan batas nilai lebih besar dari 0,60 (Sugiono 2010). Hasil dari uji ini diperoleh nilai *Alpha Chronbach* untuk kuesioner kenyamanan adalah 0,897. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai tersebut lebih besar dari 0,60, sehingga disimpulkan bahwa kuesioner kenyamanan dinyatakan reliabel.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 19 Mei 2014 sampai dengan 14 Juni 2014.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian ini dilaksanakan melalui dua tahap.

1. Tahap Persiapan

Peneliti melakukan permohonan pengumpulan data awal ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang selanjutnya surat

pengantar tersebut diproses oleh bagian Diklit RSUD Haji Surabaya dan ditujukan ke Kepala Instalasi Rawat Inap. Peneliti mengajukan permohonan data awal terkait jumlah pasien bedah di RSUD Haji selama kurun waktu tiga bulan terakhir. Kepala Instalasi Rawat Inap menghubungi unit rekam medis dan menyerahkan data yang diminta kepada peneliti.

Peneliti mengajukan permohonan penelitian ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan diproses di bagian Diklit RSUD Haji. Kabid Diklit mengajukan surat kepada Kepala Instalasi Rawat Inap dan dilanjutkan ke tempat penelitian terkait yaitu Ruang Marwah. Peneliti kemudian memohon ijin kepada kepala ruangan dan menjelaskan tentang maksud dan tujuan yaitu untuk melakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi.

2. Tahap Pelaksanaan

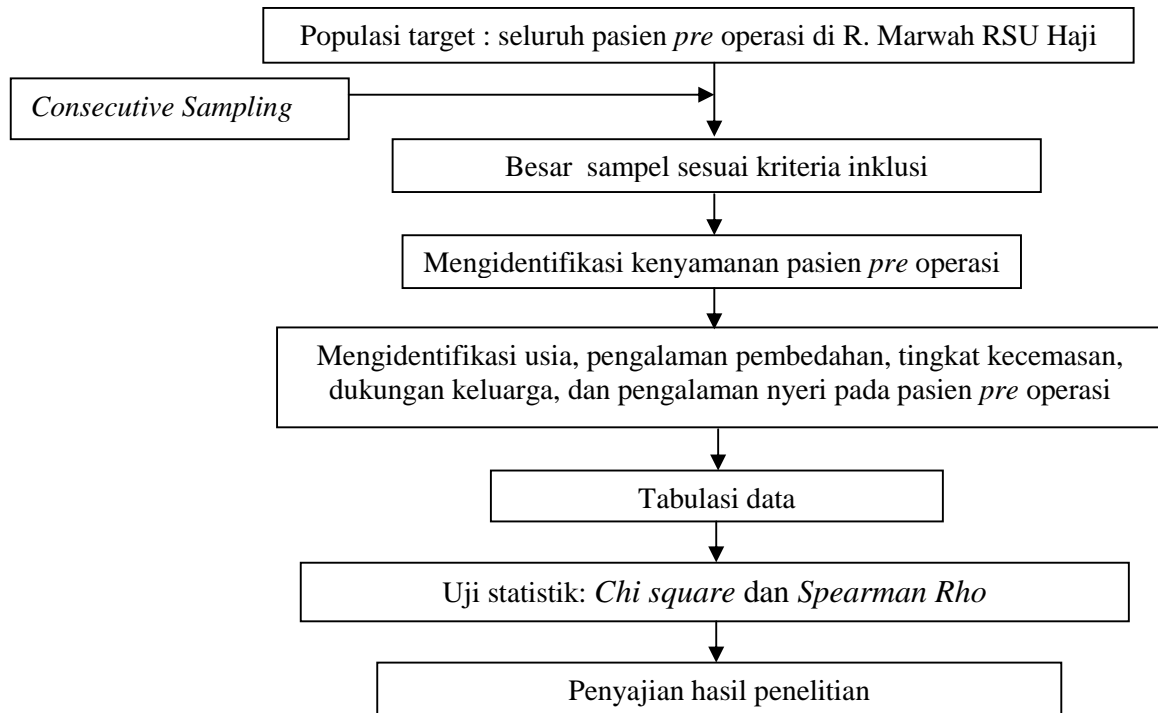
Peneliti menanyakan kepada perawat ruangan dan meminta data pasien yang dioperasi pada hari tersebut. Peneliti kemudian memilih sampel penelitian yaitu pasien yang akan menjalani pembedahan di Ruang Marwah sesuai dengan kriteria inklusi dengan teknik *consecutive sampling* dalam jangka waktu tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014. Calon responden diberi penjelasan terlebih dahulu mengenai penelitian yang dilaksanakan dengan menggunakan lembar penjelasan penelitian yang terlampir pada lampiran 5. Calon responden diminta persetujuan dan kesediaannya untuk menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) yang terlampir pada lampiran 6.

Peneliti melihat rekam medis responden untuk mengetahui data umum. Peneliti lalu menanyakan mengenai pengalaman pembedahan yang pernah dijalani

responden. Data yang didapat kemudian diisikan ke lembar observasi peneliti. Peneliti menjelaskan cara pengisian kepada responden, kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner secara lengkap. Pada saat penelitian, beberapa responden terutama yang berusia lanjut tidak berkenan mengisi kuesioner sendiri sehingga peneliti menanyakan kepada responden tiap item pernyataan. Responden yang tidak mengisi kuesioner secara langsung adalah responden nomor 4, 5, 8, 19, dan 23. Selain itu, responden sering merasa kelelahan mengisi kuesioner yang menurut responden terlalu banyak sehingga perlu beristirahat dahulu dan melanjutkan pengisian kuesioner kembali. Peneliti kemudian melakukan pengecekan data dari kuesioner yang diperoleh apakah data sudah sesuai. Data yang sudah lengkap kemudian diolah dan dianalisis.

Selama penelitian berlangsung, peneliti dipantau oleh staf Diklit RSU Haji Surabaya dengan mengisi lembar monitoring sesudah melakukan kegiatan penelitian yang ditandatangani oleh pembimbing klinik di ruangan.

4.9 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSUD Haji Surabaya

4.10 Analisis Data

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian yang menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel. Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti (Notoatmodjo 2005). Variabel yang dianalisis menggunakan analisis univariat adalah umur, pengalaman pembedahan, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, dan pengalaman nyeri. Peneliti menyajikan dalam bentuk tabel distribusi dan frekuensi dari tiap variabel.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang menghubungkan dua variabel yaitu variabel X dan variabel Y. Variabel Y dalam penelitian ini adalah kenyamanan

pasien *pre* operasi, dan beberapa faktor yang berhubungan merupakan variabel X. Analisis bivariat menghubungkan usia responden dengan kenyamanan, pengalaman pembedahan dengan kenyamanan, tingkat kecemasan dengan kenyamanan, dukungan keluarga dengan kenyamanan, dan pengalaman nyeri dengan kenyamanan. Analisis bivariat menggunakan uji Chi Square (χ^2), dimana $\alpha = 0,05$ dengan derajat kepercayaan 95%. Kriteria pengujiannya yaitu, bila *p value* $> \alpha$ maka H1 ditolak, bila *p value* $< \alpha$ maka H1 diterima.

Analisis bivariat menggunakan uji statistik korelasi *Spearman Rho* dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$. Uji korelasi *Spearman Rho* menentukan harga koefisien korelasi, kemudian menghubungkan signifikansi antara kedua variabel yang ditentukan dengan membandingkan harga *rho* dengan tabel kritis harga *rho*. Hasil perbandingan akan menentukan apakah hipotesis diterima atau ditolak. Apabila harga *rho* dihitung $>$ nilai *rho* tabel, maka H1 diterima, berarti ada hubungan antara variabel X dengan variabel Y. Apabila harga *rho* dihitung $<$ nilai *rho* tabel, maka H1 ditolak.

Menurut Guilford dalam Sugiono (2010), nilai hitung juga menentukan kekuatan hubungan, diinterpretasikan dalam lima kategori.

0,00-0,019 = tingkat hubungan sangat rendah

0,20-0,399 = tingkat hubungan rendah

0,40-0,599 = tingkat hubungan sedang

0,60-0,799 = tingkat hubungan kuat

0,80-1,000 = tingkat hubungan sangat kuat

Berikut adalah tabulasi jenis analisis data yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 4.2 Tabulasi Jenis Analisis Data

Variabel X	Variabel Y	Analisis
X ₁ : Usia	Kenyamanan	<i>Spearman Rho</i>
X ₂ : Pengalaman pembedahan	Kenyamanan	<i>Chi Square</i>
X ₃ : Tingkat kecemasan	Kenyamanan	<i>Spearman Rho</i>
X ₄ : Dukungan Keluarga	Kenyamanan	<i>Spearman Rho</i>
X ₅ : Pengalaman nyeri	Kenyamanan	<i>Spearman Rho</i>

4.11 Etik Penelitian

Pada proses pelaksanaan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga serta persetujuan dari responden. Peneliti mulai melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etik penelitian yang meliputi lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*), *anonimity*, dan *confidentiality*.

4.11.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)

Setiap calon responden diberi penjelasan tentang penelitian dan diminta kesediaannya untuk menjadi responden penelitian. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Peneliti tetap menghargai dan menghormati hak-hak responden.

4.11.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Identitas subyek dijaga kerahasiaannya. Peneliti tidak akan mencantumkan nama pada lembar kuisisioner. Lembar tersebut hanya tertulis kode tertentu.

4.11.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan subjek dijamin oleh peneliti dan menghargai martabat dan hak responden akan hasil kuesioner.

4.12 Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini:

1. Beberapa responden memberikan jawaban yang tidak jujur dan menjawab dengan semaunya sendiri karena pertanyaan yang cukup banyak.
2. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner kenyamanan dilakukan bersamaan pada saat penelitian karena kesulitan mendapatkan responden yang sesuai kriteria dalam waktu yang terbatas.
3. Sampel yang digunakan sedikit sehingga hasilnya kurang representatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menguraikan hasil penelitian mengenai gambaran umum lokasi penelitian dan data karakteristik responden, serta pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Penelitian ini telah dilaksanakan oleh peneliti di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

RSUD Haji Surabaya yang merupakan salah satu rumah sakit tipe B milik pemerintah yang berada di kawasan Manyar Kertoadi kota Surabaya. RSUD Haji Surabaya memiliki ruangan untuk rawat inap bedah, baik pasien *pre* maupun *post* operasi. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Marwah yang merupakan ruang rawat inap bedah untuk pasien dengan kategori kelas II dan kelas III. Ruang Marwah memiliki empat blok yaitu blok A, blok B, blok C, dan blok D. Blok C untuk pasien kelas II yang berisi 4-6 orang pasien, sedangkan blok A, B, dan D adalah bangsal untuk pasien kelas III yang dihuni 8-9 pasien setiap blok. Fasilitas yang tersedia di ruang Marwah yaitu tempat tidur, meja dan laci, kipas angin, serta kamar mandi.

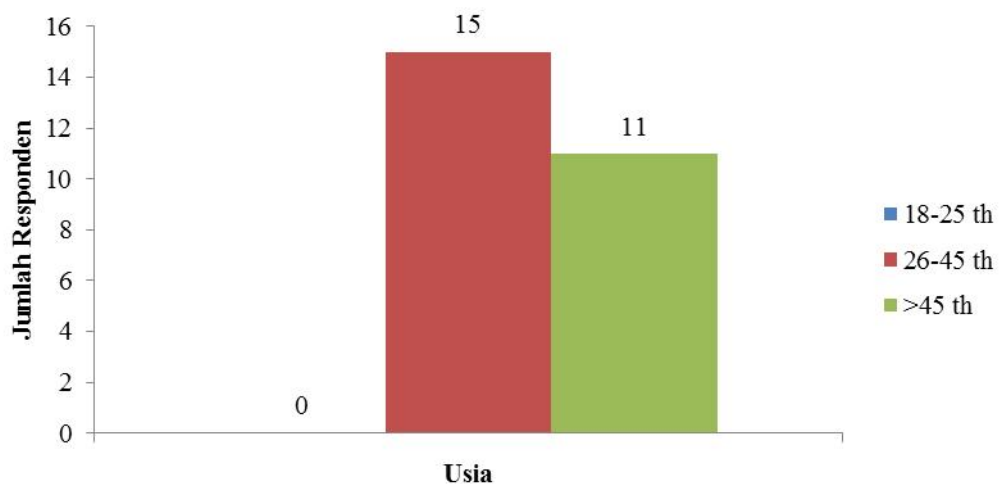
Kondisi ruangan dimana satu ruangan berisi 8-9 pasien dan tidak ada sekat antar tempat tidur, pasien dapat merasa tidak nyaman. Pasien yang semula tidak cemas menjadi cemas karena melihat pasien di sebelahnya mengalami ketakutan

sebelum operasi, ataupun karena melihat pasien yang tidak segera pulih setelah menjalani operasi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan yang dialami oleh pasien adalah kunjungan dan pemberian informasi pra bedah oleh dokter anestesi bersama tim binroh. Ruangan tidak memiliki protap khusus mengenai pemberian informasi pra bedah dan pemberian *pre* medikasi. Pemberian *pre* medikasi tergantung advis dari dokter. Keluarga pasien yang diperbolehkan menunggu maksimal satu orang, namun beberapa keluarga pasien menunggu pasien di luar ruangan. Jam berkunjung kerabat pasien ke ruangan yaitu pukul 16.00 hingga pukul 18.00 WIB.

5.1.2 Karakteristik responden

Pada bagian ini peneliti menguraikan karakteristik 26 responden berdasarkan usia, pengalaman pembedahan, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, dan pengalaman nyeri.

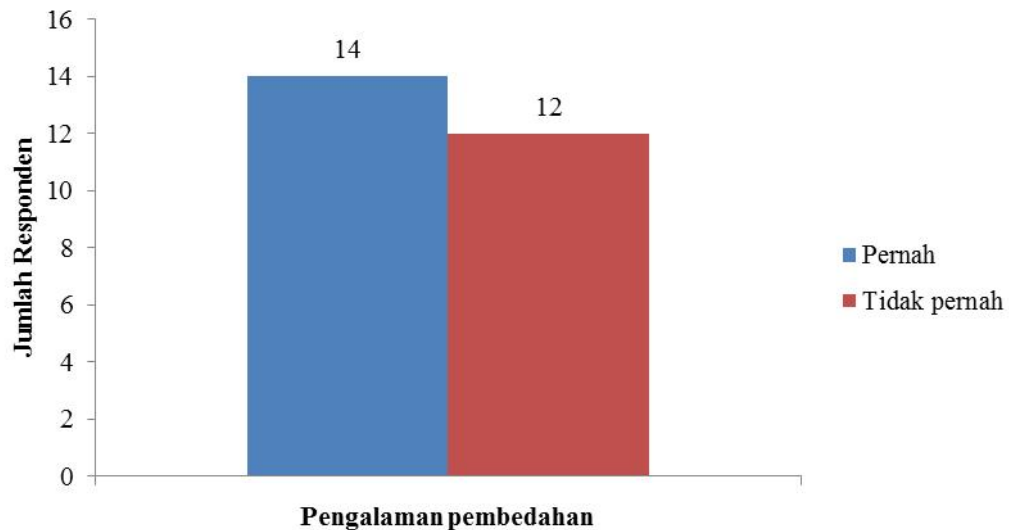
1. Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia di R. Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Berdasarkan gambar 5.1 dengan jumlah 26 orang responden, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berumur 26-45 tahun yaitu sebanyak 15 orang responden (57,7%).

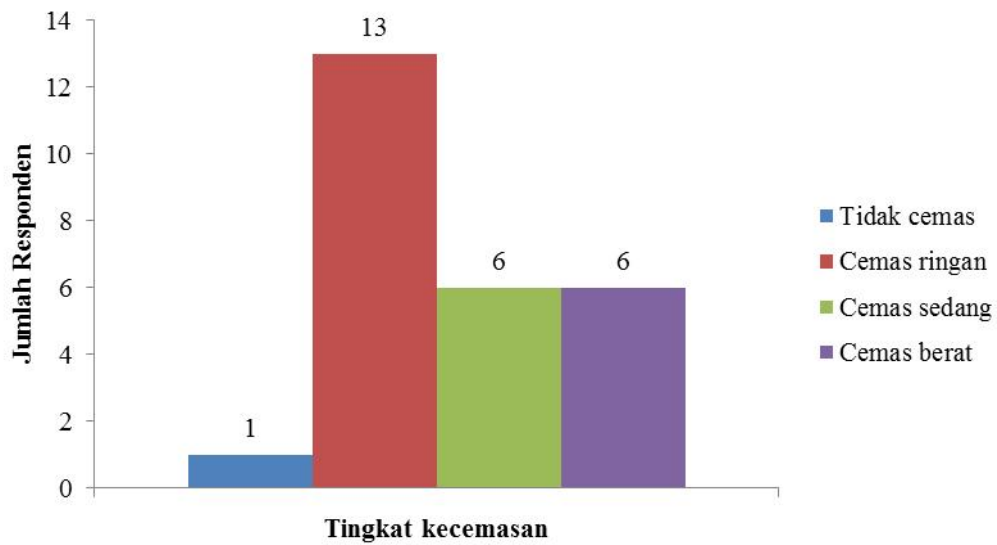
2. Distribusi responden berdasarkan pengalaman pembedahan



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pengalaman pembedahan di R. Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Berdasarkan gambar 5.2 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden pernah menjalani pembedahan sebelumnya yaitu sebanyak 14 orang responden (54%).

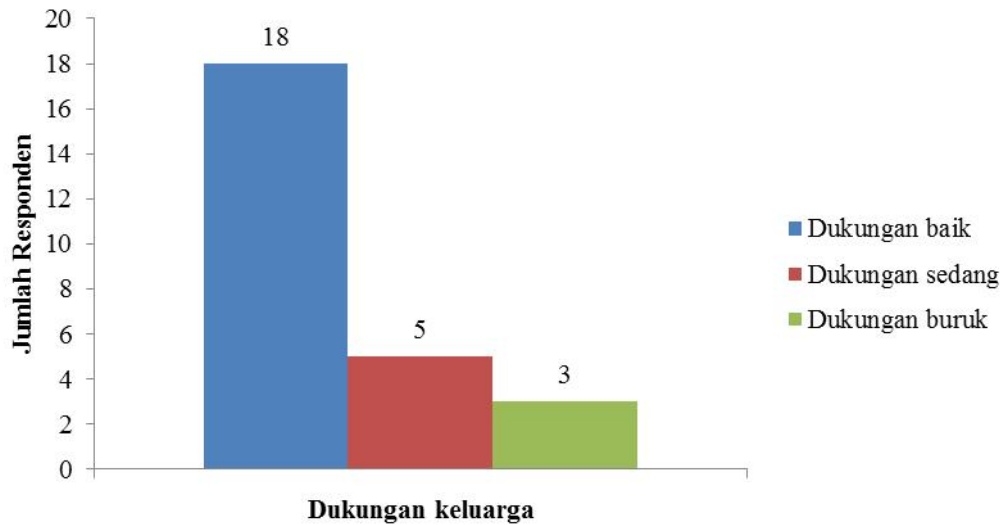
3. Distribusi responden berdasarkan tingkat kecemasan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat kecemasan di R. Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa dari 26 responden, mayoritas responden mengalami kecemasan ringan dalam menghadapi operasi yaitu sebanyak 13 responden (50%).

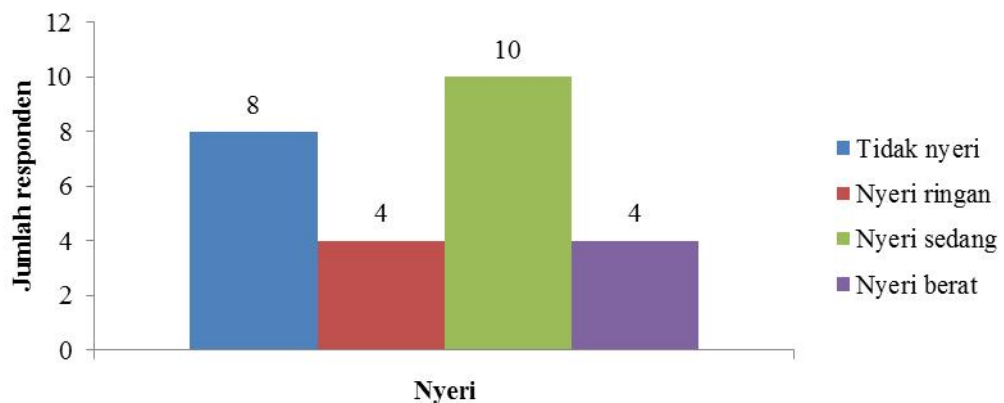
4. Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga di R. Marwah RSUD Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Berdasarkan gambar 5.4 diatas dari 26 reponden dapat dilihat bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga yaitu sebanyak 18 responden (69,2%).

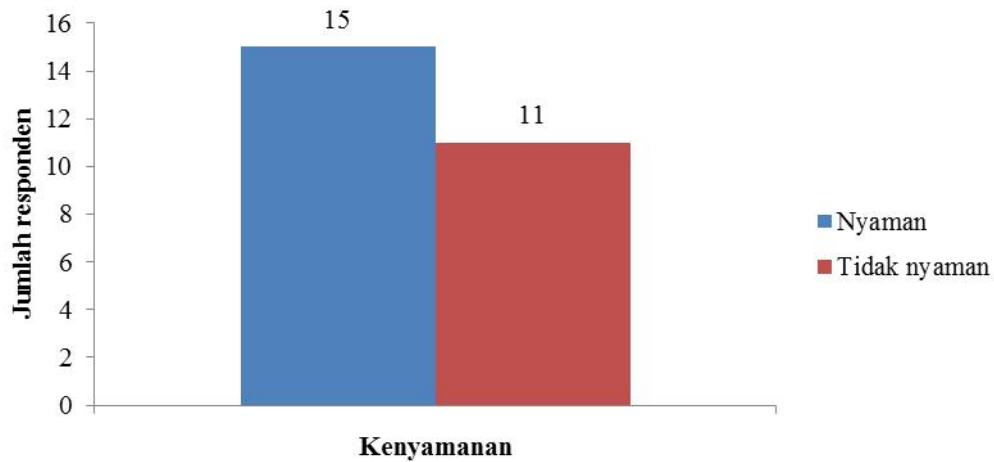
5. Distribusi responden berdasarkan pengalaman nyeri



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pengalaman nyeri di R. Marwah RSUD Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Gambar 5.5 menyatakan bahwa 39% dari 26 responden merasakan nyeri dengan tingkat sedang.

6. Distribusi responden berdasarkan kenyamanan



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan kenyamanan di R. Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Berdasarkan gambar 5.6 dengan jumlah 26 orang responden menyatakan bahwa sebagian besar responden merasakan nyaman sebelum dilakukan operasi yaitu sebanyak 15 orang responden (57,7%).

7. Hubungan usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Tabel 5.1 Hubungan usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di R. Marwah RSU Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Usia	Kenyamanan				Total	
	Nyaman		Tidak nyaman		f	%
	f	%	f	%		
26-45 th	11	42,3	4	15,4	15	57,7
>45 th	4	15,4	7	26,9	11	42,3
Total	15	57,7	11	42,3	26	100
<i>Spearman's Rank</i>			$r=0,769$		$=0,000$	

Pada tabel 5.1 di atas terlihat bahwa 11 responden dewasa dan 4 responden lansia merasa nyaman. Ketidaknyamanan dirasakan oleh 4 responden dewasa dan 7 responden lansia. Hasil uji *Spearman Rho* menunjukkan besar koefisien korelasi

antara usia dengan kenyamanan *pre* operasi sebesar 0,769 (tingkat hubungan kuat) dengan signifikansi sebesar 0,000 ($<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kenyamanan *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya. Hal ini berarti semakin muda usia seseorang, maka seseorang tersebut semakin nyaman selama menghadapi operasi.

8. Hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Tabel 5.2 Hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Pengalaman Pembedahan	Kenyamanan				Total	
	Nyaman		Tidak nyaman		f	%
	f	%	f	%		
Pernah	13	50,0	1	3,8	14	53,8
Tidak pernah	2	7,7	10	38,5	12	46,2
Total	15	57,7	11	42,3	26	100
<i>Chi Square</i>			$X^2=15,367$		p=0,000	

Hasil penelitian terhadap 26 responden yang ditunjukkan pada tabel 5.2 menyatakan bahwa hampir seluruh responden yang pernah menjalani pembedahan merasakan nyaman dan hanya 1 responden saja yang merasa tidak nyaman. Hampir seluruh responden yang tidak pernah menjalani pembedahan merasa tidak nyaman, namun terdapat 2 responden yang merasakan nyaman. Hasil uji statistik *chi square* menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman pembedahan dengan kenyamanan *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya.

9. Hubungan kecemasan dengan kenyamanan pasien *pre* operasiTabel 5.3 Hubungan kecemasan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya tanggal 19 Mei 2014 s/d 14 Juni 2014

Tingkat Kecemasan	Kenyamanan				Total	
	Nyaman		Tidak nyaman		f	%
	f	%	f	%		
Tidak cemas	1	3,8	0	0	1	3,8
Cemas ringan	13	50,0	0	0	13	50,0
Cemas sedang	0	0	6	23,1	6	23,1
Cemas berat	1	3,8	5	19,2	6	23,1
Total	15	57,7	11	42,3	26	100
<i>Spearman's Rank</i>			r=0,832		=0,000	

Hasil penelitian terhadap 26 responden yang ditunjukkan pada tabel 5.3 menyatakan bahwa seluruh responden yang mengalami kecemasan ringan merasakan nyaman. Responden yang mengalami kecemasan berat merasa tidak nyaman, namun 1 orang diantaranya ada yang merasakan nyaman. Analisis statistik *Spearman Rho* menunjukkan besar koefisien korelasi antara kecemasan dengan kenyamanan *pre* operasi sebesar 0,832 (tingkat hubungan sangat kuat) dengan signifikansi sebesar 0,000 ($<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan kenyamanan *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya. Hal ini berarti semakin berat tingkat kecemasan seseorang, maka seseorang tersebut semakin tidak nyaman selama menghadapi operasi.

10. Hubungan dukungan keluarga dengan kenyamanan pasien *pre* operasiTabel 5.4 Hubungan dukungan keluarga dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya

Dukungan Keluarga	Kenyamanan				Total	
	Nyaman		Tidak nyaman		f	%
	f	%	f	%		
Dukungan baik	13	50,0	5	19,2	18	69,2
Dukungan sedang	2	7,7	3	11,5	5	19,2
Dukungan buruk	0	0	3	11,5	3	11,5
Total	15	57,7	11	42,3	26	100
<i>Spearman's Rank</i>			r=0,473		=0,015	

Hasil penelitian terhadap 26 responden yang ditunjukkan pada tabel 5.4 menyatakan bahwa sebagian besar responden yang mendapat dukungan baik merasakan nyaman, dan sebagian kecil responden (5 responden) merasa tidak nyaman. Seluruh responden yang mendapatkan dukungan buruk dari keluarganya merasa tidak nyaman. Analisis statistik *Spearman Rho* menunjukkan besar koefisien korelasi antara dukungan keluarga dengan kenyamanan *pre* operasi sebesar 0,473 (tingkat hubungan sedang) dengan signifikansi sebesar 0,015 ($<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kenyamanan *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya. Hal ini berarti semakin baik dukungan yang diberikan oleh keluarga, maka semakin nyaman dalam menghadapi operasi.

11. Hubungan pengalaman nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasiTabel 5.5 Hubungan pengalaman nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya

Nyeri	Kenyamanan				Total	
	Nyaman		Tidak nyaman		f	%
	f	%	f	%		
Tidak nyeri	7	26,9	1	3,8	8	30,8
Nyeri ringan	2	7,7	2	7,7	4	15,4
Nyeri sedang	5	19,2	5	19,2	10	38,5
Nyeri berat	1	3,8	3	11,5	4	15,4
Total	15	57,7	11	42,3	26	100
<i>Spearman's Rank</i>			r=0,414		=0,036	

Hasil penelitian terhadap 26 responden yang ditunjukkan pada tabel 5.5 menyatakan bahwa hampir seluruh responden yang tidak mengalami nyeri merasakan nyaman dan hanya 1 responden saja yang merasa tidak nyaman. Responden yang mengalami nyeri berat merasa tidak nyaman, namun ada 1 responden diantaranya yang merasakan nyaman. Analisis statistik *Spearman Rho* menunjukkan besar koefisien korelasi antara dukungan keluarga dengan kenyamanan *pre* operasi sebesar 0,414 (tingkat hubungan sedang) dengan signifikansi sebesar 0,036 ($<0,05$), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman nyeri dengan kenyamanan *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya. Hal ini berarti semakin berat nyeri yang dirasakan oleh seseorang, maka seseorang tersebut semakin tidak nyaman dalam menghadapi operasi.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Analisis statistik dengan uji korelasi *Spearman Rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan tingkat kuat antara usia dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya.

Berdasarkan tabel 5.1 kenyamanan dirasakan oleh 15 responden (57,7%), 11 responden diantaranya berusia dewasa dan 4 responden lainnya berusia lanjut. Sementara itu, ketidaknyamanan dirasakan oleh 11 responden (42,3%), terdiri dari 4 responden dengan usia dewasa dan 7 responden lansia. Semakin muda usia seseorang, maka seseorang tersebut semakin nyaman selama menghadapi operasi. Hal ini sesuai dengan teori kenyamanan dari Kolcaba (2003) yang menyatakan bahwa usia merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan total. Umur akan mempengaruhi karakteristik fisik normal. Kemampuan untuk berpartisipasi dalam pemeriksaan fisik praoperatif juga dipengaruhi oleh usia. Faktor usia baik anak-anak, dewasa, maupun lansia dapat meningkatkan risiko pembedahan.

Seiring meningkatnya usia, kapasitas fisik pasien untuk beradaptasi dengan stres pembedahan menjadi terhambat karena mundurnya beberapa fungsi tubuh tertentu. Usia lansia dianggap memiliki risiko pembedahan yang lebih buruk dibandingkan pasien yang lebih muda (Muttaqin & Sari 2009). Kudoh *et al.* (2009) dalam penelitiannya juga mengungkapkan bahwa lansia mempunyai kekhususan yaitu kemunduran sistem fisiologis yang mengakibatkan kondisi stres pembedahan apabila menghadapi stressor berupa operasi.

Data hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat 4 responden lansia yang merasakan nyaman, dimana mereka memiliki pengalaman operasi sebelumnya dan didukung oleh keluarganya. Berdasarkan data hasil penelitian terdapat pula 4 responden dewasa namun merasa tidak nyaman. Responden tersebut belum pernah menjalani operasi sebelumnya, cemas sedang hingga berat, dan merasakan nyeri. Menurut data jawaban responden, mereka menyatakan tidak ditunggu oleh

keluarga selama dirawat, merasa tidak percaya diri, tidak meyakini bahwa Tuhan selalu berada di sampingnya, serta tidak bisa mengatasi nyeri yang dirasakannya. Fakta ini didukung oleh pendapat dari Wilson & Kolcaba (2004) yang menyatakan bahwa nyeri yang tidak teratasi, kecemasan, dan isolasi keluarga merupakan pemicu ketidaknyamanan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa kenyamanan seseorang yang akan menjalani operasi berkaitan dengan usia seseorang tersebut. Pasien *pre* operasi yang lebih muda cenderung merasakan nyaman karena kemampuan yang baik dalam beradaptasi dengan stres pembedahan sehingga mempengaruhi persepsi terhadap kenyamanan. Hal ini didukung oleh penelitian Saharullah (2007) yang menyatakan bahwa usia berkorelasi dengan kecemasan *pre* operasi, dan kecemasan itu sendiri berpengaruh terhadap kenyamanan. Kenyamanan yang diperoleh responden lansia yang merasa nyaman berasal dari *support system* dari keluarga sehingga menunjang kenyamanan sosiokultural. Pengalaman pembedahan yang tidak dimiliki memicu perasaan takut berperan besar dalam menentukan ketidaknyamanan walaupun pada usia dewasa memiliki adaptasi yang lebih baik daripada usia lanjut.

5.2.2 Hubungan pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Hasil uji statistik *Chi Square* (χ^2) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman pembedahan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya. Berdasarkan tabel 5.2, hampir seluruh responden yang pernah menjalani pembedahan merasakan kenyamanan, sedangkan responden yang tidak pernah menjalani pembedahan sebelumnya

merasa tidak nyaman. Fakta ini sesuai dengan teori kenyamanan dari Kolcaba (2003) yang menyatakan bahwa pengalaman pembedahan merupakan salah satu *intervening variables* yang mempengaruhi persepsi klien terhadap kenyamanan total. Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya, tingkat rasa ketidaknyamanan, besarnya ketidakmampuan yang ditimbulkan, dan seluruh tingkat perawatan yang diberikan adalah faktor-faktor yang mungkin akan diingat kembali oleh pasien (Muttaqin & Sari 2009).

Data hasil penelitian mengungkapkan bahwa hampir seluruh responden (92,8%) yang pernah menjalani pembedahan merasakan nyaman sebelum menjalani operasi. Sebaliknya, hampir seluruh responden (83,3%) yang tidak pernah menjalani pembedahan merasa tidak nyaman. Kuraesin (2009) sependapat dengan data hasil penelitian ini dengan menyatakan bahwa pengalaman masa lalu baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan ketrampilan menggunakan koping. Keberhasilan seseorang pada masa lalu dapat membantu individu untuk mengembangkan ketrampilan menggunakan koping, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan koping yang maladaptif terhadap stressor tertentu.

Responden yang pernah menjalani pembedahan dan merasakan nyaman yaitu sejumlah 14 responden memiliki tingkat kecemasan ringan bahkan tidak merasa cemas. Hal ini juga terlihat dari jawaban responden yang mengatakan bahwa dirinya percaya diri, dan menyerahkan segalanya kepada Tuhan. Begitu pula sebaliknya 12 responden yang belum pernah operasi sebelumnya merasakan kecemasan sedang hingga berat. Bahsoan (2013) serta Amri & Syaifuddin (2012)

dalam penelitiannya mengenai pasien *pre* operasi sepakat bahwa mekanisme atau strategi koping memiliki korelasi dengan kecemasan menjelang operasi, dan pada penelitian ini ditunjukkan bahwa kecemasan menentukan kenyamanan pasien *pre* operasi.

Data hasil penelitian pada tabel 5.2 menyatakan bahwa 1 orang responden memiliki pengalaman pembedahan namun merasa tidak nyaman. Berdasarkan rekapitulasi data penelitian, responden tersebut ternyata mengalami nyeri berat yang tidak teratasi, terbukti ketika responden menyatakan tidak setuju terhadap pernyataan yang mengungkapkan bahwa dia bisa mengatasi rasa nyerinya. Fakta ini sejalan dengan pernyataan Kolcaba (2003) bahwa nyeri merupakan penyebab utama penurunan kenyamanan. Selain itu, responden tersebut mengatakan setuju terhadap pernyataan yang menyebutkan bahwa lingkungan sekitar ruangan tidak menyenangkan sehingga responden tersebut merasa tidak nyaman. Hal ini sesuai dengan penelitian Wilson & Kolcaba (2004) yang menyatakan bahwa faktor lingkungan sekitar pasien turut mencetuskan ketidaknyamanan.

Berdasarkan data hasil penelitian dan kajian teori, peneliti berpendapat bahwa pasien *pre* operasi yang memiliki pengalaman sebelumnya dapat mengingat kembali apa yang dirasakan ketika ia akan operasi dan mengantisipasi rasa tidak nyaman yang muncul dengan strategi koping yang baik. Pasien tersebut memotivasi dirinya sendiri untuk selalu percaya diri dan meyakinkan hatinya bahwa Tuhan akan selalu berada disampingnya sehingga tidak merasa stres. Hal ini berarti pengalaman masa lalu berkorelasi dengan mekanisme koping serta kenyamanan karena terbebas dari rasa takut dan memiliki hubungan yang baik dengan Tuhan, sehingga tercapai kenyamanan psikospiritual. Pasien yang tidak

memiliki pengalaman pembedahan namun merasa nyaman disebabkan karena kecemasan yang dialaminya tetapi didukung dengan sangat optimal oleh keluarga dan mendapat perhatian dari perawat sehingga tercipta kenyamanan sosiokultural.

5.2.3 Hubungan kecemasan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Analisis statistik dengan uji korelasi *Spearman Rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan tingkat sangat kuat antara kecemasan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya. Semakin berat tingkat kecemasan seseorang, maka seseorang tersebut semakin tidak nyaman selama menghadapi operasi. Hal tersebut sesuai dengan teori kenyamanan Kolcaba (2003) yang menyatakan bahwa status emosional pasien berupa kecemasan mempengaruhi persepsi pasien terhadap kenyamanan total.

Menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam Fitri (2005), kecemasan merupakan suatu manifestasi dari berbagai proses emosi yang terjadi ketika seseorang sedang mengalami tekanan perasaan dan pertentangan batin (konflik). Rasa cemas timbul akibat melihat dan mengetahui adanya bahaya yang mengancam dirinya (Derajat 2007). Segala bentuk prosedur pembedahan selalu didahului dengan reaksi emosional tertentu oleh pasien. Kecemasan praoperatif merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap dirinya. Sudah diketahui bahwa pikiran yang bermasalah akan mempengaruhi fungsi tubuh (Muttaqin & Sari 2009).

Data hasil penelitian mengungkapkan bahwa responden yang tidak mengalami kecemasan yaitu sejumlah satu orang merasakan nyaman. Seluruh responden yang mengalami kecemasan ringan (13 responden) juga merasakan nyaman. Kolcaba (2003) menyatakan bahwa seseorang dikatakan memiliki

kenyamanan psikospiritual apabila terbebas dari kecemasan, ketakutan, dan stres. Menurut Asmadi (2008), karakteristik seseorang dengan kecemasan ringan adalah sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, bibir bergetar, tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa responden yang tidak merasakan cemas, tidak akan muncul gejala fisik yang mengganggu homeostasis tubuh sehingga kenyamanan fisik dapat terwujud. Demikian pula pada responden yang mengalami kecemasan ringan, respons fisiologis yang muncul hanya berupa sesekali perut terasa sakit, masih dapat bernapas dengan mudah, jantung sedikit berdebar, serta telapak tangan hangat, kering, dan merah, sedangkan respon perilaku yang tampak adalah masih dapat duduk dengan mudah. Hal tersebut tidak terlalu mengganggu sehingga responden yang mengalami kecemasan ringan masih merasakan kenyamanan fisik.

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa ketidaknyamanan dirasakan oleh seluruh responden yang mengalami kecemasan sedang (6 responden). Responden yang mengalami kecemasan berat sebanyak 6 responden, 5 orang diantaranya merasakan tidak nyaman dan 1 orang lainnya merasakan nyaman. Menurut Wilson & Kolcaba (2004), kecemasan menghadapi pembedahan adalah penyebab utama penurunan kenyamanan. Kenyamanan psikologis merupakan kondisi psikologis yang terbebas dari ketakutan, dan stres. Kondisi tersebut merupakan stressor yang berpengaruh terhadap kenyamanan psikologis pasien.

Asmadi (2008) dalam bukunya mengatakan bahwa karakteristik seseorang dengan kecemasan sedang diantaranya yaitu sering nafas pendek, nadi dan

tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala dan sering berkemih. Kecemasan sedang mengakibatkan seseorang memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima. Pada seseorang yang cemas sedang terlihat gerakan tersentak-sentak, lebih tegang, banyak bicara lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman. Asmadi (2008) juga menambahkan bahwa karakteristik seseorang dengan kecemasan berat adalah cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Respons yang muncul pada kecemasan berat serupa dengan kecemasan sedang namun dengan intensitas yang lebih sering bahkan menetap.

Berdasarkan data hasil penelitian dan kajian teori, peneliti berpendapat bahwa respons fisik yang dialami pasien dengan kecemasan sedang mengganggu homeostasis tubuh. Respons tersebut berupa jantung berdebar-debar, kepala sering pusing, sering sulit bernapas, serta sering sakit perut dan buang air kecil. Respons emosional yang muncul yaitu merasa gugup dan panik. Kondisi tubuh dan status emosional yang terganggu tersebut mengakibatkan kenyamanan fisik dan psikospiritual tidak dapat tercapai. Selain itu, ada 3 responden dengan kecemasan sedang mendapat dukungan keluarga baik namun tetap merasa tidak nyaman. Hal ini disebabkan karena pada orang dengan kecemasan sedang tidak mampu menerima rangsangan dari luar yaitu motivasi keluarga.

Peneliti juga berpendapat bahwa hal serupa terjadi pula pada pasien dengan cemas berat. Respons fisik yang dialami adalah gemetar, nyeri punggung, jantung berdebar, sulit bernapas, sakit kepala, serta tangan yang pucat. Dengan demikian, sangat jelas terlihat bahwa kenyamanan fisik tidak dapat terwujud.

Kenyamanan sangat terganggu pada pasien dengan kecemasan berat karena mereka tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan. Selain itu, responden yang tidak memiliki keyakinan bahwa Tuhan selalu berada di sampingnya yang berakibat gelisah semakin meningkat. Hal ini memicu ketidaknyamanan psikospiritual. Responden dengan kecemasan berat juga memiliki perasaan terancam dan takut berada di dalam ruangan perawatan sehingga muncul ketidaknyamanan lingkungan. Kondisi tersebut dapat terlihat dari responden yang masih dalam masa *pre* operasi berada satu ruangan dengan pasien lain yang *post* operasi dan ketakutan menyaksikan kondisi pasien lain tersebut, dimana pada pasien *post* operasi belum pulih bahkan terpasang berbagai macam peralatan medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada 1 responden yang cemas berat namun masih tetap merasakan nyaman. Hal ini disebabkan karena tidak mengalami nyeri dan keluarga selalu menunjukkan sikap peduli, penguatan, kunjungan yang intensif, dan memberikan motivasi untuk segera sembuh. Kondisi terbebas dari rasa nyeri dan dukungan sosial dari keluarga berperan dalam terwujudnya kenyamanan sosiokultural (Kolcaba 2003).

5.2.4 Hubungan dukungan keluarga dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Analisis statistik dengan uji korelasi *Spearman Rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan tingkat sedang antara kecemasan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya. Semakin baik dukungan yang diberikan oleh keluarga, maka semakin nyaman dalam menghadapi operasi. Hal tersebut sesuai dengan teori kenyamanan Kolcaba (2003) yang menyatakan bahwa dukungan sosial dari keluarga mempengaruhi persepsi pasien terhadap kenyamanan total.

Pada gambar 5.4 dapat dilihat bahwa sebanyak 18 responden (69,2%) mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga, 13 diantaranya merasa nyaman dan 5 lainnya merasa tidak nyaman. Responden yang mendapatkan dukungan sedang sebanyak 5 responden (19,2%) yang terdiri dari 2 responden merasa nyaman dan 3 responden merasa tidak nyaman. Seluruh responden yang mendapatkan dukungan buruk dari keluarganya yaitu sebanyak 3 orang (11,5%) merasa tidak nyaman.

Menurut Tilton, Drouin, & Kolcaba (2006), kenyamanan dari segi sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, hubungan dengan keluarga, dan hubungan sosial. Kenyamanan ini berkaitan dengan kondisi perasaan diri seseorang untuk diterima secara utuh sebagai individu oleh lingkungan sosial yang akan menimbulkan kenyamanan. Dukungan sosial baik dari orang yang dicintai akan memberikan kontribusi pasien dalam meningkatkan kenyamanannya.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Effendi & Makhfudli 2009). Keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan. Walaupun anggota keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam keperawatan, mereka paling sering menjadi bagian penting (Videbeck 2008). Hasil penelitian Nadeak (2010) menyatakan bahwa sebelum operasi pasien merasa kebingungan. Tetapi meskipun pasien merasa bingung, keluarga mengerti/peduli terhadap perasaan pasien seperti sedih, cemas, mudah tersinggung.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga pada pasien *pre* operasi dapat menciptakan kenyamanan.

Dukungan yang diberikan keluarga untuk meningkatkan kenyamanan pasien itu sendiri adalah dukungan informasional, dimana keluarga memberikan nasehat, saran, dan dukungan jasmani maupun rohani. Jawaban responden yang paling banyak menyatakan selalu mendengarkan nasehat keluarga tentang kesehatannya. Nasehat dari keluarga dapat menumbuhkan semangat yang pasien untuk mempercepat proses penyembuhannya. Dukungan instrumental diberikan oleh keluarga dengan menemani selama di rumah sakit, memperhatikan pola makan dan memenuhi segala keperluan pasien. Hal tersebut menimbulkan hubungan interpersonal yang kuat antara pasien dengan anggota keluarga sehingga pasien merasa diterima secara utuh di lingkungannya dan menimbulkan kenyamanan. Dukungan emosional juga diberikan keluarga, yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Peran dukungan keluarga dapat menghilangkan rasa ketakutan yang berlebihan pada pasien *pre* operasi sehingga tercipta kenyamanan. Peran keluarga dalam dukungan emosional yang lain adalah memotivasi untuk berkomunikasi dengan pasien lain. Hal tersebut berkaitan dengan hubungan interpersonal yang adekuat dapat menghasilkan kenyamanan sosiokultural. Kenyamanan psikospiritual juga dapat terwujud pada pasien *pre* operasi yang mendapatkan dukungan dari keluarga. Sesuai dengan pendapat Cahyono (2006), keluarga juga memainkan peran spiritual berupa pemberian motivasi kepada responden untuk selalu mendekati diri kepada Tuhan dan menguatkan keyakinan responden kepada Tuhan.

Berdasarkan data jawaban kuesioner, peneliti berpendapat bahwa responden yang mendapat dukungan keluarga buruk merasakan ketidaknyamanan, karena keluarga tidak menemani selama di rumah sakit, merasa bergantung

dengan orang lain, merasa tidak ada yang mengerti perasaannya dan memiliki hubungan interpersonal yang buruk. Hal ini berkaitan pula dengan peraturan ruangan bahwa keluarga yang diperbolehkan menunggu hanya satu orang padahal responden menginginkan anggota keluarganya yang lain turut mendampingi. Sebanyak 2 dari 5 responden dengan dukungan keluarga sedang merasakan nyaman. Kenyamanan diperoleh dari aspek fisik dan psikospiritual yang baik, dimana nyeri tidak dialami dan memiliki strategi yang baik untuk mengatasi kecemasan. Sebaliknya, sebanyak 3 dari 5 responden yang mendapat dukungan keluarga sedang merasa tidak nyaman karena cenderung selalu ingin bertemu dengan dokter setiap saat. Ketiga responden tersebut terlanjur menganggap bahwa hanya dokter yang dapat menyembuhkan walaupun perawat telah memenuhi segala kebutuhannya, sehingga keberadaan dokter di sampingnya dapat mengurangi rasa stres. Sebanyak 5 dari 18 responden yang mendapat dukungan keluarga baik merasa tidak nyaman dikarenakan tidak memiliki pengalaman pembedahan dan mengalami cemas sedang hingga berat yang tidak mampu diatasi oleh penguatan ataupun motivasi dari keluarga.

5.2.5 Hubungan pengalaman nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasi

Analisis statistik dengan uji korelasi *Spearman Rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan tingkat sedang antara nyeri dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSU Haji Surabaya. Semakin berat nyeri yang dirasakan oleh seseorang, maka seseorang tersebut semakin tidak nyaman dalam menghadapi pembedahan. Fakta ini didukung oleh Kolcaba (2003) yang mengungkapkan bahwa nyeri merupakan salah satu pengalaman yang mempengaruhi persepsi resipien tentang kenyamanan.

Tabel 5.5 menyatakan bahwa hampir seluruh responden yang tidak mengalami nyeri merasakan nyaman, namun 1 responden merasa tidak nyaman. Hal sebaliknya terjadi pada responden yang mengalami nyeri berat, hampir seluruh responden yang mengalami nyeri berat merasa tidak nyaman namun 1 responden merasakan nyaman.

Menurut Wilson & Kolcaba (2004), nyeri mempengaruhi kenyamanan fisik, dimana kenyamanan fisik berkaitan dengan sensasi tubuh. Nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri 2007). Perasaan nyeri sangat individual yang tidak dapat dirasakan atau dibagi dengan orang lain. Setiap individu akan merasakan reaksi dan persepsi yang berbeda (Potter & Perry 2006). Menurut *International Association for Study of Pain* dalam Tamsuri (2007), nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri mengakibatkan respon autonomik berupa perubahan tekanan darah, pernapasan, atau nadi. Selain itu juga terjadi perubahan tonus otot dengan rentang dari lemas tak bertenaga sampai kaku.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berpendapat bahwa nyeri mengakibatkan tanda gejala pemicu ketidaknyamanan. Seseorang yang mengalami nyeri akan menderita secara fisik dan mental atau perasaan nyeri dapat menimbulkan ketegangan, sehingga ketidaknyaman berasal dari aspek fisik dan psikologis. Responden dengan nyeri berat masih merasa nyaman disebabkan karena responden tersebut menganggap lingkungan tempatnya dirawat menyenangkan. Hal ini terlihat dari jawaban responden yaitu sangat tidak setuju

apabila dikatakan lingkungan sekitarnya tidak menyenangkan. Menurut An-Nafi' (2009), kenyamanan lingkungan ruang rawat inap dapat menambah semangat optimisme. Responden tersebut juga tidak merasa takut berada di ruangan rawat karena selalu didampingi dan mendapatkan dukungan penuh dari keluarga. Walaupun tidak merasakan kenyamanan fisik dan psikologi, kenyamanan diperoleh dari lingkungan sekitarnya dan hubungan interpersonal yang baik. Sebaliknya, seorang responden yang tidak mengalami nyeri namun merasa tidak nyaman karena belum memiliki pengalaman operasi. Berdasarkan hasil wawancara, responden tersebut sangat takut menghadapi operasi dan tidak ada rasa percaya diri sama sekali. Selain itu responden tersebut merasa menjadi beban dalam keluarga karena kemungkinan waktu pemulihan yang lama sehingga kecemasan semakin berat. Oleh karenanya, ketidaknyamanan muncul karena kondisi psikologis yang buruk.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya merasakan nyaman.
2. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya berusia dewasa.
3. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya pernah menjalani pembedahan sebelumnya.
4. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya memiliki tingkat kecemasan ringan.
5. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya mendapatkan dukungan keluarga yang baik.
6. Sebagian besar pasien *pre* operasi di R. Marwah RSUD Haji Surabaya mengalami nyeri sedang.
7. Usia, pengalaman pembedahan, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, dan nyeri memiliki hubungan yang signifikan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di Ruang Marwah RSUD Haji Surabaya. Tingkat kecemasan memiliki hubungan yang paling kuat diantara variabel-variabel lainnya.

6.2 Saran

1. Bagi pasien *pre* operasi

Pasien yang akan menjalani operasi hendaknya dapat mengontrol nyeri dan kecemasan untuk mencapai kenyamanan.

2. Bagi keluarga pasien *pre* operasi

Keluarga pasien *pre* operasi hendaknya memenuhi tugas dan fungsinya baik dari segi dukungan informasional, instrumental, penilaian, dan emosional untuk mendukung kenyamanan pasien *pre* operasi.

3. Bagi perawat

Perawat perlu memberikan perhatian khusus untuk pasien lansia, pasien yang belum pernah menjalani pembedahan, serta pasien yang merasakan nyeri dan cemas. Perawat harus melakukan tindakan untuk mengatasi kecemasan pasien, serta menginformasikan kepada keluarga untuk memberi dukungan kepada pasien menjelang operasi.

4. Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya perlu melakukan penelitian lebih lanjut dengan mendeskripsikan hubungan usia, pengalaman pembedahan, kecemasan, dukungan keluarga, serta nyeri dengan masing-masing dari empat konteks kenyamanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR & Tomey, AM 2006, *Nursing Theories and Their Work*, 7th edn, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Amri, K & Saefudin, M 2012, '*Strategi koping pasien dalam menghadapi kecemasan pre operasi di ruang rawat inap RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*', Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, dilihat 28 Februari 2014, <<http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=fstream-pdf&fid=81&bid=127>>.
- An-Nafi', AF 2009, '*Pengaruh kenyamanan lingkungan fisik ruang rawat inap kelas III terhadap kepuasan pasien di RSUI Kustati Surakarta*', Skripsi, Universitas Sebelas Maret.
- Asmadi 2008, *Kebutuhan Dasar Manusia*, EGC, Jakarta.
- Azwar 2003, *Sikap Manusia, Teori, dan Pengukurannya*, Pustaka Belajar, Yogyakarta
- Bahsoan, H 2013, '*Hubungan mekanisme koping dengan kecemasan pasien pre operasi di ruang perawatan bedah RSUD Prof Dr Aloei Saboe Kota Gorontalo*', Skripsi, Universitas Negeri Gorontalo.
- Baradero 2009, *Keperawatan perioperatif: Prinsip dan Praktik*, EGC, Jakarta.
- Brunner & Suddarth 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, EGC, Jakarta.
- Cahyono, AE 2006, '*Identifikasi peran keluarga dalam upaya penurunan kecemasan pasien pre operasi di Ruang Diponegoro RSD Kabupaten Malang*', Skripsi, Universitas Muhammadiyah Malang.
- Derajat, Z 2007, *Kesehatan Mental*, Gunung Agung, Jakarta.
- Gruendemann, BJ & Fernsebner, B 2005, *Buku ajar keperawatan perioperatif*, EGC, Jakarta.
- Gul, A, Andsoy, Ustundag & Ozkaya 2013, 'Assesment of treoperative fasting time in elective general surgery', *The Journal of Macro Trends in Health and Medicine*, vol 1, no. 1.
- Effendi, F & Makhfudli 2009, *Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Fanny, S 2010, *Determinasi Prognosis*, diakses 25 April 2014, <<https://www.academia.edu/5333587>>
- Fitri, F 2005, *Psikologi Abnormal Klinik Dewasa*, UI Press, Jakarta.
- Hasanudin, M & Maliya, A 2009, 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien post operasi TUR dengan spinal anestesi di ruang RSUD Dr. Moewardi Surakarta', *Berita Ilmu Keperawatan*, vol 2, no. 1, pp. 31-36.
- Hasbullah, B 2009, 'Angka Kejadian Komplikasi Lambat Pascaoperasi prostatektomi transvesikal dan reseksi transuretral pada pasien pembesaran prostat jinak', *Jurnal Biomedika*, vol 1, no. 1.



- Hasri, ET 2012, '*Praktik Keselamatan Pasien Bedah di RSUD X*', Tesis, Universitas Gadjah Mada.
- Hausel, J, Nygren, J & Lagerkranser, M 2001, 'A carbohydrate rich drink reduce preoperative discomfort in elective surgery patient', *NCBI*, vol 93, no. 5.
- Hawari, D 2006, *Manajemen stres, cemas, dan depresi*, FKUI, Jakarta.
- Herlina 2012, 'Aplikasi teori kenyamanan pada asuhan keperawatan anak', *Bina Widya*, vol 23, no. 4, pp. 191-197.
- Kolcaba, K 2003, *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Care and Research*, Springer Publishing Co, New York.
- Kolcaba, K & Steiner, R 2004, 'Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patient', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, vol 6, no. 2, pp. 91-102.
- Kudoh, A *et al.* 2009, 'Response to surgical stress in elderly patients', *Can Journal Anesthesia*, vol 46, no. 3, pp. 247-252.
- Kuncoro 2002, *Dukungan Sosial Keluarga Bagi Ibu Hamil*, Rajawali Press, Bandung.
- Kuraesin, ND 2009, '*Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang akan menghadapi operasi di RSUP Fatmawati tahun 2009*', Skripsi, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Kurniawan, A 2009, *Belajar Mudah SPSS*, MedikaKom, Yogyakarta.
- Long, BC 2001, *Perawatan Medikal Bedah*. Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan, Bandung.
- Mangkunegara, AP 2005, *Evaluasi Kinerja SDM*, Refika Cipta, Bandung.
- Mau, A 2013, 'Pengaruh Terapi Musik terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Angrek, Cempaka, dan Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang', *Jurnal Kesehatan (Health Journal)*, vol 1, no. 1, pp. 1-5.
- Muttaqin, A & Sari, K 2009, *Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses, dan Aplikasi*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nadeak, RJ 2010, '*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang RB2 RSUP Haji Adam Malik Medan*', Skripsi, Universitas Sumatera Utara.
- NANDA International 2012, *Diagnosis keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2012-2014*, EGC, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2013, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, 3rd edn, Salemba Medika, Jakarta.

- Oyama, Y, Iwasaka, H, Shihara, K & Hagiwara, S 2011, 'Effect of preoperative oral carbohydrates trace elements on perioperative nutritional status in elective surgery patients', *M E J Anesth*, vol 21, no. 3, pp. 375-385.
- Potter, PA & Perry, AG 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, 8th edn, EGC, Jakarta.
- Qosim, N 2013, 'Tindakan keperawatan yang diterima pasien preoperatif di bangsal bedah RSUP Dr. Kariadi Semarang ', *Medica Hospitalia*, vol 1, no. 3, pp. 196-200.
- Rivani, B 2010, '*Hubungan Pegetahuan Pasien tentang Informasi Pra Operasi dengan Kecemasan Pra Operasi di RS OMNI Internasional Tangerang*', Skripsi, Universitas Esa Unggul.
- Rosen, HI, Bergh, IH, Lundman, BM & Martensson, LB 2010, 'Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery', *BMC Nursing*, vol 9, no. 16.
- Rothrock, JC 2000, *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif*, EGC, Jakarta.
- Safaria, T 2009, *Manajemen Emosi: Sebuah panduan cerdas bagaimana mengelola emosi positif dalam hidup anda*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Saharullah, 2006, '*Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang perawatan bedah RSU Haji Makassar*', Skripsi, Universitas Hasanuddin.
- Salbiah 2006, 'Konsep holistik dalam keperawatan melalui pendekatan model adaptasi Sister Callista Roy', *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*, vol 2, no. 1, pp. 34-38.
- BIBLIOGRAPHY Setiadi 2007, *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sjamjuhidajat, R & Jong, WD 2005, *Buku Ajar Ilmu Bedah*, EGC, Jakarta.
- Smeltzer, SC & Bare, BG 2005, *Buku Ajar Medikal Bedah*, 8th edn, EGC, Jakarta.
- Stuart, GW 2007, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta.
- Sugiono 2010, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*, Alfabeta, Bandung
- Tamsuri, A 2007, *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*, EGC, Jakarta.
- Taniguchi, H, Sasaki, T & Fujita, H 2012, 'Preoperative management of surgical patients by "shortened fasting time": A study on the amount of total body water by multi frequency impedance method', *International Journal of Medical Sciences*, vol 9, no. 7, pp. 567-574.
- Tilton, C, Drouin, C & Kolcaba, K 2006, 'A unifying framework to enhance the practice environment', *The Journal of Nursing Administration*, vol 36, no. 11, pp. 538-544.

- Videbeck, SL 2008, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta
- Wagner, D & Kolcaba, K 2006, 'Effect of comfort warming on preoperative patients', *AORN Journal*, vol 84, no. 3, pp. 427-448.
- Weiser, T, Regenbogen, S, Thompson, K, Haynes, A, Lipsitz, S, Berry, W & Gawande, A 2008, 'An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data', *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, vol 12 Juli, p. 372.
- Wilson, L & Kolcaba, K 2004, 'Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting', *Journal of Perianesthesia Nursing* , vol 19, no. 3, pp. 164-173.
- Zener, R 2011, 'Gender, patient comfort and the neurosurgical operating room', *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol 38, no. 1, pp. 65-71.

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN IJIN PENELITIAN

	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257 Website: http://www.ners.unair.ac.id ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id		
		Surabaya, 2 Mei 2014
Nomor	: 1415 /UN3.1.12/PPd/2014	
Lampiran	: 1 berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	
Kepada Yth. Direktur RSU Haji Surabaya		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.		
Nama	: Ilma Rosida Rahmawati	
NIM	: 131011108	
Judul Skripsi	: Faktor yang Berhubungan dengan Kenyamanan Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSU Haji Surabaya	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
		a.n. Dekan Wakil Dekan I  Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep NIP. 197904242006042002
Tembusan: 1. Kabid. Diklit. RSU Haji Surabaya		

Lampiran 2

SURAT PENGHADAPAN MAHASISWA PENELITIAN**RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN****NOTA DINAS**

Kepada : Yth. Ka. Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya.
 Dari : Kepala Bidang Diklit RSU Haji Surabaya
 Tanggal : 19 Mei 2014
 Nomor : 070/080/03.2.2/2013
 Lampiran : -
 Perihal : Penghadapan Mahasiswa Penelitian

Assalamu'alaiikum Wr. Wb.

Berdasarkan permohonan ijin penelitian yang disetujui oleh Kepala Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya pada tanggal 8 Mei 2014, Bersama ini kami hadapkan mahasiswa tersebut,

Nama : Ilma Rosida Rahmawati
 NIM : 131011108
 Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
 Judul : Faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien pre operasi di ruang rawat inap bedah marwah RSU Haji Surabaya.

Untuk melaksanakan penelitian di unit kerja Saudara dalam rangka penyusunan Skripsi terhitung mulai tanggal 19 Mei s.d 19 Juni 2013. Untuk kebenaran data serta memantau pelaksanaan penelitian oleh mahasiswa tersebut, dimohon memberikan tanda tangan pada lembar monitoring bagi pemberi data dan pembimbing di unit kerja.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wassalamu'alaiikum Wr. Wb.

Kepala Bidang Diklit RSU Haji Surabaya

drg. Siti Rachmawati, MARS.
 NIP. 19621225 198803 2 005

Lampiran 3

LEMBAR MONITORING PENELITIAN

LEMBAR MONITORING PENELITIAN

Nama Peneliti : ILMA ROSIDA RAHMAWATI
 Institusi : FAKULTAS KEPERAWATAN UNAIR
 Judul : Faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien pre operasi
 Lokasi Penelitian : Rsu Haji Surabaya Ruang: Marwah
 Waktu penelitian : 19 Mei s/d 19 Juni 2014
 Jadwal Kegiatan Penelitian :

No.	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Pembimbing Lapangan
1.	Senin, 19/5-2014	Memberikan kuesioner utk Tr. A dan Ny T	Andy
2.	Rabu, 21/5-2014	Memberikan kuesioner utk Tr. B. dan Ny S	
3.	Kamis, 22/5-2014	Memberikan kuesioner kpd Mn. N	Sita
4.	Jumat, 23/5-2014	Memberikan kuesioner utk Ny M	Diana
5.	Sabtu, 24/5-2014	Memberikan kuesioner kpd Ny K dan Ny L	Diana
Mengetahui Litbang			
1.	Senin, 26/5-2014	Memberikan kuesioner kpd Ny. S dan Ny T	Andy
2.	Selasa, 27/5-2014	Memberikan kuesioner kepada Tr. H dan Tr I	Diana
3.	Rabu, 28/5-2014	Memberikan kuesioner kpd Ny. K dan Ny S	Diana
4.	Sabtu, 31/5-2014	Memberikan kuesioner kpd Tr. P dan Tr U	Diana
5.			
Mengetahui Litbang			II
1.	Senin, 2/6-2014	Memberikan kuesioner kpd Tr. W	Andy
2.	Rabu, 4/6-2014	Observasi dan memberikan kues ut Tr. H	Andy
3.	Kamis, 5/6-2014	Observasi dan memberikan kues u/ Ny S.	Andy
4.	Jumat, 6/6-2014	Memberikan kuesioner kpd Tr. S dan Tr K	Andy
5.			
Mengetahui Litbang			III
1.	Senin, 9/6-2014	Memberikan kuesioner untuk Tr. W dan Tr. S	Andy
2.	Selasa, 10/6-2014	Memberikan kuesioner kpd Ny S + Ny A	Andy
3.	Kamis, 12/6-2014	Observasi dan Memberikan kues kpd Tr. H	Diana
4.			
5.			
Mengetahui Litbang			IV

Surabaya, 19 Juni 2014

Pembimbing Unit
 SUGILOWATI
 SUGILOWATI

Peneliti
 ILMA ROSIDA R

Ka. Sie Litbang
 Rsu Haji Surabaya

Lampiran 4

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM “ HAJI SURABAYA “
 e-mail: rsuhajisby1@yahoo.com Telp. (031) 5924000 Fax. 031 - 5947890
 Jalan Manyar Kertoadi Surabaya 60177

SURAT KETERANGAN

NO.070 / 06 / 03.2.2 / 2014

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Wahyu Handayani, SKM
 NIP : 19610724 198412 2 002
 Pangkat/Golongan : Penata / III d
 Jabatan : Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan RSU
 Haji.


Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Ilma Rosida Rahmawati
 NIM : 131011108
 Intitisi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
 Judul : Faktor yang berhubungan dengan kenyamanan pasien
 pre operasi di ruang rawat inap bedah marwah RSU
 Haji Surabaya.

Telah selesai melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya
 pada tanggal 19 Mei 2014 s.d 19 Juni 2014.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana
 mestinya.

Surabaya, 26 Juni 2014
 a.n. Kepala Bidang Diklit
 Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
 Ka. Sie. Litbang


Wahyu Handayani, SKM
 Penata
 NIP. 19610724 198412 2 002

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada:
Yth. Bapak/Ibu Responden
Di tempat

Nama saya Ilma Rosida Rahmawati, mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 2010. Saya akan melakukan penelitian dengan judul "**Faktor yang Berhubungan dengan Kenyamanan Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSU Haji Surabaya**".

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan kenyamanan yang dirasakan pasien yang akan menjalani operasi, sehingga diharapkan dapat diketahui hal apa saja yang menyebabkan perasaan nyaman pada pasien saat menjelang operasi. Penelitian ini tidak menggunakan intervensi, hanya menggunakan kuesioner. Saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi lembar kuesioner yang telah saya persiapkan dengan sejujur-jujurnya.

Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang Anda berikan akan dipergunakan sesuai manfaat dari penelitian ini dan disajikan untuk kepentingan penelitian dan tidak dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi Anda adalah secara sukarela, tanpa adanya paksaan. Apabila Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian yang telah disediakan. Atas partisipasi Anda dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Mei 2014
Hormat saya,
Peneliti

Ilma Rosida R.

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

(INFORMED CONSENT)

Setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang tujuan penelitian ini, saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul "**Faktor yang Berhubungan dengan Kenyamanan Pasien *Pre Operasi* di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSUD Haji Surabaya**", yang dilakukan oleh Ilma Rosida Rahmawati dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Mei 2014

Responden

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI PENELITI

Kode. :

Tanggal :

Data Umum

1. Jenis Kelamin:
2. Usia saat ini:
3. Pendidikan terakhir:
4. Pekerjaan:
5. Riwayat penyakit sekarang:
6. Pengalaman pembedahan:
7. Jenis pembedahan:

Lampiran 8

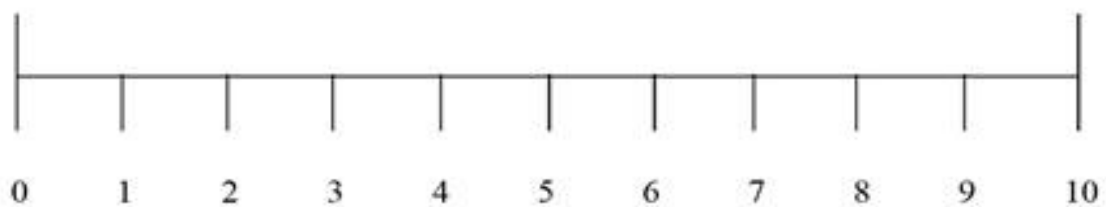
**SKALA PENGUKURAN NYERI DENGAN *NUMERIC RATING SCALE*
(NRS)**

Kode:

Tanggal:

Skala Nyeri:

Petunjuk: Tandai dengan coretan pada garis bawah ini sesuai dengan rasa nyeri yang dirasakan sekarang



Keterangan:

0 : Tidak ada nyeri

1-3 : Ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan

4-6 : Ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahannya

7-10 : Ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit, bahkan berteriak.

Lampiran 9

KUESIONER PENELITIAN**Faktor yang Berhubungan dengan Kenyamanan Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSU Haji Surabaya**

Kode. :

Tanggal :

A. Kuesioner Tingkat Kecemasan

Petunjuk: Berilah tanda () untuk setiap item yang paling menggambarkan seberapa sering Anda merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan di bawah ini:

No.	Pernyataan	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Saya merasa lebih gugup dari biasanya				
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3.	Saya merasa panik saat ini				
4.	Perasaan saya sangat tidak menentu				
5.	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi selanjutnya				
6.	Lengan dan kaki saya gemetar				
7.	Saya merasakan nyeri pada punggung saya				
8.	Saya merasa cepat mengalami kelelahan				
9.	Saya merasa tenang dan dapat duduk dengan mudah				
10.	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar				
11.	Saya terganggu oleh rasa pusing di kepala saya				

No.	Pernyataan	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
12.	Saya merasa seperti mau pingsan				
13.	Saya dapat bernapas dengan mudah				
14.	Saya merasakan kesemutan di jari tangan dan jari kaki				
15.	Perut saya terasa sakit				
16.	Saya sering buang air kecil (kencing)				
17.	Tangan saya kering dan hangat				
18.	Wajah saya terasa panas				
19.	Saya dapat istirahat atau tidur dengan nyenyak				
20.	Saya mimpi buruk				

B. Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk: Isilah kolom jawaban berikut dengan memberi tanda () pada kotak pilihan anda. Keterangan pilihan jawaban: Ya dan Tidak

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Keluarga memberitahukan bahwa penyakit saya bisa sembuh bila menjalani operasi		
2.	Keluarga mengatakan bahwa saya harus menjalani operasi agar penyakit saya dapat sembuh		
3.	Keluarga memberitahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter/perawat yang merawat saya		
4.	Keluarga mendengarkan keluhan kesah saya saat akan menghadapi operasi		
5.	Keluarga peduli terhadap rasa takut saya saat akan menjalani operasi		
6.	Keluarga selalu melibatkan saya dalam mengambil keputusan		
7.	Keluarga menemani saya selama di rumah sakit		
8.	Keluarga selalu memperhatikan pola makan saya selama dirawat		
9.	Keluarga peduli terhadap keperluan saya selama di rumah sakit		
10.	Keluarga menanyakan bagaimana perasaan saya saat akan menjalani operasi		
11.	Keluarga mengerti perasaan saya selama di rumah sakit		
12.	Keluarga memotivasi saya untuk berkomunikasi dengan orang lain, pasien lain, saudara, teman.		

C. Kuesioner Kenyamanan

Petunjuk: Berilah tanda () untuk setiap pernyataan yang paling sesuai dengan perasaan Anda saat ini.

No.	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Saya merasa tubuh saya rileks sekarang				
2.	Saya bisa mengatasi dari rasa sakit saya				
3.	Kondisi ini membuat saya lemah				
4.	Saya dapat berjalan sendiri				
5.	Saya sulit menahan rasa nyeri saya sekarang				
6.	Saya merasa percaya diri untuk menghadapi operasi				
7.	Saya tidak suka berada disini				
8.	Saya yakin Tuhan selalu berada di sisi saya				
9.	Saya merasa stres menjelang operasi				
10.	Tuhan memberikan saya kedamaian				
11.	Saya takut hal buruk akan terjadi setelah saya operasi				
12.	Perawat disini memperhatikan saya				
13.	Keluarga saya menunggu saya selama saya dirawat				
14.	Saya ingin bertemu dengan dokter setiap saat				
15.	Lingkungan di sekitar saya tidak menyenangkan				
16.	Ruangan disini tenang sehingga saya dapat beristirahat				
17.	Ruangan ini membuat saya takut				