

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pembedahan

2.1.1 Definisi Operasi

Operasi atau pembedahan merupakan suatu penanganan medis secara invasif yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri, atau deformitas tubuh, tindakan pembedahan akan mencederai jaringan yang dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh dan mempengaruhi organ tubuh lainnya (Rismawan et al., 2019).

2.1.2 Klasifikasi Pembedahan

Istilah "operasi mayor" dan "operasi minor" yang telah digunakan selama ratusan tahun namun hingga kini tidak memiliki definisi resmi yang jelas dan baku. Istilah ini sangat umum digunakan untuk menjelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga, dalam pendidikan kedokteran, bahkan dalam penelitian ilmiah, perbedaannya masih kabur dan tidak konsisten (Newsome et al., 2021).

a) **Bedah Mayor**

Bedah Mayor didefinisikan sebagai operasi yang menimbulkan risiko terhadap nyawa pasien, khususnya yang melibatkan prosedur pada organ dalam tengkorak, dada, perut, atau rongga panggul, serta operasi ortopedi ekstensif pada ekstremitas.

b) **Bedah Minor**

Bedah minor didefinisikan sebagai prosedur yang dilakukan dengan anestesi lokal yang bersifat superfisial dan terbatas pada area operasi. Prosedur ini tidak memerlukan anestesi spinal atau umum.

Berdasarkan tingkat kedaruratannya, prosedur bedah terdiri dari (Kamel et al., 2020) :

- a) Segera (*Immediate/Cito*): Intervensi yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa atau organ dan harus dilakukan dalam hitungan menit setelah keputusan untuk operasi dibuat.
- b) Urgen (*Urgent*): Intervensi untuk kondisi yang muncul secara akut atau adanya perburukan klinis dari kondisi yang berpotensi mengancam nyawa. Tindakan ini dilakukan dalam hitungan jam setelah keputusan dibuat.
- c) Dipercepat (*Expedited*): Pasien yang memerlukan perawatan lebih awal namun tidak ada ancaman langsung terhadap nyawa atau organ. Operasi dilakukan dalam hitungan hari setelah keputusan dibuat.
- d) Elekti (*Elective*): Operasi yang telah direncanakan atau dijadwalkan sebelumnya. Waktu pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi pasien, rumah sakit, dan staf medis

2.1.3 Tahapan Operasi

Periode perioperatif mencakup keseluruhan pengalaman bedah, yang terbagi menjadi tiga tahapan utama: praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Setiap tahapan memiliki tujuan dan tanggung jawab keperawatan yang khas, yang ditujukan untuk memastikan keselamatan pasien, mengoptimalkan luaran bedah, dan mendorong pemulihan yang efektif (Davrieux et al., 2019; Samir et al., 2024).

a) Tahap Praoperatif

Fase praoperatif dimulai ketika keputusan untuk melakukan pembedahan ditetapkan dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang

operasi. Tujuan utamanya adalah mempersiapkan pasien baik secara fisik maupun psikologis untuk pembedahan. Kegiatan utama dalam fase ini meliputi proses penerimaan (*admission*), verifikasi pemeriksaan praoperatif, perolehan persetujuan tindakan (*informed consent*), pendidikan pasien, dan dukungan psikologis untuk mengurangi kecemasan. Fase ini juga mencakup penilaian awal (*baseline assessments*) yang penting untuk menyusun rencana asuhan keperawatan yang terpersonalisasi.

Tahap praoperatif merupakan landasan fundamental yang penting karena di tahap ini membangun landasan untuk asuhan bedah yang aman, mengurangi tingkat kecemasan, mempersiapkan pasien secara holistik, dan mengoptimalkan luaran (*outcomes*) dari pembedahan. Perawat memegang peran kunci sebagai edukator, advokat, dan pihak yang melakukan persiapan, yang secara langsung

b) Tahap Intraoperatif

Fase intraoperatif dimulai sejak pasien tiba di ruang operasi dan berakhir dengan pemindahan pasien ke unit perawatan pasca-anestesi (*Post-Anesthesia Care Unit - PACU*). Tahapan ini berfokus pada pemeliharaan aseptis, pemberian anestesi, pengaturan posisi bedah, pemantauan tanda-tanda vital, dan asistensi kepada tim bedah. Tanggung jawab keperawatan menekankan pada keselamatan pasien, pengendalian infeksi, dan dokumentasi yang tepat sepanjang prosedur pembedahan.

c) Tahap Pascaoperatif

Fase pascaoperatif dimulai setelah pembedahan dengan penerimaan pasien di area pemulihan dan berlanjut hingga pasien pulih sepenuhnya, termasuk proses pemulangan dan perawatan tindak lanjut (*follow-up*). Asuhan keperawatan pada tahap ini berpusat pada pemantauan komplikasi, manajemen nyeri, perawatan luka, pemberian obat, dan bantuan dalam rehabilitasi. Tahap ini juga mencakup edukasi mengenai perawatan di rumah dan penjadwalan tindak lanjut rawat jalan, memastikan kesinambungan asuhan melampaui masa rawat inap di rumah sakit

2.2 Konsep Dasar Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah efek negatif dari keadaan emosi yang muncul pada individu. Sebagian besar muncul pada saat mengalami stress maupun kewaspadaan terhadap sebuah ancaman. Setiap orang bisa mengalami kecemasan jika mendapat tekanan dan perasaan intens yang berlangsung lama hingga berujung pada masalah kesehatan mental (Marbun dalam Rachmawaty et al., 2024). Kecemasan ditandai dengan kegelisahan, ketidakpastian, ketakutan akan kenyataan, atau perasaan akan datangnya bahaya dari ancaman nyata yang tidak teridentifikasi (Pardede dalam Rachmawaty et al., 2024).

Menurut American Psychological Assosiation (APA), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stess, dan ditandai dengan perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa

khawatir dan disertai dengan respon fisik (jantung berdetak kencang, peningkatan tekanan darah, dan sebagainya) (Muyasaroh et al. 2020).

Kecemasan adalah emosi, perasaan yang timbul sebagai respon awal terhadap stress psikis dan ancaman terhadap nilai-nilai yang berarti bagi individu. Kecemasan sering digambarkan sebagai perasaan yang tidak pasti, ragu-ragu, tidak berdaya, gelisah, kekhawatiran, tidak tenang yang sering disertai keluhan fisik. Kecemasan merupakan kekuatan yang mempengaruhi hubungan interpersonal, suatu respon terhadap bahaya yang tidak diketahui yang muncul bila ada hambatan dalam upaya memenuhi kebutuhan. Kecemasan dapat sebagai alarm tubuh untuk melindungi diri, dikomunikasikan secara interpersonal dan merupakan tanda ancaman yang dapat berhubungan dengan isolasi, kehilangan, gangguan identitas, hukuman dan hubungan interpersonal (Azizah et al., 2016)

2.2.2 Teori-Teori Kecemasan

Menurut Stuart dan sudden (2016) dalam (Ningrum, 2023) mendeskripsikan beberapa teori tentang kecemasan yang dikembangkannya, diantaranya :

a) Teori Psikoanalitik

Kecemasan menurut pandangan psikoanalitik dapat terjadi karena adanya konflik antara emosional elemen kepribadian yaitu id (insting) dan super ego (hati nurani). Sedangkan ego memiliki peran untuk menjadi penengah antara dua elemen yang saling bertentangan. Cemas merupakan hal yang alamiah sebagai respon dari tubuh untuk mengendalikan kesadaran terhadap stimulus tertentu

b) Teori Interpersonal

Kecemasan dapat timbul dari masalah yang berhubungan dengan interpersonal dan berkaitan erat dengan kemampuan seseorang untuk berkomunikasi. Perasaan cemas biasanya muncul karena takut adanya penolakan interpersonal. Cemas juga seringkali dikaitkan dengan trauma seperti kehilangan dan perpisahan.

c) Teori Perilaku

Berdasarkan teori perilaku, kecemasan merupakan segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang dalam mencapai tujuannya yang biasa disebut produk frustrasi.

d) Teori Perpektif Keluarga

Kajian keluarga selalu menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam sebuah keluarga. Kecemasan dapat menunjukkan pola interaksi yang maladaptif pada sistem didalam keluarga.

e) Teori Biologis

Teori biologis berpendapat bahwa kecemasan terjadi karena didalam otak manusia terdapat neurotransmitter. *Norepinephrine*, *serotonin* dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA) merupakan tiga neurotransmitter yang berhubungan dengan kecemasan. Dalam kehidupan sehari-hari individu berespon terhadap stressor dimana keadaan tersebut akan dihadapkan dengan berbagai kecemasan.

Dalam kesempatan lain Miller et al (2004) menentang pandangan lama yang menganggap kecemasan sebagai satu konsep tunggal (unidimensional) yang kemudian mengusung Teori multidimensial.

f) Teori Multidimensional

Martens mengusulkan bahwa kecemasan, terutama kecemasan sesaat (*state anxiety*), terdiri dari dua komponen utama yang terpisah dan memiliki dampak yang berbeda. Martens membagi kecemasan menjadi dua dimensi yaitu :

1) Kecemasan Kognitif (Cognitive Anxiety) Ini adalah dimensi mental dari kecemasan. Komponen ini ditandai oleh pikiran-pikiran negatif, kekhawatiran, keraguan, dan kesulitan untuk berkonsentrasi. Ini adalah aspek "pikiran" dari kecemasan, di mana seseorang merasa cemas karena interpretasi dan evaluasi negatif terhadap suatu situasi.

Contoh: Seorang mahasiswa yang akan ujian berpikir, "Bagaimana jika saya lupa semua jawabannya?" atau "Saya pasti akan gagal."

2) Kecemasan Somatik (Somatic Anxiety) Ini adalah dimensi fisik dari kecemasan. Komponen ini merujuk pada persepsi seseorang terhadap perubahan fisiologis atau gairah tubuh (*physiological arousal*) yang dialaminya. Ini adalah aspek "rasa" dari kecemasan yang dirasakan di tubuh.

Contoh: Jantung berdebar kencang, telapak tangan berkeringat, otot terasa tegang, perut mulas, atau napas menjadi pendek sebelum presentasi.

2.2.3 Sumber Kecemasan

(Azizah et al., 2016) menjabarkan sumber kecemasan menjadi 2 :

- a) Ancaman Internal dan Eksternal Terhadap ego (S.Freud)
Adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar seperti makan, minum, seksual, keamanan.
- b) Ancaman terhadap keamanan interpersonal dan harga diri (Sullivan)
 - 1) Tidak menemukan integritas diri
 - 2) Tidak menemukan prestige
 - 3) Tidak memperoleh aktualisasi diri
 - 4) Malu./tidak sesuai antara pandangan diri dan lingkungan nyata

2.2.4 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Azizah, et.al (2016) Tanda dan Gejala Kecemasan dibagi menjadi 4 Respon :

- a) Respon Fisiologis
 - 1) Kardiovaskuler : Palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa mau pingsan
 - 2) Respirasi : Nafas cepat, pernafasan dangkal, rasa tertekan pada dada dan tercekik, terengah-engah
 - 3) Neuromuskuler : peningkatan reflek, peningkatan rangsangan kejut, insomnia, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum.
 - 4) Gastrointestinal : Kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen dan epigastrium, nausea, diare
 - 5) Saluran kemih : tidak dapat menahan BAK, nyeri saat BAK

6) Integumen : rasa terbakar pada wajah, berkeringat seluruh tubuh atau setempat (telapak tangan), muka pucat, gatal, perasaan panas dan dingin pada kulit

b) Respon Prilaku

- 1) Gelisah
- 2) Ketegangan fisik
- 3) Tremor
- 4) Gugup
- 5) Bicara cepat
- 6) Menarik diri
- 7) Menghindar
- 8) Tidak ada koordinasi
- 9) Melarikan diri dari masalah

c) Respon Kognitif

- 1) Perhatian terganggu
- 2) Konsentrasi hilang
- 3) Pelupa
- 4) Salah penilaian
- 5) Blocking
- 6) Menurunnya lahan persepsi
- 7) Kreatifitas menurun
- 8) Produktifitas menurun
- 9) Bingung
- 10) Sangat waspada

11) Hilang objektifitas

12) Takut kecelakaan dan mati

d) Respon Afektif

1) Mudah terganggu

2) Tidak sabar

3) Tegang

4) Takut berlebihan

5) Gugup luar biasa

2.2.5 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pra Operasi

a) Faktor yang Berkaitan dengan Ketakutan (*Fear-Related Factor*)

Ketakutan terhadap pembedahan itu sendiri, termasuk kekhawatiran tentang nyeri, anestesi, komplikasi bedah, kematian, dan kegagalan pemulihan, merupakan kontributor dominan terhadap kecemasan praoperatif. Secara spesifik, ketakutan akan anestesi dan kemungkinan terbangun selama operasi dapat meningkatkan tingkat kecemasan. Selain itu, ketakutan akan kematian dan kehilangan kendali sangat prediktif terhadap kecemasan (Wondmieneh, 2020; Xing et al., 2025).

b) Pengalaman Medis dan Bedah Sebelumnya

Ketiadaan paparan terhadap anestesi atau pembedahan dikaitkan dengan kecemasan yang lebih tinggi, kemungkinan besar karena aspek proses yang tidak diketahui. Sebaliknya, pengalaman rumah sakit atau bedah negatif sebelumnya juga dapat meningkatkan kecemasan (Wondmieneh, 2020).

c) Jenis Kelamin

Pasien perempuan cenderung melaporkan kecemasan praoperatif yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Pasien perempuan secara konsisten menunjukkan tingkat kecemasan praoperatif yang lebih tinggi dibandingkan pasien laki-laki. Hal ini telah dibuktikan dalam berbagai studi, termasuk studi observasional di Iran, di mana pasien perempuan memiliki tingkat kecemasan keadaan (*state anxiety*) dan sifat (*trait anxiety*) yang secara signifikan lebih tinggi daripada pasien laki-laki ($p=0,03$ dan $0,009$, secara berturut-turut). Perbedaan jenis kelamin dalam kecemasan ini mungkin terkait dengan faktor biologis, psikologis, atau sosial yang memengaruhi respons stress (Khalili et al., 2019).

d) Usia

Usia menunjukkan hubungan yang bervariasi dengan kecemasan praoperatif. Beberapa studi melaporkan pasien yang lebih muda cenderung lebih cemas, kemungkinan karena kurangnya pengalaman hidup atau ketahanan diri (*resilience*), sementara studi lain tidak menemukan perbedaan signifikan berdasarkan kelompok usia. Dalam studi di Iran, usia merupakan faktor prediktif untuk kecemasan, meskipun tidak ada perbedaan signifikan dalam usia rata-rata yang terlihat antara kelompok cemas dan non-cemas (Khalili et al., 2019; Xing et al., 2025).

e) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang lebih tinggi telah dikaitkan dengan kecemasan praoperatif yang lebih besar dalam beberapa penelitian. Pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi mungkin memiliki peningkatan kesadaran terhadap potensi risiko dan komplikasi, sehingga mengalami kecemasan yang lebih besar. Dalam studi yang dikutip, pasien dengan pendidikan tinggi memiliki tingkat kecemasan yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah ($p < 0,001$) (Khalili et al., 2019).

2.2.6 Dampak Kecemasan Pra Operasi

a) Respon Fisiologis

Ansietas preoperatif yang berlebihan memicu serangkaian respons fisiologis, meliputi takikardia, hipertensi, aritmia, dan peningkatan persepsi nyeri. Respons stres ini dapat berlanjut hingga periode pascaoperasi, sehingga mempersulit pemulihan dan meningkatkan risiko kejadian tidak diinginkan seperti penyembuhan luka yang terhambat dan infeksi (Susdela et al., 2025).

Tingkat ansietas yang tinggi berhubungan dengan peningkatan nyeri pascaoperasi, kebutuhan analgesik yang lebih besar, dan penurunan fungsi kekebalan tubuh. Faktor-faktor ini berpengaruh negatif terhadap penyembuhan luka, meningkatkan komplikasi, dan memperpanjang waktu pemulihan (Agus Jatmiko et al., 2025)

b) Respon Psikologis

Secara psikologis, ansietas menyebabkan kegelisahan, kualitas tidur yang buruk, dan kesulitan dalam menghadapi proses pembedahan. Hal ini dapat meningkatkan persepsi nyeri dan memperpanjang masa rawat inap di rumah sakit. Ansietas yang tidak ditangani juga dapat menunda operasi jika pasien tidak dalam kondisi stabil secara mental atau fisik untuk menjalani prosedur (Aristiani & Heri Susanti, 2022; Susdela et al., 2025).

Ansietas juga dapat mengurangi kepatuhan pasien terhadap instruksi preoperatif dan pascaoperasi, yang berdampak pada kualitas pemulihan (Agus Jatmiko et al., 2025). Intervensi seperti terapi relaksasi otot progresif, konseling preoperatif, komunikasi terapeutik, dan edukasi pasien telah terbukti efektif dalam menurunkan tingkat ansietas. Pendekatan-pendekatan ini membantu pasien memahami prosedur pembedahan, menetapkan ekspektasi yang realistis, serta menumbuhkan rasa kontrol dan aman (Dewi Indana & Aniroh, 2024).

2.2.7 Rentang Respon Kecemasan

Azizah et al., (2016) dalam bukunya menjabarkan rentang kecemasan berfluktuasi antara respon adaptif antisipasi hingga maladaptif yaitu panik.



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik (2016)

- a) Antisipasi : suatu keadaan yang digambarkan lapang persepsi menyatu dengan lingkungan. Pikiran terfokus pada persiapan untuk suatu kejadian. Ini adalah tingkat kecemasan yang paling ringan dan merupakan bagian normal dari kehidupan. Seseorang merasakan sedikit ketegangan atau kegelisahan saat memikirkan peristiwa yang akan datang.
- b) Cemas ringan : ketegangan ringan, pada tingkat ini, kecemasan masih dalam batas normal dan dapat dikelola. seseorang menjadi lebih waspada dan persepsinya terhadap lingkungan meningkat penginderaan lebih tajam dan menyiapkan diri untuk bertindak
- c) Cemas sedang : Keadaan lebih waspada dan lebih tegang, lapang persepsi menyempit dan tidak mampu memusatkan pada faktor/peristiwa yang penting baginya. Seseorang hanya fokus pada hal-hal yang menjadi sumber kecemasannya dan mengabaikan hal lain di sekitarnya (disebut juga *selective inattention*)
- d) Cemas Berat : Lapang persepsi sangat sempit, berpusat pada detail yang kecil, tidak memikirkan yang luas, tidak mampu memuat kaitan dan tidak mampu menyelesaikan masalah

e) Panik

Ini adalah tingkat kecemasan yang paling ekstrem, di mana seseorang kehilangan kendali atas pikiran dan perilakunya. Persepsi menyimpang sangat kacau dan tidak terkontrol, berpikir tidak teratur, perilaku tidak tepat dan agitasi/hiperaktif

2.2.8 Alat Ukur Kecemasan

a) APAIS (*Amsterdam Preoperasi Anxiety and Information Scale*)

Amsterdam Preoperasi Anxiety and Information Scale (APAIS) adalah kuesioner yang dirancang secara khusus untuk penilaian kecemasan pra-bedah. Instrumen ini lebih ringkas, hanya terdiri dari enam butir yang berfokus pada kecemasan yang terkait dengan anestesi dan pembedahan, serta kebutuhan pasien akan informasi. Respon dinilai menggunakan skala Likert 5 poin. Instrumen ini mencakup item-item mengenai kecemasan terhadap anestesi, pembedahan, dan kebutuhan akan informasi. APAIS dikenal cepat dalam administrasinya, telah tervalidasi dengan baik, dan membantu dalam mengidentifikasi kekhawatiran spesifik pasien. Selain mengukur kecemasan, keunggulan APAIS terletak pada kemampuannya menilai kebutuhan informasi pasien. Aspek ini sangat penting untuk menyusun edukasi pra-bedah yang disesuaikan (*tailored*) dan intervensi pengurangan kecemasan yang lebih efektif. (Oh et al., 2024; Perdana et al., 2020).

b) STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) merupakan instrumen yang diakui secara luas dan tervalidasi untuk mengukur dua jenis kecemasan yang berbeda: kecemasan keadaan (*state anxiety*) dan kecemasan sifat (*trait anxiety*). Kecemasan keadaan adalah kecemasan yang bersifat sementara atau situasional, sementara kecemasan sifat merujuk pada disposisi kecemasan yang umum dan bersifat jangka panjang (Cao et al., 2017).

STAI dianggap sebagai instrumen standar emas (*gold standard*) untuk mengukur kecemasan. Instrumen ini terdiri dari dua subskala yang masing-masing memiliki 20 item, yang mengevaluasi kecemasan keadaan (*state anxiety*, perasaan kecemasan saat ini) dan kecemasan sifat (*trait anxiety*, disposisi kecemasan umum). Meskipun memiliki reliabilitas dan validitas yang tinggi, STAI dapat memakan waktu untuk diadministrasikan dalam situasi praoperatif yang sibuk (Cao et al., 2017).

c) PAS-7 (*Preoperasi Anxiety Scale*)

Perioperasi Anxiety Scale-7 (PAS-7) merupakan instrumen yang dikembangkan secara spesifik untuk menilai kecemasan pra-bedah pada pasien dewasa yang menjalani bedah elektif dengan anestesi umum. PAS-7 menonjol sebagai alat yang valid, reliabel, dan efisien untuk mengukur kecemasan sebelum operasi. PAS-7 terdiri dari tujuh butir (*item*) yang dikelompokkan menjadi dua dimensi utama:

- 1) Kecemasan Mental (*mental anxiety*): Mengukur aspek psikologis kecemasan.
- 2) Kecemasan Somatik (*somatic anxiety*): Mengukur manifestasi fisik dari kecemasan.

Butir-butir dalam PAS-7 dikembangkan berdasarkan instrumen yang sudah ada, seperti Amsterdam Preoperasi Anxiety and Information Scale (APAIS), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), dan State-Trait Anxiety Inventory (STAI), yang diperkaya dengan survei pasien dan konsultasi ahli (psikiater, ahli anestesi, dan dokter bedah). Respon dinilai menggunakan skala Likert 5 poin, mulai dari 0 (sama sekali tidak) hingga 4 (sangat jelas). Skor total yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih parah (Wang et al., 2024).

PAS-7 telah menunjukkan reliabilitas yang sangat baik. Konsistensi internalnya (nilai Cronbach's alpha) berkisar antara 0,76 hingga 0,93 untuk subskalanya. PAS-7 juga memiliki validitas konvergen yang baik, ditunjukkan dari korelasinya yang tinggi (berkisar antara 0,71 hingga 0,79) dengan skor Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Dalam konteks diagnostik, skor ambang batas (*cut-off*) 8 pada PAS-7 terbukti efektif dalam membedakan pasien dengan kecemasan signifikan, dengan nilai sensitivitas 75% dan spesifisitas 85% (Wang et al., 2024; Zhang et al., 2021).

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa PAS-7 memiliki reliabilitas dan akurasi diagnostik yang lebih tinggi untuk kecemasan pra-bedah dibandingkan dengan APAIS, khususnya pada populasi Tiongkok. Nilai *Area Under the ROC Curve* (AUC) PAS-7 (0,808) secara signifikan lebih besar dibandingkan APAIS (0,674), mengindikasikan kinerja yang superior. PAS-7 juga menunjukkan korelasi yang baik dengan State-Trait Anxiety Inventory-State (STAI-S), menegaskan validitasnya sebagai alat *skrining* kecemasan sebelum operasi. Keunggulannya terletak pada kemudahan administrasi, sifatnya yang ringkas, serta cakupannya yang komprehensif terhadap dimensi kecemasan mental dan somatik (Wang et al., 2024; Zhang et al., 2021).

2.3 Konsep Kualitas Tidur

2.3.1 Pengertian

Kualitas tidur merupakan ukuran dimana seseorang mendapat kemudahan dalam memulai tidur dan untuk mempertahankan tidur. Kualitas tidur seseorang dapat digambarkan dengan lama waktu tidur dan keluhan-keluhan terkait tidur ataupun setelah bangun tidur (Rahma, 2022). Proses hospitalisasi (rawat inap) sering kali mengganggu pola istirahat dan tidur pasien, baik karena penyakit yang diderita maupun karena harus beradaptasi dengan rutinitas perawatan yang baru dan asing. Banyak pasien masih menyimpan kekhawatiran emosional yang menghambat relaksasi, seperti cemas akan keterbatasan fisik pasca-sakit atau takut tidak bisa kembali

beraktivitas seperti sedia kala. Kondisi stres ini membuat pasien sulit untuk rileks sepenuhnya. Hal ini menegaskan betapa pentingnya pemenuhan kebutuhan istirahat pasien secara holistik. Jika kebutuhan istirahat ini tidak terpenuhi dalam waktu lama, hal tersebut berisiko memperburuk penyakit yang ada atau bahkan memicu timbulnya masalah kesehatan baru (Potter et al., 2018)

2.3.2 Tahapan Tidur

Tahapan tidur terdiri dari 2 jenis, yaitu *Non-Rapid Eye Movement* (NREM) dan *Rapid Eye Movement* (REM), yang bergantian sepanjang malam. Kedua fase ini memiliki peran yang berbeda namun saling melengkapi dalam memastikan pemulihan tubuh dan otak setelah terjaga.

a) *Non-Rapid Eye Movement* (NREM)

Selama fase NREM, seseorang akan melalui empat tahapan dalam satu siklus tidur yang tipikalnya berdurasi 90 menit. Kualitas tidur akan menjadi semakin dalam seiring pergerakan dari tahap 1 hingga tahap 4. Tidur yang lebih ringan menjadi karakteristik dari tahap 1 dan 2, di mana seseorang lebih mudah untuk dibangunkan. Sementara itu, tahap 3 dan 4 merupakan fase tidur dalam yang juga dikenal sebagai *slow-wave sleep* (tidur gelombang lambat) (Potter et al., 2018). Tahap ini ditandai dengan pola EEG (Elektroensefalogram) yang tersinkronisasi dan sangat penting untuk performa fisik dan intelektual. NREM sendiri terbagi lagi menjadi empat tahapan

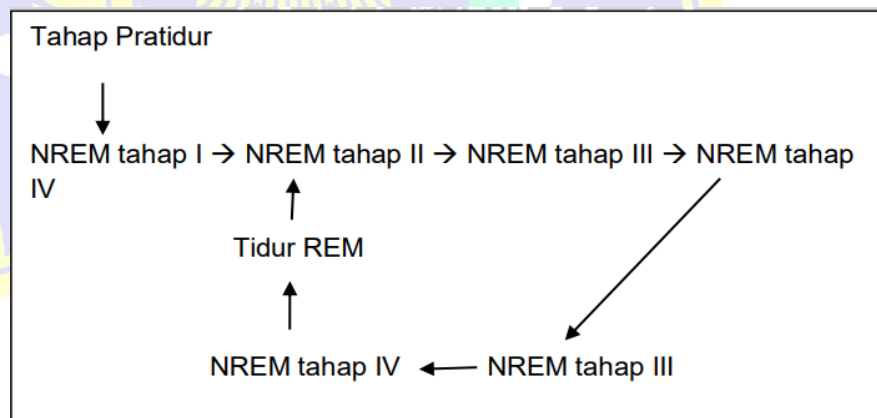
yang semakin dalam. Tahap pertama adalah fase transisi ringan dari kondisi terjaga ke tidur. Tahap kedua menandai dimulainya tidur yang sebenarnya. Tahap ketiga, yang dikenal sebagai tidur dalam atau tidur gelombang lambat (*slow-wave sleep*), yang merupakan fase di mana tubuh melakukan proses restoratif yang paling intensif. Tahap keempat, dengan durasi sekitar 15 hingga 30 menit, ini adalah tahap tidur yang paling dalam. Tanda-tanda vital berada pada level yang jauh lebih rendah dibandingkan saat kondisi sadar. Seseorang yang mengalami kurang tidur akan menghabiskan porsi waktu yang lebih banyak pada tahap ini untuk pemulihan. Fenomena seperti berjalan sambil tidur (*sleepwalking*) atau mengompol (*enuresis*) terkadang terjadi pada tahap ini. Sangat sulit untuk membangunkan seseorang dari tahap 4 ini (Potter et al., 2018).

Selama tahap tidur NREM, tubuh secara aktif terlibat dalam berbagai proses pemulihan. Proses-proses ini termasuk perbaikan sel, pelepasan hormon pertumbuhan, dan penguatan sistem kekebalan tubuh. Fungsi sistem kekebalan ditingkatkan melalui pergeseran fungsi monosit ke arah imunitas seluler dan peningkatan aktivitas sitokin tipe 1. Selain itu, pelepasan sitokin pro-inflamasi seperti interleukin-1 dan tumor necrosis factor- α juga berperan dalam pengaturan tidur normal. Proses-proses ini membantu menjaga homeostasis tubuh dengan pengeluaran energi yang lebih rendah dibandingkan saat terjaga .

b) *Rapid Eye Movement (REM)*

Setelah beberapa siklus NREM, otak beralih ke mode tidur yang sangat berbeda, yaitu tidur REM. Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah seseorang tertidur. Durasinya akan semakin panjang pada setiap siklus berikutnya, dengan rata-rata 20 menit per siklus. Karakteristik utama dari fase ini adalah mimpi yang jelas dan penuh warna. Secara fisiologis, tahap ini ditandai oleh gerakan mata yang sangat cepat, fluktuasi detak jantung dan laju pernapasan, tekanan darah yang meningkat atau berfluktuasi, hilangnya tonus otot rangka, serta peningkatan sekresi asam lambung. Sama seperti tahap 4, seseorang sangat sulit dibangunkan dari fase REM. Fungsi utama tidur REM berkaitan dengan proses kognitif dan regulasi emosional. Pada tahap ini, otak secara aktif mengkonsolidasikan memori, memproses emosi, dan terlibat dalam plastisitas saraf, yang semuanya penting untuk pembelajaran, kreativitas, dan menjaga fungsi kognitif yang optimal. Penelitian menunjukkan bahwa jejak memori episodik diaktifkan kembali selama tidur REM, yang mendukung peranannya dalam konsolidasi memori (Rutkowska et al., 2024).

Sepanjang tidur, siklus NREM-REM ini berulang beberapa kali sebelum seseorang bangun. Setiap siklus berlangsung sekitar 90-110 menit pada orang dewasa. Di awal malam, periode tidur NREM, terutama tidur dalam (*slow-wave sleep*) lebih dominan. Seiring berjalannya malam, durasi tidur REM cenderung memanjang, sementara tidur dalam berkurang. Pola ini memastikan bahwa kebutuhan pemulihan fisik diprioritaskan di awal tidur, diikuti oleh pemulihan kognitif dan emosional yang lebih intensif menjelang pagi (Vyazovskiy & Delogu, 2014). Pola tidur dapat bervariasi antar individu. Faktor-faktor seperti genetika, usia, dan lingkungan memengaruhi durasi dan komposisi siklus tidur. Sebagai contoh, orang yang lebih tua cenderung mengalami penurunan durasi tidur gelombang lambat dan tidur REM, serta peningkatan fragmentasi tidur (Rutkowska et al., 2024; Vyazovskiy & Delogu, 2014).



Gambar 2.2 Tahapan Tidur (Potter et al., 2018)

c) Peran Neurotransmitter pada tidur

Bagian otak yang paling penting dalam mengatur durasi tidur adalah hipotalamus. Kelompok neuron hipotalamus tertentu

dan kelompok neuron basal forebrain yang berdekatan menghasilkan neurotransmitter asam γ -aminobutirat (GABA). Sel-sel GABAergik ini unik: sementara sebagian besar neuron cenderung memiliki aktivitas minimal selama tidur non-rapid eye movement (NREM), sel-sel ini lebih aktif selama tidur NREM daripada saat tidur rapid eye movement (REM) atau saat terjaga. Sel-sel GABAergik menginduksi tidur dengan menghambat sel-sel yang terlibat dalam fungsi pembangkitan kesadaran. Beberapa kelompok neuron telah terbukti dihambat oleh aksi ini—termasuk neuron yang mengandung histamin, norepinefrin, serotonin, hipokretin, dan glutamat—dan penghambatan ini mendorong tidur (Siegel, 2022)

2.3.3 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kualitas Tidur

Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pasien pra operasi antara lain adalah :

a) Kecemasan

Kecemasan mengenai situasi tertentu sering kali mengganggu tidur. Stres emosional dapat menyebabkan seseorang menjadi tegang dan sering kali menimbulkan frustrasi ketika tidak kunjung tidur. Stres juga menyebabkan seseorang berusaha terlalu keras untuk bisa tertidur, sering terbangun selama siklus tidur, atau bahkan tidur berlebihan (Potter et al., 2018). Kecemasan menjelang operasi merupakan faktor utama yang memengaruhi kualitas tidur pasien pra

operasi. Pasien yang mengalami kecemasan tinggi cenderung mempunyai gangguan tidur seperti sulit tidur dan tidur tidak nyenyak. Kecemasan memicu respons fisiologis seperti peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik yang berdampak negatif pada kemampuan tidur. Penelitian menunjukkan hubungan positif antara tingkat kecemasan dan gangguan kualitas tidur pada pasien pra operasi (Gu et al., 2023).

b) Usia

Pola dan kualitas tidur diketahui berubah sepanjang hidup seseorang. Sebuah studi menunjukkan bahwa usia subjektif yang lebih tua berkaitan dengan kualitas tidur yang lebih buruk. Proses penuaan dapat mengakibatkan penurunan fungsi beberapa organ dan perubahan patologis. Seperti degenerasi sendi, hipertensi, diabetes, kanker, dan lainnya (Butris et al., 2025; Guo et al., 2024). Selain itu, lansia berpotensi mengalami kesulitan tidur di malam hari. Karena terjadi penurunan hormon melatonin yang juga berperan dalam mengendalikan ritme sirkadian. Kesulitan tidur di malam hari merupakan gangguan tidur akibat ketidakmampuan lansia untuk memulai proses tidur, mempertahankan tidur, tidur yang tidak menyegarkan, atau bangun terlalu pagi (Herawati & Syahrums, 2024). Lansia dan merupakan kelompok yang rentan mengalami stres emosional cenderung mengalami beberapa masalah tidur, seperti kesulitan untuk memulai tidur, fase tidur REM (Rapid Eye Movement) yang datang lebih awal, sering terbangun atau bangun

terlalu pagi, merasa kualitas tidurnya buruk, serta mengalami kantuk berlebihan di siang hari (Potter et al., 2018).

c) Jenis Kelamin

Kualitas tidur merupakan isu penting sepanjang hidup, baik bagi pria maupun wanita. Kualitas tidur berdampak positif terhadap kondisi kesehatan, kemampuan untuk beraktivitas di siang hari, dan produktivitas kerja. Berdasarkan hasil studi, Perempuan dilaporkan mengalami lebih banyak masalah tidur daripada laki-laki, dan insiden insomnia pada perempuan 1,5 kali lebih tinggi daripada laki-laki (Lin et al., 2021). Berdasarkan hasil meta-analisis perbedaan jenis kelamin dalam prevalensi insomnia, menemukan bahwa perempuan 1,41 kali lebih mungkin menderita insomnia. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh perubahan hormonal yang berkaitan dengan gejala menopause dan berkaitan dengan perubahan fisik, fisiologis dan psikologis yang dapat meningkatkan kejadian masalah yang berkaitan dengan tidur. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hormon reproduksi perempuan dapat mengubah pola tidur, di mana peningkatan estrogen dapat meningkatkan waktu tidur REM dan menurunkan latensi REM (Alosta et al., 2024).

d) Rasa sakit / nyeri

Nyeri merupakan faktor risiko utama kurang tidur, baik pada periode perioperatif. Nyeri perioperatif seringkali disebabkan oleh penyakit fisik, terutama pada pasien dengan penyakit artrosis. Sekitar 50% pasien insomnia mengalami nyeri kronis. Kurang tidur

dapat menyebabkan hiperalgesia dan peningkatan timbulnya nyeri kronis, meningkatkan keparahan nyeri, dan durasi nyeri. Nyeri tersebut dapat memperparah kondisi kualitas tidur (Lin et al., 2021).

e) Lingkungan Rumah Sakit

Berbagai faktor lingkungan dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk tetap tertidur. Lingkungan fisik kamar tidur seperti ventilasi yang baik, ukuran kamar tidur, tingkat kekerasan tempat tidur, dan posisi tempat tidur, secara signifikan memengaruhi kualitas tidur. Kebiasaan tidur juga berperan, dimana seseorang yang terbiasa tidur dengan orang lain mungkin akan sulit tidur saat sendirian, begitu pula sebaliknya, tidur di samping pasangan yang gelisah atau mendengkur dapat mengganggu istirahat. Kondisi ini juga berlaku pada lingkungan rumah sakit, kebisingan menjadi masalah utama bagi pasien. Suara yang asing dan keras di rumah sakit membuat pasien mudah terbangun, terutama pada malam pertama rawat inap yang ditandai dengan peningkatan waktu terjaga dan penurunan durasi tidur. Sumber kebisingan sangat beragam, mulai dari aktivitas perawat, alarm monitor di , jarak pasien yang terlalu berdekatan, suara dari pasien lain yang sedang bingung atau kesakitan hingga gangguan akibat situasi darurat menjadikan lingkungan terasa tidak nyaman. Kebisingan dapat menyebabkan peningkatan agitasi (kegelisahan), memperlambat proses penyembuhan, mengganggu fungsi imun, serta meningkatkan

tekanan darah, laju detak jantung, dan tingkat stress (Potter et al., 2018).

f) Kebiasaan Pola Tidur

Penurunan durasi tidur di kalangan masyarakat modern telah menyebabkan meluasnya kondisi deprivasi tidur (kekurangan waktu tidur) dan keluhan kantuk berlebih di siang hari (*excessive daytime sleepiness*). Rasa kantuk ini menjadi sebuah kondisi patologis ketika muncul pada saat-saat individu seharusnya tetap terjaga dan waspada. Aktivitas seperti bekerja lembur atau begadang tergolong kekurangan tidur sementara, biasanya menyebabkan rasa kantuk keesokan harinya yang masih dapat diatasi, meskipun konsentrasi dan performa bekerja dapat menurun. Sementara, kondisi kekurangan tidur kronis memiliki dampak yang jauh lebih serius, karena dapat menyebabkan perubahan besar pada kemampuan seseorang dalam berfungsi secara normal di kehidupan sehari-hari (Potter et al., 2018).

g) Asupan Makanan

Pola makan dan kualitas tidur memiliki hubungan yang erat. Kebiasaan makan yang buruk dapat mengganggu tidur, misalnya mengonsumsi makanan porsi besar, berat, atau pedas di malam hari yang bisa memicu gangguan pencernaan. Selain jenis makanan, beberapa substansi seperti kafein (dari kopi, teh, coklat), alkohol, dan nikotin juga dikenal dapat menyebabkan insomnia jika dikonsumsi menjelang waktu tidur (Potter et al., 2018).

2.3.4 Dampak Penurunan Kualitas Tidur

Kualitas tidur preoperasi merupakan faktor krusial yang memengaruhi efek pascaoperasi. Kualitas tidur yang buruk terbukti berhubungan dengan peningkatan persepsi nyeri pascaoperasi, konsumsi analgesik (peredai nyeri) yang lebih tinggi, dan durasi rawat inap yang lebih lama. Berbagai studi menunjukkan tingginya prevalensi kualitas tidur yang buruk di kalangan pasien bedah, yang secara negatif memengaruhi ambang batas nyeri dan proses pemulihan mereka (Yıldız et al., 2023; Zong et al., 2025).

Gangguan tidur sebelum pembedahan dapat memperburuk respons inflamasi (peradangan) tubuh dan mengganggu fungsi imun, yang keduanya vital untuk proses penyembuhan. Gangguan ini berpotensi memperlambat penyembuhan luka dan meningkatkan kerentanan terhadap komplikasi pascaoperasi, termasuk infeksi (Lin et al., 2021).

Faktor psikologis seperti kecemasan preoperasi memiliki hubungan yang erat dengan kualitas tidur yang buruk. Keduanya saling berkaitan, dimana kecemasan mengganggu tidur, dan kurang tidur memperkuat kecemasan. Gangguan tidur yang dipicu oleh kecemasan dapat memperburuk persepsi nyeri dan respons stres terhadap pembedahan, sehingga menekankan pentingnya manajemen kecemasan dalam perawatan preoperasi (Amzoute et al., 2025).

(Pilkington, 2016) menyebutkan dampak gangguan tidur yaitu dampak biokognitif pada pasien di rumah sakit antara lain:

- a) Penurunan Fungsi imun : perubahan fungsi atau penurunan fungsi yang akan memperlambat proses penyembuhan dan meningkatkan risiko penyakit lain;
- b) Peningkatan Inflamasi : Gangguan tidur menempatkan tubuh dalam kondisi peradangan yang dirasakan dengan meningkatkan sekresi penanda inflamasi, sehingga meningkatkan respons imun dan merangsang respons stres. peningkatan kadar sitokin proinflamasi mengaktifkan glukokortikoid yang dapat mempengaruhi ritme sirkadian pasien dan mengintensifkan respon stres. Aktivasi sistem respon stres ini mempengaruhi fungsi otak dan proses metabolisme, sehingga mempengaruhi kesehatan secara negatif.
- c) Ketidakseimbangan sistem simpatis dan parasimpatis : pada saat tidur yang terganggu atau tidur yang tidak tercapai, sistem simpatis tetap terstimulasi, tekanan darah tidak menurun, denyut nadi dan sistem vaskular bertahan pada level yang tinggi. Keadaan peningkatan stimulasi sistem simpatis ini juga terlihat saat tubuh mengalami stres. Keseimbangan sistem parasimpatis juga terganggu selama kurang tidur yang akan menyebabkan insulin yang dikeluarkan lebih sedikit. Metabolisme karbohidrat yang buruk : potensial mengembangkan resistensi insulin yang akan menimbulkan kerugian pada metabolisme karbohidrat.

d) Kinerja kognitif terganggu yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Selama periode kurang tidur, kinerja kognitif pasien menurun dan pasien akan menjadi kurang waspada, kemampuan membuat keputusan dan melakukan kegiatan biasa menjadi lebih sulit. Dampak ini lebih berisiko pada pasien lansia dan pada pasien yang tidur kurang dari lima jam. Kurangnya kemampuan kognitif juga akan memperlama proses fisioterapi dan terapi okupasi bagi pasien. Kurang tidur juga menyebabkan pengurangan tingkat energi, mengganggu pemulihan fisik dan mempengaruhi mobilisasi dan rehabilitasi secara signifikan.

2.3.5 Alat Ukur Kualitas Tidur

a) PSQI

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah kuesioner yang digunakan secara luas untuk menilai kualitas dan gangguan tidur selama periode satu bulan. Kuesioner ini terdiri dari 19 butir yang dikelompokkan menjadi 7 komponen yaitu: kualitas tidur subjektif, latensi tidur (waktu yang dibutuhkan untuk tertidur), durasi tidur, efisiensi tidur habitual (kebiasaan efisiensi tidur), gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi di siang hari. Skor global total berkisar dari 0 hingga 21, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas tidur yang lebih buruk. Skor di atas 5 umumnya menandakan kualitas tidur yang buruk (Kinman, 2025).

Namun, PSQI juga memiliki beberapa keterbatasan. Sebagai kuesioner yang bersifat subjektif, PSQI bergantung pada ingatan

pasien (*patient recall*), yang dapat menimbulkan bias atau ketidakakuratan, terutama jika dipengaruhi oleh suasana hati atau kondisi kognitif. Kuesioner ini berfokus pada kerangka waktu satu bulan, yang membatasi sensitivitasnya terhadap perubahan kualitas tidur dalam jangka pendek. Beberapa subkomponennya, seperti efisiensi tidur, menunjukkan korelasi yang lebih lemah dengan pengukuran tidur objektif. Selain itu, PSQI tidak dirancang secara spesifik untuk mendiagnosis gangguan tidur tertentu seperti insomnia, sehingga mungkin memerlukan instrumen objektif tambahan untuk penilaian yang lebih komprehensif.

b) RCSQ

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) adalah instrumen penilaian kualitas tidur, yang dilakukan secara mandiri oleh pasien (*patient-reported*) yang singkat, dirancang untuk menilai kualitas tidur terutama pada pasien dalam kondisi kritis, termasuk mereka yang dirawat di unit perawatan intensif (ICU). Kuesioner ini terdiri dari 5 butir pertanyaan yang mengukur dimensi tidur yang berbeda: kedalaman tidur, latensi tidur, frekuensi terbangun, kemampuan untuk kembali tidur setelah terbangun, dan kualitas tidur secara keseluruhan. Setiap butir dinilai menggunakan skala analog visual (*visual analog scale*) dari 0 hingga 100, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas tidur yang lebih baik. RCSQ diapresiasi karena kesederhanaannya, konsistensi internal yang tinggi (nilai *Cronbach's alpha* sekitar 0.96), dan

kemampuannya untuk menangkap pengalaman tidur subjektif pada pasien yang mungkin kesulitan mengisi kuesioner yang lebih panjang (Locihová et al., 2020).

Keunggulan RCSQ mencakup keringkasan dan kemudahan penggunaannya, yang memungkinkan penilaian cepat tanpa membebani pasien atau petugas kesehatan. Kuesioner ini menunjukkan korelasi yang cukup baik dengan pengukuran tidur objektif, seperti polisomnografi, menjadikannya instrumen yang valid untuk praktik klinis. Fokus kuesioner pada berbagai faset tidur memberikan gambaran yang lebih bernuansa dibandingkan penilaian dengan satu butir pertanyaan. Selain itu, RCSQ telah divalidasi dalam berbagai bahasa dan konteks budaya, yang menunjukkan reliabilitas dan kemampuan adaptasinya. Namun, keterbatasannya meliputi sifatnya yang subjektif, yang dapat dipengaruhi oleh status kognitif atau tingkat sedasi pasien. (Lkoul et al., 2025).

RCSQ sesuai untuk pasien pra-operasi karena dapat mengukur kualitas tidur secara efisien dengan cara yang tidak memberatkan bagi pasien yang sudah menghadapi stres dan kecemasan terkait pembedahan yang akan datang. Kualitas tidur pra-operasi semakin diakui sebagai prediktor penting dari outcome pembedahan, termasuk nyeri pasca operasi, waktu pemulihan, dan tingkat komplikasi. Penggunaan RCSQ memungkinkan petugas kesehatan untuk mengidentifikasi pasien dengan kualitas tidur yang

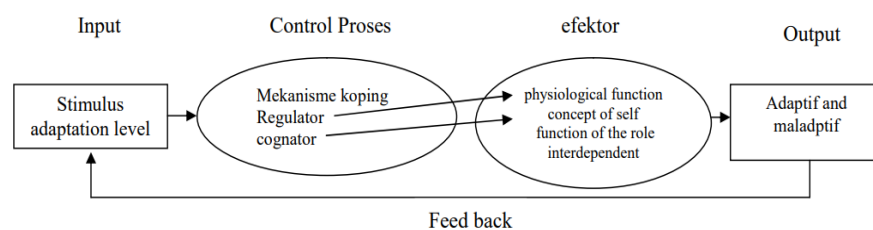
buruk sebelum operasi dan merancang intervensi yang sesuai untuk memperbaiki higienitas tidur, yang berpotensi meningkatkan perawatan perioperatif. Kesederhanaannya memastikan instrumen ini dapat diintegrasikan dengan mudah ke dalam alur kerja evaluasi pra-operasi yang sibuk, serta memberikan wawasan yang dapat ditindaklanjuti tanpa memerlukan penggunaan sumber daya yang ekstensif (Doğan et al., 2025; Louzon et al., 2020).

2.4 Teori Keperawatan yang Mendasari Penelitian

2.4.1 Konsep Model Adaptasi Callista Roy

Model Adaptasi Roy, yang dikembangkan oleh Callista Roy pada tahun 1970, adalah salah satu teori keperawatan terkemuka yang mengonseptualisasikan individu sebagai sistem adaptif yang holistik dan terus-menerus berinteraksi dengan lingkungannya.

Konsep teori model adaptasi Callista Roy dapat digambarkan pada bagan berikut ini :



Gambar 2.3 Manusia sebagai Sistem (Laily & Nursanti, 2024)

Teori Keperawatan Callista Roy didasarkan pada premis bahwa tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan adaptasi individu dalam empat mode kunci: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Melalui proses adaptasi ini, individu diharapkan mampu mempertahankan integritas dan mencapai kondisi sehat meskipun

dihadapkan pada stimulus yang mengganggu keseimbangan mereka (Laily & Nursanti, 2024).

Keempat mode adaptif tersebut adalah sebagai berikut (Laily & Nursanti, 2024) :

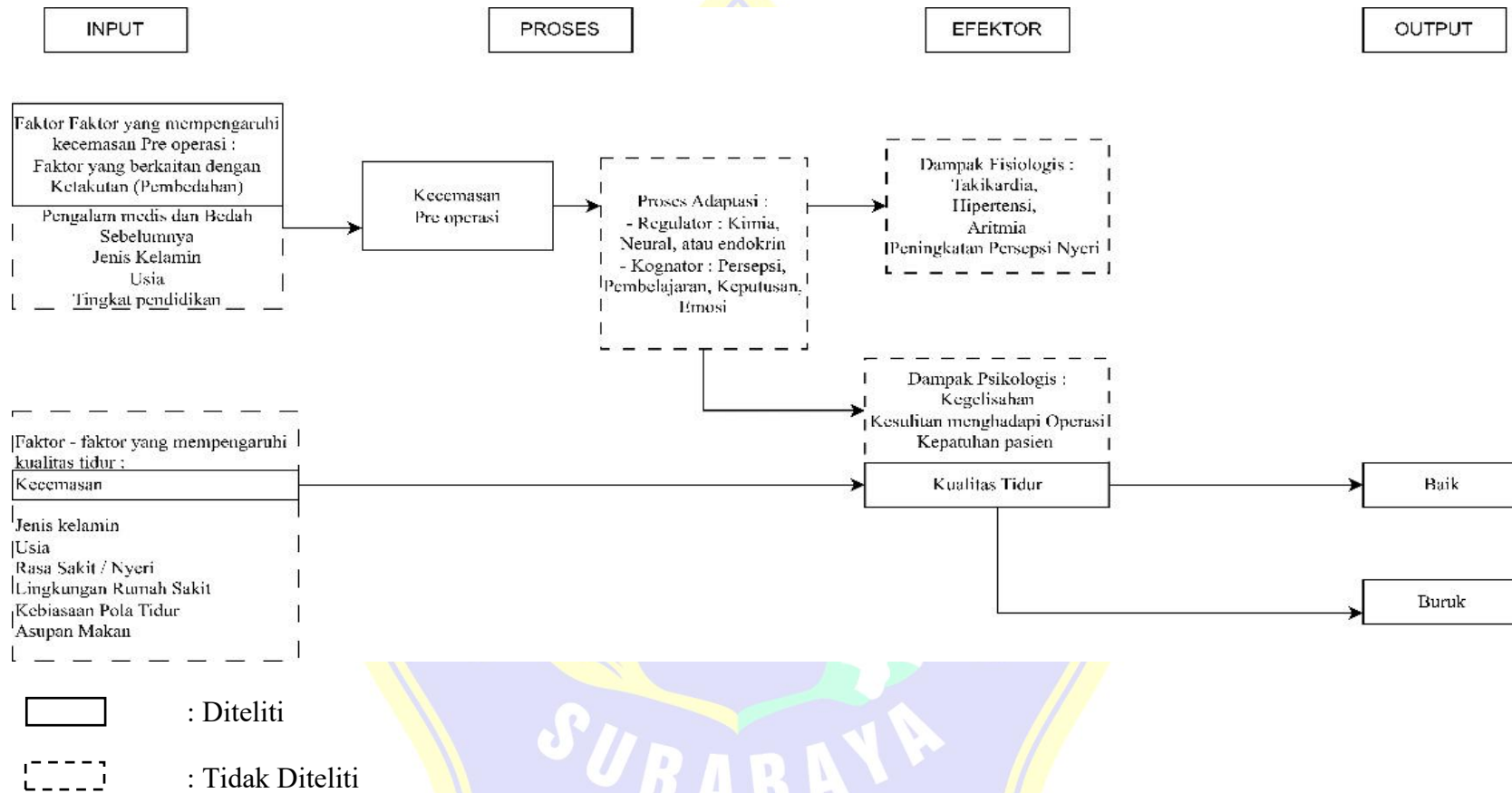
1. Mode Fisiologis, membahas kebutuhan fisik dan biologis, termasuk di dalamnya adalah kebutuhan istirahat dan tidur, serta fungsi tubuh lainnya.
2. Mode Konsep Diri, berfokus pada aspek psikologis dan spiritual yang membentuk identitas seseorang, yang sangat erat kaitannya dengan kecemasan dan kesehatan mental.
3. Mode Fungsi Peran, mengeksplorasi peran-peran sosial yang dijalani oleh seseorang dalam masyarakat.
4. Mode Interdependensi, mengkaji hubungan individu dengan orang lain yang signifikan dan sistem pendukungnya

Model Roy telah diterapkan secara luas di berbagai bidang keperawatan dan populasi pasien. Model ini terbukti sangat berguna dalam pengkajian holistik dan penyusunan rencana asuhan keperawatan yang terindividualisasi, dengan mendorong perawat untuk mengobservasi dan memberikan intervensi berdasarkan respons adaptif pasien secara komprehensif. Asuhan keperawatan yang didasarkan pada Model Adaptasi Roy dapat meningkatkan *outcome* (hasil akhir) pada pasien yang menjalani operasi dengan menargetkan adaptasi fisiologis dan psikologis (Jiang et al., 2020). Menurut kerangka Model Roy, kecemasan dapat dipandang sebagai stimulus eksternal atau internal yang

mengganggu adaptasi psikologis (mode konsep diri) dan fisiologis (mode fisiologis) pasien, terutama dalam lingkungan praoperasi (Nifras & Acosta, 2025). Selain itu, Model Roy menekankan pentingnya mode interdependensi dan dukungan sosial, yang dapat mengurangi kecemasan dengan membina hubungan terapeutik antara perawat dan pasien serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan (Laily & Nursanti, 2024).

Kesehatan menurut model Adaptasi Roy bukanlah terbebas dari kematian, penyakit, ketidakhagiaan, dan stress, melainkan kemampuan untuk menghadapi semua itu dengan cara yang kompeten (Roy (1999) dalam Laily & Nursanti, 2024). Kesehatan dan penyakit adalah satu dimensi yang tidak dapat dihindari, dapat saling berdampingan, dari pengalaman hidup seseorang. Sakit akan terjadi jika manusia tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan dan sebaliknya, sehat terjadi jika manusia mampu beradaptasi. Manusia yang mampu beradaptasi juga akan meningkatkan penyembuhan dan Kesehatan (Roy, (1984) dalam Laily & Nursanti, 2024).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan antara tingkat kecemasan pasien pra operasi elektif terhadap kualitas tidur pasien pra operasi elektif di ruang Bedah RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

H1 : Ada hubungan antara tingkat kecemasan pasien pra operasi elektif terhadap kualitas tidur pasien pra operasi elektif di ruang Bedah RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

