

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



**MAKLUMAT PERIOPERATIF YANG DITERIMA
DAN TAHAP KECEKAPAN KENDIRI PESAKIT
YANG MENJALANI SURGERI DI HOSPITAL
UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

Oleh

AZILAH BINTI MUSTAPA

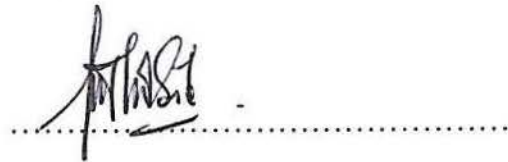
**Disertasi yang diserahkan untuk memenuhi
sebahagian daripada syarat untuk
penganugerahan
Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan
(Kejururawatan)**

April 2008

SIJIL AKU JANJI

Diperakui bahawa disertasi yang bertajuk Maklumat Perioperatif yang Diterima dan Tahap Kecekapan Kendiri Pesakit yang Menjalani Surgeri di Hospital Universiti Sains Malaysia merupakan kerja dan penyelidikan yang asli dari Azilah Binti Mustapa, 81520 dari tempoh Julai 2007 hingga April 2008 adalah di bawah penyeliaan saya. Disertasi ini merupakan sebahagian daripada syarat untuk penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Kesihatan (Kejururawatan). Segala hasil penyelidikan dan data yang diperolehi adalah hak milik Universiti Sains Malaysia.

Penyelia Utama



Cik Norazliah bt Samsudin

Pensyarah Program Sains Kesihatan (Kejururawatan),

Pusat Pengajian Sains Kesihatan, USMKK

No. Tel: 019-3895932

Tarikh: 28 Mac 2008

PENGHARGAAN

Dengan nama Allah yang Maha Pemurah lagi Maha Mengasihani. Syukur Alhamdulillah dengan izin-Nya penulisan ini berjaya dihasilkan. Saya mengambil kesempatan ini untuk mengucapkan ribuan terima kasih kepada penyelia kajian merangkap ketua kursus Projek Penyelidikan, Cik Norazliah Binti Samsudin atas bimbingan dan tunjuk ajar yang diberikan kepada saya dalam penulisan disertasi ini.

Setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan terima kasih kepada Prof. Madya Dr. Mohd. Isa Bin Haji Bakar atas segala nasihat dan bimbingan yang diberikan dalam menyempurnakan disertasi ini. Begitu juga kepada Dr. Lim Phaik Hooi kerana sumbangan idea dan tunjuk ajar yang diberikan.

Terima kasih juga kepada Ahli Jawatankuasa Etika (Manusia) Universiti Sains Malaysia kerana membenarkan saya menjalankan projek penyelidikan ini. Tidak lupa juga ucapan terima kasih kepada rakan – rakan seperjuangan yang banyak memberi pendapat, sokongan dan bantuan kepada saya sepanjang projek penyelidikan ini dijalankan.

Ucapan terima kasih juga kepada staf di wad yang terlibat dalam kajian ini kerana memberikan kerjasama kepada saya semasa pengumpulan data dilakukan. Ribuan terima kasih dan penghargaan saya berikan kepada pesakit yang terlibat sebagai sampel dalam kajian saya ini. Tanpa kerjasama mereka disertasi ini tidak mungkin dapat disempurnakan dengan baik.

Akhir kata, dalam usaha saya menjalankan projek penyelidikan ini, saya amat berterima kasih kepada kedua ibu bapa saya di atas sokongan dan dorongan yang tidak putus – putus daripada mereka. Saya bersyukur kerana dikurniakan kesihatan mental dan

fizikal bagi membolehkan saya menyiapkan penulisan disertasi ini. Saya berharap hasil penulisan ini akan memberi faedah kepada bidang kejururawatan dan bidang kesihatan di Hospital Universiti Sains Malaysia.

Azilah Binti Mustapa

SUSUNAN KANDUNGAN

	Muka Surat
SIJIL AKU JANJI	i
PENGHARGAAN	ii
SUSUNAN KANDUNGAN	iv
SENARAI JADUAL	vii
SENARAI RAJAH	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	xi
 BAB 1: PENGENALAN	
1.1 Latar Belakang Kajian.....	1
1.2 Pernyataan Masalah.....	3
- Teori/Konsep.....	4
1.3 Objektif Kajian.....	5
1.3.1 Objektif Spesifik.....	5
1.4 Persoalan Kajian.....	6
1.5 Hipotesis.....	6
1.6 Definisi Konseptual.....	6
1.7 Kepentingan Kajian.....	7
 BAB 2: TINJAUAN BACAAN	
2.0 Pengenalan.....	9
2.1 Fasa Perioperatif.....	9
2.2 Maklumat Perioperatif.....	10
2.3 Kepentingan Penerimaan Maklumat Perioperatif.....	10
2.4 Penerimaan Maklumat Perioperatif.....	12
2.5 Kecekapan sendiri.....	14
2.6 Kesan kecekapan sendiri.....	15
2.7 Faktor yang mempengaruhi tahap kecekapan sendiri.....	16
2.8 Rangka Kerja Teori Kajian.....	18

SUSUNAN KANDUNGAN (sambungan)

Muka surat

BAB 3: METODOLOGI PENYELIDIKAN

3.1	Rekabentuk Kajian	23
3.2	Populasi dan Lokasi Kajian.....	23
3.3	Sampel Kajian.....	23
3.3.1	Saiz Sampel.....	23
3.3.2	Corak Pensampelan.....	25
3.3.3	Kriteria Penerimaan dan Penolakan.....	25
3.4	Instrumen Kajian	
3.4.1	Instrumen.....	26
3.4.2	Pengukuran Pembolehubah.....	27
3.4.3	Kesahihan dan Kebolehpercayaan.....	28
3.4.4	Penterjemahan Instrumen.....	29
3.5	Pertimbangan Etika.....	29
3.6	Kaedah Pengumpulan Data.....	30
3.6.1	Carta Alir Pengumpulan Data.....	32
3.7	Analisis Data.....	33

BAB 4: KEPUTUSAN KAJIAN

4.1	Data Demografi Pesakit.....	34
4.2	Maklumat Berkaitan Kesihatan.....	36
4.3	Maklumat Perioperatif yang Diterima oleh Pesakit.....	36
4.4	Kecekapan Kendiri Pesakit.....	41
4.5	Perbezaan Tahap Kecekapan Kendiri Pesakit.....	44

BAB 5: PERBINCANGAN

5.1	Maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit.....	45
-----	---	----

SUSUNAN KANDUNGAN (sambungan)	Muka surat
5.2 Tahap Kecekapan Kendiri Pesakit.....	53
5.3 Perbezaan Tahap Kecekapan Kendiri Pesakit.....	56
BAB 6: KESIMPULAN DAN CADANGAN	
6.1 Ringkasan Hasil Kajian.....	58
6.2 Kekuatan dan Limitasi.....	59
6.3 Implikasi dan Cadangan.....	60
6.3.1 Praktis Kejururawatan.....	60
6.3.2 Pendidikan kejururawatan.....	61
6.3.3 Penyelidikan Kejururawatan.....	62
6.3.4 Perkembangan Teori.....	63
SENARAI RUJUKAN.....	64
LAMPIRAN.....	69
Lampiran A: Borang Soal Selidik.....	70
Lampiran B: Borang Keizinan.....	77
Lampiran C: Borang Keizinan (Halaman Tandatangan).....	80
Lampiran D: Jadual A1.....	81
Jadual A2.....	83
Jadual A3.....	88
Jadual A4.....	93
Lampiran E:	95

SENARAI JADUAL

Muka surat

Jadual 3.1	Kriteria pemilihan dan penolakan sampel.....	25
Jadual 4.1	Frekuensi dan peratus pesakit surgery.....	34
Jadual 4.2	Frekuensi dan peratus data demografi pesakit surgery.....	35
Jadual 4.3	Frekuensi dan peratus berkaitan status kesihatan pesakit.....	36
Jadual 4.4	Frekuensi dan peratus tertinggi dan terendah pesakit yang menerima maklumat perioperatif.....	37
Jadual 4.5	Frekuensi dan peratus maklumat perioperatif yang tertinggi dan terendah diterima oleh pesakit mengikut dimensi.....	39
Jadual 4.6	Nilai minimum-maksimum, min dan sisihan piawai bagi tahap kecekapan sendiri pesakit.....	42
Jadual 4.7	Min dan sisihan piawai bagi tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery.....	43
Jadual 4.8	Min dan sisihan piawai bagi tahap kecekapan sendiri pesakit lelaki dan perempuan yang menjalani surgery.....	44
Jadual A1	Frekuensi dan peratus jenis surgery yang dijalani oleh sampel kajian.....	81
Jadual A2	Frekuensi dan peratus pesakit yang menerima maklumat perioperatif.....	83
Jadual A3	Frekuensi dan peratus pesakit yang menerima maklumat perioperatif mengikut dimensi.....	88
Jadual A4	Min dan sisihan piawai bagi tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery.....	93

SENARAI RAJAH

Muka surat

Rajah 2.1	Rangka Kerja Teori Kajian.....	22
Rajah 3.1	Carta Alir Pengumpulan Data.....	32

**MAKLUMAT PERIOPERATIF YANG DITERIMA DAN TAHAP KECEKAPAN
KENDIRI PESAKIT YANG MENJALANI SURGERI DI HOSPITAL UNIVERSITI
SAINS MALAYSIA**

ABSTRAK

Surgeri biasanya akan menyebabkan pesakit mengalami tekanan emosi yang melibatkan ketakutan, kebimbangan, hilang kawalan dan merasa rendah diri. Memberi maklumat perioperatif merupakan salah satu intervensi yang boleh dilakukan bagi membantu pesakit surgeri menghadapi tekanan emosi akibat daripada surgeri dan ia merupakan salah satu peranan penting yang dimainkan oleh jururawat. Walaupun banyak kajian yang dijalankan mendapati bahawa penerimaan maklumat perioperatif membawa kepada hasil yang positif, namun penerimaan maklumat sahaja adalah tidak mencukupi bagi memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgeri dapat mempraktikkan maklumat yang diterima. Kecekapan sendiri pesakit adalah salah satu faktor penentu kepada praktis sebenar pesakit terhadap maklumat perioperatif yang diterima. Justeru, kajian ini dilakukan bagi mengenalpasti maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit serta tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgeri di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM). Pemilihan sampel adalah melalui persampelan bukan kebarangkalian iaitu persampelan bertujuan. Seramai 65 orang pesakit surgeri telah memenuhi kriteria dan menyertai kajian ini. Hasil kajian mendapati bahawa secara keseluruhan, maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit adalah tidak konsisten di mana hanya 7 maklumat diterima oleh semua pesakit iaitu; maklumat berkenaan tempat keluarga dan rakan – rakan boleh

menunggu pesakit semasa pesakit di dewan bedah (100%), sensasi yang mungkin dialami disebabkan oleh ubat yang diberi sebelum pembedahan (100%), bila pesakit dibenarkan makan dan minum selepas pembedahan (100%), bius yang akan pesakit terima (100%), prosedur rutin yang akan dilakukan oleh jururawat sebelum pesakit ke dewan bedah (100%), prosedur yang akan dilakukan oleh jururawat sehari sebelum pembedahan (100%) serta tarikh dan waktu pembedahan (100%). Sebaliknya, maklumat yang paling jarang diterima oleh pesakit adalah maklumat mengenai cara melegakan kesakitan menggunakan teknik tanpa ubatan (2%). Seterusnya, hasil kajian mendapati tahap kecekapan sendiri pesakit adalah tinggi (min = 4.11 dan sisihan piawai = 0.47). Hasil kajian juga mendapati bahawa terdapat perkaitan yang signifikan antara gender dengan tahap kecekapan sendiri pesakit ($p = 0.016$). Hasil kajian ini mencadangkan supaya satu garis panduan mengenai maklumat perioperatif yang perlu disampaikan kepada pesakit surgeri dibentuk bagi memastikan kesemua pesakit menerima semua maklumat perioperatif yang mereka perlukan. Selain itu, penyampaian maklumat perioperatif ini perlu disampaikan dalam bentuk yang boleh meningkatkan tahap kecekapan sendiri pesakit. Ini diharapkan dapat meningkatkan kualiti penjagaan pesakit di Hospital Universiti Sains Malaysia.

**PERIOPERATIVE INFORMATION RECEIVED AND LEVEL OF SELF-
EFFICACY AMONG SURGICAL PATIENT IN HOSPITAL UNIVERSITY
SCIENCE MALAYSIA**

ABSTRACT

Surgery is an aversive situation which leads to emotional distress. It is regarded with fear, anxiety, loss of control and low self-esteem among surgical patients. Perioperative information is one of the ways to help people cope with the stress of surgery and it is one of the important roles of a nurse. There were a lot of previous studies revealed that perioperative information leads to positive outcomes. Information alone however, is not sufficient to ensure the actual performance of postoperative behaviors. Self-efficacy is one of the factors that may contribute to patient's decision to perform given information in the form of behaviors. Thus, the purposes of this study were to determine the perioperative information received and the level of self – efficacy among surgical patients in Hospital University Science Malaysia (HUSM). The subject were selected using non – probability purposive sampling. The subject included 65 surgical patients which met the inclusion criteria. The result shows that perioperative information received was inconsistent. There were only 7 information received by all patients which were; information regarding waiting area for family and friends during surgery (100%), sensation that will perceived by patient after taking the medication given before surgery (100%), when patient will be allowed to eat and drink after surgery (100%), anesthesia that patient will receive (100%), routine procedure before going to operation theater (100%), procedure performed by nurses day

before surgery (100%) and date and time of surgery (100%). In contrast, the least information received by patient was information regarding non-pharmacological method to reduce pain (2%). Next, this study revealed that surgical patients had a high level of self – efficacy ($M = 4.11$, $SD = 0.47$). Furthermore, this study shows that there was a significant relationship between gender and self – efficacy ($p = 0.016$). Thus, this study purposed that a guideline regarding the contents of perioperative information need to be developed to ensure all surgical patients receive standard and sufficient information. Moreover, it needs to be provided in the form of efficacy enhancing way to increase the level of confidence among patients. This will help to increase the quality of patient care in HUSM.

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Latar Belakang Kajian

Surgeri merupakan suatu keadaan di mana pesakit beranggapan bahawa diri mereka bakal menempuh tiga ancaman bahaya iaitu kesakitan, kerosakan tubuh yang serius dan kematian (Janis, 1958 sedutan dari Oetker-Black, Jones, Estok, Ryan Gale & Parker, 2003). Surgeri biasanya akan menyebabkan pesakit mengalami tekanan emosi yang melibatkan ketakutan, kebimbangan, hilang kawalan dan merasa rendah diri (Boeke, 1988; Johnston, 1988; Ray, 1982; Salo, 1982; Mathews, 1979; Volicer, 1977 & Wilson-Barnett, 1981 sedutan dari Breemhar, Borne & Mullen, 1996). Pemberian maklumat perioperatif merupakan salah satu intervensi yang boleh dilakukan bagi membantu pesakit surgeri menghadapi tekanan emosi akibat daripada surgeri. Maklumat perioperatif merujuk kepada maklumat mengenai pengalaman surgeri yang akan dilalui oleh pesakit semasa fasa praoperatif, intraoperatif dan posoperatif (Lemone & Burke, 2004). Memberi maklumat perioperatif merupakan salah satu peranan penting yang dimainkan oleh jururawat dalam usaha menyediakan pesakit untuk menjalani surgeri.

Banyak kajian menunjukkan bahawa penerimaan maklumat perioperatif oleh pesakit yang menjalani surgeri dapat membantu mengurangkan kebimbangan (Spalding, 1995 sedutan dari Walker, 2007; Deyirmenjian, Karam & Salameh, 2006), mengurangkan kesakitan posoperatif, mengurangkan tempoh hospitalisasi dan seterusnya meningkatkan kepuasan pesakit (Hathaway, 1986). Kajian juga mendapati bahawa maklumat perioperatif

yang diterima oleh pesakit surgeri dapat meningkatkan kerjasama pesakit dalam perawatan yang diberikan dan juga dapat mengurangkan komplikasi posoperatif (Benton dan Avery, 1993; Callaghan, Cheung, Yao & Chan, 1998). Menurut Lookinland dan Pool (1998), apabila maklumat perioperatif diberikan dengan jelas kepada pesakit yang menjalani surgeri, pesakit dapat memahami pelan perawatan yang bakal mereka tempuhi. Pengetahuan dan kemahiran yang diperolehi pesakit dapat membantu dalam kelancaran proses penyembuhan.

Sebaliknya, sekiranya pesakit tidak menerima maklumat berkaitan pengalaman surgeri yang bakal mereka lalui pada fasa praoperatif, intraoperatif dan posoperatif, pesakit tidak dapat mengambil bahagian secara aktif dalam penjagaan praoperatif dan posoperatif (Asilioglu & Celik, 2004). Hal ini akan mendedahkan pesakit kepada risiko kebimbangan dan ketakutan pada fasa praoperatif dan komplikasi pada fasa posoperatif. Kajian mendapati bahawa kebimbangan pada peringkat praoperatif boleh mempengaruhi kestabilan fisiologi dan psikologi pesakit surgeri dan ia seterusnya akan mempengaruhi persediaan pesakit bagi menghadapi surgeri. Antaranya, ia mengganggu kestabilan tanda vital pesakit, menyebabkan pengecutan salur darah, meningkatkan kadar denyutan jantung dan meningkatkan tekanan darah pesakit (Felicia, Harriet, Wichowski & Garry, 2007). Menurut kajian yang dijalankan oleh Granot, 2005 (sedutan dari Vaughn, Wichowski & Bosworth, 2007), kebimbangan pada fasa praoperatif dan posoperatif boleh merendahkan kekuatan imuniti badan, sekaligus melambatkan proses penyembuhan. Ini secara tidak langsung akan meningkatkan tempoh hospitalisasi sekaligus mempengaruhi kualiti penjagaan pesakit. Walaupun banyak kajian mendapati bahawa penerimaan maklumat perioperatif oleh pesakit dapat membantu memberi hasil posoperatif yang positif, namun

demikian, penerimaan maklumat sahaja adalah tidak mencukupi bagi menjamin bahawa pesakit yang menjalani surgery dapat mempraktikkan maklumat yang diterima (Moon & Backer, 2000).

Kecekapan sendiri merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi pesakit untuk mempraktikkan segala maklumat perioperatif yang diterima. Kecekapan sendiri merujuk kepada tahap keyakinan pesakit terhadap kemampuan diri mereka sendiri untuk melakukan sesuatu tindakan atau aktiviti (Heye, Foster, Barlett & Adkins, 2003; Akker-Scheek, Stevens, Groothoff, Bulstra & Zijlstra, 2007). Tahap keyakinan diri pesakit untuk melakukan aktiviti yang diajarkan kepada mereka adalah penting kerana ia bakal menentukan pencapaian sebenar pesakit terhadap aktiviti yang diajarkan (Moon dan Backer, 2000). Banyak kajian mendapati bahawa pesakit yang mempunyai kecekapan sendiri yang tinggi terhadap maklumat perioperatif yang diterima, menunjukkan pencapaian yang lebih baik seperti lebih kerap berambulasi, lebih kerap melakukan pergerakan di katil dan lebih kerap melakukan senaman pernafasan dalam berbanding pesakit yang mempunyai kecekapan sendiri yang rendah (Moon dan Backer, 2000; Heye et al. 2003; Akker-Scheek, Stevens, Groothoff, Bulstra & Zijlstra, 2007) dan ini secara tidak langsung akan membawa kepada kesan posoperatif yang lebih positif terhadap pesakit.

1.2 Pernyataan Masalah

Pesakit yang menjalani surgery memerlukan maklumat perioperatif. Maklumat perioperatif merujuk kepada maklumat berkaitan dengan pengalaman surgery yang akan dilalui oleh pesakit pada fasa praoperatif, intraoperatif dan posoperatif. Pemberian maklumat perioperatif kepada pesakit merupakan intervensi kejururawatan yang penting

dalam usaha mengurangkan kebimbangan pesakit. Hal ini terbukti membawa kepada kesan posoperatif yang positif. Di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), setiap pesakit yang menjalani surgery akan menerima maklumat preriperatif rutin yang diperlukan oleh pesakit bagi mempersiapkan diri mereka sebelum menjalani surgery. Walau bagaimanapun, sehingga kini, tiada suatu garis panduan yang piawai mengenai isi kandungan maklumat perioperatif yang perlu diberikan kepada pesakit yang akan menjalani surgery di HUSM.

Walaupun banyak kajian menunjukkan bahawa penerimaan maklumat perioperatif membawa kepada hasil yang positif, namun penerimaan maklumat sahaja adalah tidak memadai bagi memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgery dapat mempraktikkan segala maklumat yang diterima (Moon & Backer, 2000). Hal ini kerana, walaupun maklumat perioperatif diberikan secara terperinci kepada pesakit yang menjalani surgery, sesetengah pesakit tidak mempraktikkan maklumat yang diterima (Moon & Backer, 2000). Kecekapan sendiri pesakit adalah salah satu faktor penentu kepada praktis sebenar pesakit terhadap maklumat perioperatif yang diterima (Oetker-Black, Jones, Estok, Ryan, Gale & Parker, 2003). Justeru, kajian ini dilakukan bagi mengenalpasti maklumat perioperatif yang diterima dan tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery di HUSM. Ia sangat penting kerana kejayaan sesebuah surgery tidak hanya bergantung kepada kualiti surgery yang diberikan kepada pesakit, tetapi juga bergantung kepada usaha dan pencapaian pesakit sendiri pada peringkat praoperatif, intraoperatif dan posoperatif.

Teori yang digunakan dalam kajian ini adalah berasaskan kepada lima dimensi maklumat perioperatif yang diperkenalkan oleh Yount dan Schoessler (1991) dan teori kecekapan sendiri yang diperkenalkan oleh Bandura (1997). Menurut Yount dan Schoessler (1991), terdapat lima dimensi maklumat perioperatif yang penting untuk

disampaikan kepada pesakit yang menjalani surgery. Ini termasuklah: 1) maklumat mengenai prosedur atau situasi yang berlaku kepada pesakit, 2) maklumat mengenai sensasi-ketidakelesaian, 3) maklumat mengenai peranan pesakit, 4) maklumat mengenai latihan kemahiran, dan 5) maklumat mengenai sokongan psikososial. Teori Kecekapan Kendiri (Bandura, 1997) pula mencadangkan bahawa kecekapan sendiri adalah faktor yang menentukan bahawa individu tersebut bakal mempraktikkan segala maklumat yang diberikan dalam bentuk tindakan. Menurut Bandura lagi, kecekapan sendiri merupakan perantara kepada pengetahuan dan praktis (Heye et al. 2002).

1.3 Objektif Kajian

1.3.1 Objektif Umum

Tujuan kajian ini adalah untuk mengkaji maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit yang menjalani surgery dan tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM).

1.3.2 Objektif Spesifik

1. Mengkaji maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit yang menjalani surgery di HUSM.
2. Mengkaji tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery di HUSM.
3. Mengkaji perbezaan tahap kecekapan sendiri pesakit lelaki dan perempuan yang menjalani surgery di HUSM.

1.4 Persoalan Kajian

1. Apakah maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit yang menjalani surgeri di HUSM?
2. Apakah tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgeri di HUSM?
3. Adakah terdapat perbezaan di antara tahap kecekapan sendiri pesakit lelaki dan perempuan yang menjalani surgeri di HUSM?

1.5 Hipotesis Kajian

Hipotesis 1:

H_0 : Tahap kecekapan sendiri pesakit lelaki dan perempuan yang menjalani surgeri adalah sama ($\mu_1 = \mu_2$).

H_A : Tahap kecekapan sendiri pesakit lelaki dan perempuan yang menjalani surgeri tidak sama ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Pada aras keyakinan 95% ($\alpha = 0.05$), hipotesis null di atas akan ditolak).

1.6 Definisi Konseptual

Maklumat Perioperatif Yang Diterima Oleh Pesakit

Maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit dalam kajian ini bermaksud penerimaan maklumat berkaitan pengalaman surgeri yang akan dilalui oleh pesakit pada fasa praoperatif, intraoperatif dan posoperatif yang diterima sebelum pembedahan. Maklumat perioperatif ini terdiri daripada lima dimensi iaitu: 1) maklumat mengenai prosedur atau situasi yang berlaku kepada pesakit, 2) maklumat mengenai sensasi-ketidakselesaian, 3) maklumat mengenai peranan pesakit, 4) maklumat mengenai latihan kemahiran, dan 5) maklumat mengenai sokongan psikososial (Yount & Schoessler, 1991). Penerimaan

maklumat perioperatif di ukur menggunakan skala dikotomus di mana ia diwakili oleh kod 1 = 'Ya' (sekiranya pesakit menerima maklumat tersebut) dan kod 0 = 'Tidak' (sekiranya pesakit tidak menerima maklumat tersebut).

Tahap Kecekapan Kendiri Pesakit Terhadap Maklumat Perioperatif

Tahap kecekapan kendiri pesakit terhadap maklumat perioperatif yang diterima dalam kajian ini bermaksud tahap keyakinan pesakit untuk mempraktikkan maklumat perioperatif yang mereka terima. Tahap kecekapan kendiri pesakit diukur menggunakan Skala Likert 5. Skala ini diwakili oleh 1 = tidak yakin sama sekali, 2 = tidak yakin, 3 = agak yakin 4 = yakin dan 5 = sangat yakin.

1.7 Kepentingan Kajian

Kajian ini dapat memberi sumbangan dalam bidang pendidikan, penyelidikan dan juga pengurusan kejururawatan.

1.7.1 Pendidikan

Hasil kajian ini boleh membawa kepada terbentuknya garis panduan yang piawai mengenai isi kandungan maklumat perioperatif. Isi kandungan yang piawai ini seterusnya boleh diselitkan ke dalam silibus pelajar kejururawatan. Ini dapat membantu membekalkan maklumat terkini yang berasaskan penyelidikan kepada bidang pendidikan kejururawatan.

1.7.2 Penyelidikan

Kajian ini juga dapat dijadikan rujukan kepada penyelidik akan datang. Cadangan dan limitasi daripada kajian ini dapat dijadikan panduan pada penyelidik yang

seterusnya agar kesilapan yang dilakukan dalam kajian ini tidak akan diulangi oleh penyelidik akan datang.

1.7.3 Pengurusan Kejururawatan

Hasil daripada kajian ini, maklumat perioperatif yang diterima oleh pesakit yang menjalani surgeri di HUSM diketahui. Ia seterusnya boleh dijadikan sebagai data asas bagi mengetahui aspek-aspek maklumat perioperatif yang tidak disampaikan kepada pesakit. Justeru, langkah yang sewajarnya dapat diambil bagi memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgeri menerima kesemua lima dimensi maklumat perioperatif.

BAB 2

TINJAUAN BACAAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai fasa perioperatif, kepentingan penerimaan maklumat perioperatif penerimaan maklumat perioperatif, lima dimensi maklumat perioperatif, dan teori kecekapan sendiri yang menjadi rangka kerja teori bagi kajian ini.

2.1 Fasa Perioperatif

Setiap pesakit yang menjalani surgery akan menepuh tiga fasa pengalaman surgery yang lebih dikenali sebagai fasa perioperatif. Tiga fasa perioperatif yang dimaksudkan terdiri daripada: 1) fasa praoperatif, 2) fasa intraoperatif, dan 3) fasa posoperatif. Fasa praoperatif bermula sebaik sahaja keputusan untuk menjalani surgery dibuat oleh pesakit dan ia berakhir apabila pesakit dipindahkan ke bilik pembedahan. Fasa intraoperatif bermula sebaik sahaja pesakit dimasukkan ke bilik pembedahan dan ia berakhir apabila pesakit dipindahkan ke bilik pemulihan (*Post-Anesthesia Care Unit, PACU*). Seterusnya, fasa posoperatif bermula sebaik sahaja pesakit dimasukkan ke bilik pemulihan dan ia berakhir apabila pesakit pulih sepenuhnya daripada aktiviti surgery (Lemone & Burke, 2004).

Pesakit yang menjalani surgery biasanya akan mengalami tekanan emosi yang melibatkan perasaan ketakutan, kebimbangan, hilang kawalan dan merasa rendah diri (Boeke, 1988; Johnston, 1988; Ray, 1982; Salo, 1982; Mathews, 1979; Volicer, 1977 & Wilson-Barnett, 1981 sedutan dari Breemhar, Borne & Mullen, 1996). Maklumat

perioperatif merupakan salah satu intervensi yang boleh dilakukan bagi membantu pesakit menghadapi tekanan emosi akibat daripada surgery.

2.2 Maklumat Perioperatif

Maklumat perioperatif merujuk kepada maklumat mengenai pengalaman surgery yang akan dilalui oleh pesakit semasa fasa praoperatif, intraoperatif dan posoperatif (Lemone & Burke, 2004). Setiap pesakit yang menjalani surgery perlu menerima maklumat berkaitan pengalaman surgery yang bakal mereka alami. Yount dan Schoessler (1991) mencadangkan bahawa setiap pesakit yang menjalani surgery perlu menerima lima dimensi maklumat perioperatif iaitu: 1) maklumat mengenai prosedur atau situasi yang berlaku kepada pesakit, 2) maklumat mengenai sensasi-ketidakselesaan, 3) maklumat mengenai peranan pesakit, 4) maklumat mengenai latihan kemahiran, dan 5) maklumat mengenai sokongan psikososial.

2.3 Kepentingan Penerimaan Maklumat Perioperatif

Memastikan pesakit menerima maklumat perioperatif merupakan antara intervensi kejururawatan yang penting dalam usaha menyediakan pesakit untuk menjalani surgery. Meta-analisis yang dilakukan oleh Hathaway, (1986) terhadap 68 kajian mendapati bahawa pesakit yang menerima maklumat perioperatif sebelum menjalani surgery menunjukkan kesan posoperatif yang positif berbanding pesakit yang tidak menerima maklumat perioperatif sebelum menjalani surgery. Kesan positif yang dimaksudkan adalah tempoh hospitalisasi yang singkat, berkurangnya penggunaan sedatif, berkurangnya komplikasi posoperatif dan kurangnya kebimbangan dalam kalangan subjek yang menerima maklumat

perioperatif berbanding subjek yang tidak menerima maklumat perioperatif (Deyirmejian et al. 2006). Devine dan Cook (1992), dalam meta-analisis yang dilakukan terhadap 102 kajian menunjukkan bahawa penerimaan maklumat perioperatif oleh pesakit yang menjalani surgery membawa kepada hasil yang positif seperti mengurangkan persepsi kesakitan, kebimbangan, memberi kesejahteraan psikologi dan kepuasan pesakit (Walker, 2007).

Asilioglu dan Celik (2004), mengkaji kesan penerimaan maklumat perioperatif ke atas pesakit yang menjalani surgery jantung. Walaupun hasil kajian ini menunjukkan tiada perbezaan yang signifikan secara statistik pada tahap kebimbangan pesakit yang menerima maklumat perioperatif dan pesakit yang tidak menerima maklumat perioperatif, di mana nilai $P > 0.05$, namun tahap kebimbangan pesakit yang menerima maklumat perioperatif adalah lebih rendah berbanding tahap kebimbangan pesakit yang tidak menerima maklumat perioperatif.

Satu kajian berbentuk perbandingan telah dijalankan oleh Deyirmejian et al. 2006, ke atas pesakit yang menjalani surgery jantung di Lebanon untuk mengetahui kesan penerimaan maklumat perioperatif ke atas tahap kebimbangan pesakit surgery pada peringkat posoperatif di mana hasil kajian ini mendapati bahawa terdapat perbezaan yang signifikan di antara tahap kebimbangan pesakit yang menerima maklumat perioperatif dengan pesakit yang tidak menerima maklumat perioperatif di mana kajian ini mendapati bahawa kumpulan yang menerima maklumat perioperatif yang lebih terperinci menunjukkan tahap kebimbangan yang lebih tinggi berbanding kumpulan yang menerima maklumat perioperatif yang lebih ringkas. Ketiga-tiga penyelidik ini telah menyimpulkan bahawa pesakit yang menerima maklumat perioperatif yang lebih terperinci merasa

terbeban dengan maklumat tersebut kerana maklumat tersebut merangkumi maklumat mengenai pengalaman yang mereka belum bersedia untuk menempuhinya. Hal ini menunjukkan penerimaan maklumat perioperatif adalah penting bagi pesakit yang menjalani surgery.

2.4 Penerimaan Maklumat Perioperatif

Beberapa kajian terdahulu (Wallace, 1986; Visser, 1986; Engstrom, 1985 & Webber, 1990 dipetik dari Breemhar et al. 1996) mendapati bahawa tahap penerimaan maklumat perioperatif di kalangan pesakit surgery adalah rendah. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan tahap penerimaan maklumat perioperatif di kalangan pesakit surgery menjadi rendah. Antaranya, kekurangan dari segi masa (Wallace, 1986 dipetik dari Breemhar et al. 1996) dan jururawat tidak pasti berkaitan isi kandungan maklumat perioperatif yang perlu diberi kepada pesakit (Lindeman & Van Aernam dipetik dari Breemhar et al. 1996). Fitzpatrick dan Hyde, (2006) telah melakukan satu kajian berbentuk kualitatif ke atas 12 orang jururawat surgery untuk mengetahui maklumat yang lazim diberikan kepada pesakit yang menjalani surgery dan beliau mendapati bahawa kandungan maklumat perioperatif yang diberi kepada pesakit adalah berbeza di antara jururawat. Menurut Fitzpatric dan Hyde (2006), hal ini terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, antaranya adalah pengalaman jururawat, di mana jururawat yang lebih senior lazimnya akan memberi maklumat yang lebih lengkap berbanding jururawat yang lebih junior.

Selain itu, penerimaan maklumat perioperatif oleh pesakit juga bergantung kepada tahap pengetahuan jururawat di mana jururawat yang lebih berpengetahuan akan memberi maklumat yang lebih lengkap berkaitan surgery kepada pesakit (Fitzpatrick & Hyde, 2006).

Blay dan Donoghue (2006), pula berpendapat bahawa penerimaan maklumat perioperatif yang tidak konsisten ini adalah disebabkan oleh kekeliruan yang sering terjadi di kalangan ahli profesional kesihatan berkaitan skop penyampaian maklumat perioperatif kepada pesakit. Menurut Blay dan Donoghue (2006), jururawat kadangkala menganggap sesetengah maklumat adalah di bawah tanggungjawab ahli profesional kesihatan yang lain seperti doktor, pakar bius dan sebagainya sehingga menyebabkan sesetengah pesakit kadangkala tidak mendapat maklumat perioperatif yang lengkap. Seterusnya, Fitzpatrick dan Hyde, (2005) pula berpendapat bahawa fenomena ini berlaku akibat ketiadaan garis panduan yang piawai mengenai isi kandungan maklumat perioperatif yang perlu diberi kepada pesakit. Fitzpatrick dan Hyde, (2006) menganggap bahawa kekurangan masa di kalangan jururawat menyebabkan mereka memberi maklumat yang dirasakan penting sahaja kepada pesakit. Ini menyebabkan penerimaan maklumat di kalangan pesakit yang menjalani surgeri didapati tidak konsisten dan berada pada tahap yang rendah. Tambahan pula, beban kerja yang semakin bertambah di kalangan jururawat didapati menyebabkan mereka tidak dapat memberikan maklumat perioperatif yang lengkap kepada pesakit. Justeru, prioriti yang rendah diberikan kepada maklumat perioperatif sehingga menyebabkan sesetengah pesakit tidak menerima maklumat tersebut.

Seterusnya, walaupun banyak kajian mendapati bahawa penerimaan maklumat perioperatif dapat membantu memberi hasil posoperatif yang positif, namun, penerimaan maklumat sahaja adalah tidak mencukupi bagi memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgeri dapat mempraktikkan maklumat yang diterima (Moon & Backer, 2000). Justeru, kejayaan penyampaian maklumat perioperatif bukanlah sekadar memastikan pesakit menerima lima dimensi maklumat perioperatif sahaja, sebaliknya kejayaan sesebuah

penyampaian maklumat perioperatif adalah dengan memastikan bahawa pesakit benar-benar mempraktikkan lima dimensi maklumat perioperatif yang diterima. Menurut Moon dan Backer, (2000) lagi, walaupun maklumat perioperatif telah diberikan secara terperinci kepada pesakit yang menjalani surgery, sesetengah pesakit tidak mempraktikkan maklumat yang diterima. Hal ini menyebabkan meningkatnya komplikasi posoperatif seperti *Pneumonia*, *Deep Vein Thrombosis* dan *Polmonary Embolisme* walaupun pesakit telah menerima maklumat perioperatif yang terperinci (Abelseth et al. 1996 sedutan dari Moon & Backer, 2000). Satu faktor yang mempengaruhi keinginan pesakit untuk benar-benar mempraktikkan maklumat perioperatif yang diterima adalah tahap kecekapan sendiri pesakit (Moon dan Backer, 2000).

2.5 Kecekapan Kendiri

Kecekapan sendiri merujuk kepada keyakinan individu terhadap diri mereka sendiri untuk melakukan atau mempraktikkan sesuatu tindakan atau aktiviti yang diajarkan kepada mereka. Teori Kecekapan Kendiri (Bandura, 1997) mencadangkan bahawa kecekapan sendiri adalah faktor yang menentukan bahawa individu tersebut bakal mempraktikkan segala maklumat yang diberikan dalam bentuk tindakan atau tidak. Kecekapan sendiri memainkan peranan penting sebagai penghubung antara pengetahuan dengan praktis. Justeru, bagi setiap maklumat yang diberikan, kecekapan sendiri perlu diukur.

2.6 Kesan Kecekapan Kendiri

Kecekapan sendiri yang tinggi dalam kalangan pesakit yang menjalani surgery adalah penting bagi memastikan pesakit mempraktikkan segala maklumat perioperatif yang diberikan dalam bentuk tindakan. Kajian yang dijalankan oleh Pellino et al. (1998) terhadap pesakit yang menjalani surgery ortopedik mendapati bahawa pesakit yang mempunyai tahap kecekapan sendiri yang tinggi terhadap maklumat perioperatif yang diterima melaporkan kebolehan yang lebih tinggi dalam melakukan aktiviti praoperatif dan posoperatif berbanding pesakit yang mempunyai tahap kecekapan sendiri yang lebih rendah. Selain itu, kajian oleh Moon dan Backer (2000), ke atas pesakit yang menjalani surgery terapi penggantian sendi atau *Total Joint Replacement*, menyimpulkan bahawa semakin tinggi tahap kecekapan sendiri pesakit terhadap maklumat perioperatif yang diterima, semakin jauh jarak ambulasi yang dicapai oleh pesakit tersebut pada fasa posoperatif. Selain itu, Moon dan Backer (2000), dalam kajian yang sama juga mendapati bahawa pesakit yang mempunyai tahap kecekapan sendiri yang tinggi terhadap maklumat perioperatif yang diterima menunjukkan peningkatan dalam frekuensi melakukan senaman di katil berbanding subjek yang mempunyai tahap kecekapan sendiri yang lebih rendah.

Kajian yang dilakukan oleh Heye et al. (2002) terhadap pesakit yang menjalani surgery *hysterectomy* pula mendapati bahawa terdapat perkaitan di antara kecekapan sendiri pesakit dengan peralaksanaan aktiviti mobiliti posoperatif seperti menukar posisi baringan, duduk di katil, berdiri dan berjalan. Dalam kajian yang berbentuk komparatif ini, pesakit yang menerima maklumat perioperatif berasaskan konsep kecekapan sendiri menunjukkan tahap kecekapan sendiri yang tinggi berbanding pesakit yang menerima maklumat perioperatif yang rutin iaitu kumpulan kawalan. Seterusnya, pesakit yang mempunyai tahap

kecekapan sendiri yang lebih tinggi ini melaporkan dapat melakukan aktiviti mobilisasi posoperatif dengan lebih berdikari berbanding kumpulan kawalan. Justeru, adalah penting bagi jururawat untuk memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgery mempunyai tahap kecekapan sendiri yang tinggi terhadap maklumat perioperatif yang diterima. Kecekapan sendiri yang tinggi terhadap maklumat yang diterima bergantung kepada beberapa faktor.

2.7 Faktor yang mempengaruhi tahap kecekapan sendiri

Kecekapan sendiri pesakit terhadap maklumat yang diterima bergantung kepada beberapa faktor iaitu ; 1) pengalaman lalu iaitu belajar dengan cara melakukan, 2) model iaitu belajar dengan melihat orang lain melakukan, 3) sokongan verbal dan 4) emosi yang stabil (Bandura, 1997). Bandura, (1997) menyatakan bahawa pengalaman lalu yang pernah dilalui oleh individu mempunyai pengaruh yang kuat terhadap keyakinan mereka untuk melakukan perkara yang sama. Sebagai contoh, pesakit yang pernah mempunyai pengalaman menjaga luka sebelum ini, mempunyai tahap kecekapan sendiri yang tinggi untuk melakukan perkara yang sama. Dalam kajian oleh Moon dan Backer, (2000) yang mengkaji tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani Terapi Penggantian Sendi pada peringkat posoperatif, dan mereka mendapati tahap kecekapan sendiri pesakit adalah tinggi. Mereka berpendapat bahawa tahap kecekapan sendiri pesakit yang tinggi ini adalah disebabkan oleh kejayaan pesakit menghadapi pengalaman tersebut dengan jayanya. Menurut Bandura (1997), apabila seseorang telah berjaya melakukan sesuatu tindakan, tahap kecekapan sendiri mereka akan meningkat.

Selain itu, tahap kecekapan sendiri pesakit juga dipengaruhi oleh status emosi dan fisiologi (Bandura, 1997). Menurut Bandura (1997) lagi, individu yang mempunyai status

emosi dan fisiologi yang stabil mempunyai tahap kecekapan sendiri yang tinggi. Gortner dan Jenkins, (1990) yang mengkaji tahap kecekapan sendiri ke atas 156 pesakit yang menjalani pembedahan jantung mendapati bahawa tahap kecekapan sendiri pesakit adalah tinggi. Gortner dan Jenkins berpendapat bahawa ia adalah disebabkan oleh masa tahap kecekapan sendiri pesakit diukur iaitu pada peringkat posoperatif di mana status emosi dan fisiologi pesakit pada masa itu adalah stabil. Staples et al. (1998) juga menyatakan bahawa status emosi dan fisiologi individu mempengaruhi persepsi mereka mengenai keupayaan diri mereka untuk melakukan sesuatu tindakan. Menurut Staples et al (1998) lagi, individu yang sedang berada dalam kebimbangan biasanya tidak yakin terhadap keupayaan mereka untuk melakukan sesuatu tindakan.

Seterusnya, sokongan verbal juga merupakan antara faktor yang mempengaruhi tahap kecekapan sendiri pesakit (Bandura, 1997). Sokongan verbal ini di definisikan sebagai kata –kata sokongan bahawa individu tersebut boleh melakukan sesuatu tindakan. Seterusnya, model pula merujuk kepada melihat individu lain melakukan perkara yang sama. Menurut Bandura (1997), tahap kecekapan sendiri individu boleh ditingkatkan dengan cara melakukan demonstrasi. Heye et al. (2002) telah melakukan kajian komparatif ke atas pesakit yang menjalani surgeri *histerectomy* di mana kajian ini mendapati bahawa pesakit yang dipertontonkan dengan demonstrasi senaman pernafasan dalam dan kemahiran ambulasi dengan luka pembedahan menunjukkan tahap kecekapan sendiri yang lebih tinggi berbanding pesakit yang diberi maklumat sahaja.

Keempat-empat faktor ini mempengaruhi keyakinan individu terhadap keupayaan mereka untuk melakukan tindakan. Keempat-empat faktor ini juga perlu diambil kira dalam

penyampaian maklumat perioperatif oleh jururawat bagi memastikan pesakit mempunyai kecekapan sendiri yang tinggi (Kara & ASTI, 2004).

Rumusan

Kejayaan sesebuah surgeri tidak hanya bergantung kepada kualiti surgeri yang diberikan kepada pesakit, tetapi juga bergantung kepada usaha dan pencapaian pesakit sendiri pada peringkat praoperatif, intraoperatif dan posoperatif. Justeru, adalah penting bagi memastikan bahawa pesakit menerima kelima-lima dimensi maklumat perioperatif. Namun penerimaan maklumat sahaja adalah tidak mencukupi untuk memastikan bahawa pesakit akan mempraktikkan maklumat perioperatif yang diberikan. Sebaliknya maklumat perioperatif perlulah disampaikan dalam bentuk yang boleh meningkatkan kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgeri (Heye et al. 2002). Moon dan Backer, (2000) juga menyatakan bahawa tahap kecekapan sendiri pesakit terhadap maklumat perioperatif yang diterima adalah penting untuk diukur kerana pesakit dengan tahap kecekapan sendiri yang rendah biasanya akan mengelakkan diri dari mempraktikkan maklumat perioperatif yang diterima.

2.8 Rangka Kerja Teori Kajian

Rangka kerja teori bagi kajian ini adalah berdasarkan dua teori utama iaitu Lima Dimensi Maklumat Perioperatif yang diperkenalkan oleh Yount dan Schoessler (1991), dan Teori Kecekapan Kendiri yang diperkenalkan oleh Bandura, (1997). Seperti yang dapat diperhatikan dalam Rajah 2.1, terdapat lima dimensi maklumat perioperatif iaitu: 1) maklumat mengenai prosedur atau situasi yang berlaku kepada pesakit, 2) maklumat

mengenai sensasi-ketidakselesaian, 3) maklumat mengenai peranan pesakit, 4) maklumat mengenai latihan kemahiran, dan 5) maklumat mengenai sokongan psikososial (Yount & Schoessler, 1991). Maklumat mengenai prosedur atau situasi yang berlaku kepada pesakit merujuk kepada aktiviti yang dijangka akan ditempuhi oleh pesakit operasi (Bernier, Sanares, Owen & Newhouse, 2003) baik pada fasa praoperatif, intraoperatif mahupun posoperatif. Ia termasuklah maklumat mengenai jagarawatan yang akan diterima seperti persediaan usus persediaan kulit dan ubat-ubatan. Selain itu, dimensi ini juga meliputi pemberian maklumat mengenai peralatan-peralatan dan teknologi perubatan yang akan digunakan terhadap pesakit serta turutan aktiviti yang akan pesakit tempuhi (Yount & Schoessler, 1991).

Dimensi kedua iaitu maklumat mengenai sensasi-ketidakselesaian merujuk kepada maklumat mengenai apa yang akan dirasai, didengari dan dilihat oleh pesakit pada ketiga-tiga fasa perioperatif. Pada peringkat praoperatif dan intraoperatif, pesakit akan mengalami rasa pening akibat kesan sampingan ubat-ubatan praoperatif dan anesthesia. Pada peringkat posoperatif pula, pesakit mungkin akan mengalami rasa tidak selesa akibat kehadiran alat-alat seperti kateter urinari, tiub dada dan sebagainya. Pesakit juga akan merasai sensasi kesakitan apabila kesan analgesia telah berkurangan (Yount & Schoessler, 1991).

Dimensi ketiga iaitu maklumat mengenai peranan pesakit merujuk kepada pemberian maklumat mengenai tindakan yang dijangka akan dilakukan oleh pesakit sebagai ahli aktif dalam perawatan bagi mencapai matlamat rawatan dan penyembuhan. Ia termasuklah bertindak proaktif dengan bertanya kepada jururawat berkenaan sebarang keperluan dan bertindak membuat aduan sekiranya mengalami keadaan abnormal seperti kesakitan, demam, kebengkakan dan sebagainya (Yount & Schoessler, 1991).

Dimensi seterusnya, iaitu maklumat mengenai latihan kemahiran merujuk kepada pemberian maklumat mengenai kemahiran-kemahiran spesifik yang perlu dipelajari oleh pesakit pada peringkat praoperatif agar ia dapat dipraktikkan untuk membantu penyembuhan pada peringkat posoperatif. Kemahiran-kemahiran spesifik yang dimaksudkan termasuklah kemahiran untuk mengatasi kebimbangan, kemahiran pernafasan dalam, kemahiran batuk secara efektif, kemahiran menggunakan insentif spirometer dan sebagainya (Yount & Schoessler, 1991).

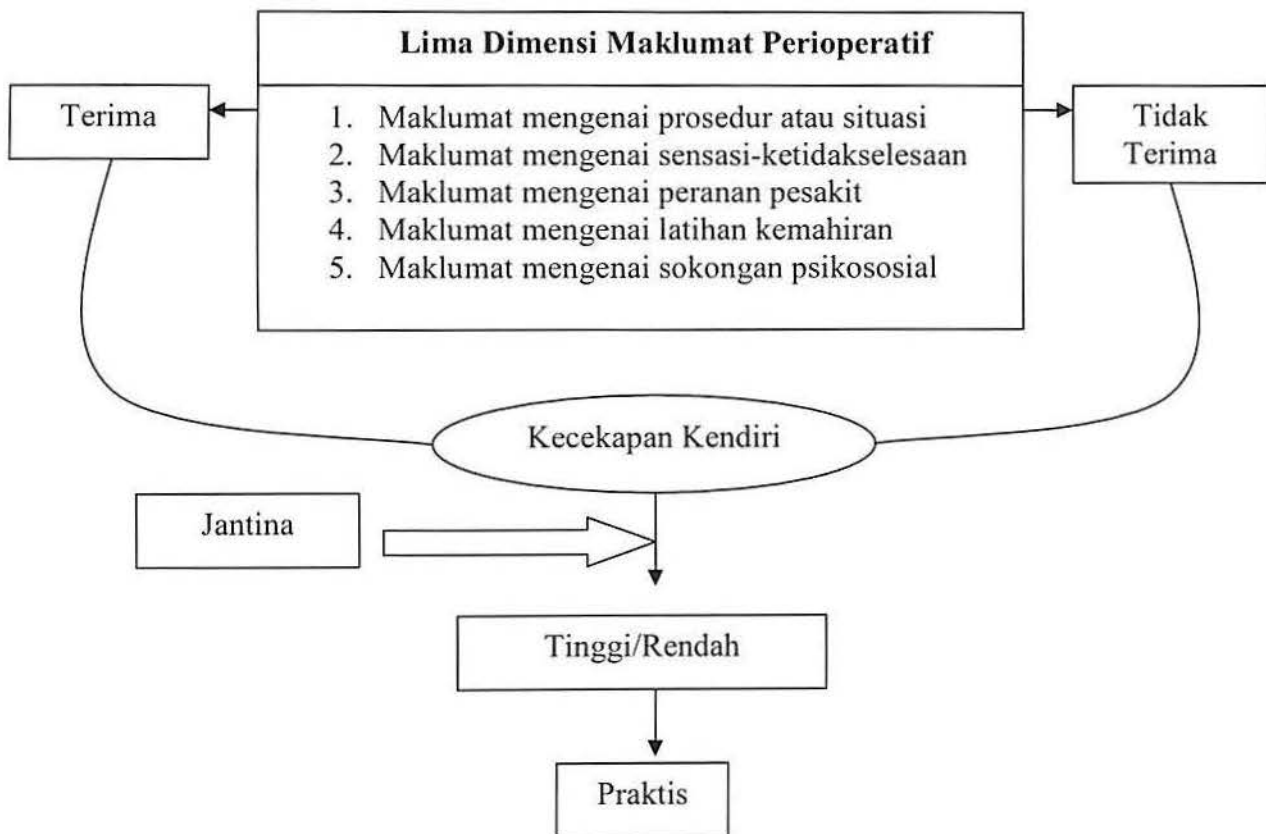
Dimensi kelima iaitu maklumat mengenai sokongan psikososial pula merujuk kepada pemberian maklumat yang melibatkan interaksi dua hala antara pesakit dengan profesional kesihatan untuk tujuan membantu pesakit mengatasi kebimbangan dan keresahan akibat surgeri (Bernier, Sanares, Owen & Newhouse, 2003). Kelima-lima dimensi maklumat perioperatif ini perlu diterima oleh pesakit sebagai persediaan untuk mereka menjalani surgeri. Seterusnya, menurut Moon dan Backer, (2000) pemberian maklumat sahaja adalah tidak mencukupi bagi memastikan bahawa pesakit yang menjalani surgeri dapat mempraktikkan maklumat yang diberikan. Kecekapan sendiri merujuk kepada keyakinan individu terhadap diri mereka sendiri untuk melakukan atau mempraktikkan sesuatu tindakan atau aktiviti yang diajarkan kepada mereka. Teori Kecekapan Kendiri (Bandura, 1997) mencadangkan bahawa kecekapan sendiri adalah faktor yang menentukan bahawa individu tersebut bakal mempraktikkan segala maklumat yang diberikan dalam bentuk tindakan atau tidak. Kecekapan sendiri memainkan peranan penting sebagai penghubung antara pengetahuan dengan praktis. Justeru, bagi setiap maklumat yang diberikan, kecekapan sendiri perlu diukur. Menurut Bandura (1997), kecekapan sendiri terdiri daripada dua komponen utama iaitu jangkaan hasil dan jangkaan

kecekapan (Oetker-Black, Teeters, Cukr & Rininger, 1997). Jangkaan hasil ditakrifkan sebagai keyakinan individu bahawa aktiviti atau tindakan yang dilakukan akan menghasilkan suatu kesan yang spesifik (Oetker-Black & Kauth, 1995). Sebagai contoh, seorang pesakit yang menjalani operasi melakukan senaman pernafasan dalam kerana beliau yakin bahawa tindakan beliau akan membantu dalam pengembangan paru-paru. Jangkaan kecekapan pula merujuk kepada keyakinan diri individu tersebut bahawa mereka mampu melakukan atau mempraktikkan tindakan atau aktiviti yang diperlukan untuk mendapat hasil spesifik yang dijangkakan (Kara & ASTI, 2004). Sebagai contoh, seorang pesakit yang menjalani operasi percaya dan yakin bahawa beliau mampu melakukan senaman pernafasan dalam untuk membantu dalam pengembangan paru-paru.

Kecekapan sendiri merujuk kepada keyakinan individu terhadap diri mereka sendiri untuk melakukan atau mempraktikkan sesuatu tindakan atau aktiviti yang diajarkan kepada mereka. Teori Kecekapan Kendiri (Bandura, 1997) mencadangkan bahawa kecekapan sendiri adalah faktor yang menentukan bahawa individu tersebut bakal mempraktikkan segala maklumat yang diberikan dalam bentuk tindakan atau tidak. Kecekapan sendiri memainkan peranan penting sebagai penghubung antara pengetahuan dengan praktis. Justeru, bagi setiap maklumat yang diberikan, kecekapan sendiri perlu diukur. Menurut Bandura (1997), kecekapan sendiri terdiri daripada dua komponen utama iaitu jangkaan hasil dan jangkaan kecekapan (Oetker-Black et al. 1997). Jangkaan hasil ditakrifkan sebagai keyakinan individu bahawa aktiviti atau tindakan yang dilakukan akan menghasilkan suatu kesan yang spesifik (Oetker-Black & Kauth, 1995). Sebagai contoh, seorang pesakit yang menjalani operasi melakukan senaman pernafasan dalam kerana beliau yakin bahawa tindakan beliau akan membantu dalam pengembangan paru-paru.

Jangkaan kecekapan pula merujuk kepada keyakinan diri individu tersebut bahawa mereka mampu melakukan atau mempraktikkan tindakan atau aktiviti yang diperlukan untuk mendapat hasil spesifik yang dijangkakan (Kara dan ASTI, 2004). Sebagai contoh, seorang pesakit yang menjalani operasi percaya dan yakin bahawa beliau mampu melakukan senaman pernafasan dalam untuk membantu dalam pengembangan paru-paru.

Rangka Kerja Teori Kajian



(Adaptasi dari: Yount dan Schoessler, 1991; Bandura, 1997)

Rajah 2.1: Rangka kerja teori untuk mengkaji penerimaan maklumat perioperatif dan tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani operasi.

BAB 3

METODOLOGI

3.1 Rekabentuk Kajian

Tujuan kajian ini dilakukan adalah untuk mengkaji maklumat perioperatif yang diterima dan tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery. Kajian ini juga dilakukan untuk mengkaji perkaitan antara jantina dengan tahap kecekapan sendiri pesakit yang menjalani surgery. Justeru, kajian ini merupakan kajian kuantitatif berbentuk diskriptif jenis keratan lintang.

3.2 Populasi dan Lokasi Kajian

Populasi sasaran bagi kajian ini adalah terdiri daripada pesakit yang menjalani surgery. Kajian ini melibatkan lima wad surgery iaitu wad 1 Utara, 2 Intan, 3 Utara, 4 utara, dan 4 Selatan di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM).

3.3 Sampel

3.3.1 Saiz Sampel

Menurut Cole, 1997 untuk kajian berbentuk keratan lintang, formula berikut boleh digunakan bagi menentukan saiz sampel yang diperlukan. Menurut formula kiraan, sebanyak 84 sampel diperlukan dalam kajian ini.

Type I error (α)	Type II error (β)	0.5	0.2	0.1	0.05
Z_{α}	Power	50%	80%	90%	95%
	Z_{β}	0.00	0.84	1.28	1.64
		2.7	6.2	8.6	10.8
		3.8	7.8	10.5	13.0
		5.4	10.0	13.0	15.8
		6.6	11.7	14.9	17.8

(Sumber : Cole, 1997)

$$(n) = [(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (1-d^2)/d^2] + 5$$

Nota:

$Z_{\alpha/2}$: Ralat jenis I (2 hujung) atau 'type I error 2 tailed'

Z_{β} : Ralat jenis II, kuasa β atau 'type II error β power'

d : *effect size*

Merujuk kepada kajian asal oleh Pellino, Tluczek, Collins, Trimborn, Norwick, Engelke & Broad (1998) yang menggunakan Cohen & Cohen, 1983 sebagai sumber rujukan, penyelidik telah memilih nilai aras keyakinan pada 95%, 'type I error', $\alpha = 0.05$ (dengan $Z_{\alpha/2} = 1.96$), power level = 80% dan effect size = 0.30.

$$\text{Saiz sampel } (n) = (n) = [(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (1-d^2)/d^2] + 5$$

$$= [(1.96 + 0.84)^2 (1-0.3^2)/(0.3^2)] + 5$$

$$= [(7.84)(0.91)/0.09] + 5$$

$$= 79.27 + 5$$

$$= 84.27$$

$$(n) = 84$$