**BAB IV**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 24

April sampai dengan 14 Mei 2017. Data yang akan disajikan meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan gambaran lokasi dan tempat penelitian, gambaran karakteristik data demografi responden penelitian, sedangkan data khusus meliputi nilai kenyamanan sebelum dan sesudah intervensi MTE. Data yang telah didapat akan dilakukan pembahasan sesuai dengan konsep dan teori yang mendukung.

**4.1. Data Umun**

4.1.1. Gambaran Lokasi dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RSK Budi Rahayu Blitar yang terletak di Jalan A. Yani No. 18 Blitar. RSK Budi Rahayu Blitar memiliki 5 unit ruang rawat inap dan satu unit perawatan intensif, dimana keseluruhan berkapasitas 125 tempat tidur. Ratio perawat dan pasien = 1 : 5 untuk di bangsal rawat inap, sedangkan di ICU 1 : 2. Dimana kebutuhan *hygiene* personal dilakukan oleh perawat dan keluarga ikut terlibat.

RSK Budi Rahayu Blitar sebagai Rumah Sakit swasta yang selalu berusaha meningkatkan pelayanan dengan terus berusaha melengkapi fasilitas-fasilitas penunjang serta selalu berusaha meningkatkan mutu pelayananan dengan memenuhi

standard pelayananan melalui Akreditasi Rumah Sakit. RSK Budi Rahayu melayani

42

pemeriksaan penunjang medis seperti CT Scan, USG 4 dimensi dan untuk penambahan fasilitas pemeriksaan laboratorium adalah pemeriksaan Troponin I.

RSK Budi Rahayu juga memiliki poli dokter spesialis meliputi poli jantung, poli mata, poli THT, poli orthopedi, poli bedah umum, poli anak, poli penyakit dalam, poli bedah saraf, poli gigi dan poli kandungan. Selain itu RSK Budi Rahayu juga melayani pasien yang membutuhan haemodialisa atau cuci darah.

4.1.2. Gambaran Karakteristik Data Demografi Responden Penelitian

1. Distribusi Responden Menurut Usia

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi usia responden yang imobilisasi di RSK Budi

Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Usia** | **Frekuensi (f)** | **Prosentase (%)** |
| Belum Usia Lanjut(≤60 thn) | 5 | 33,33 |
| Usia Lanjut (>60 thn) | 10 | 66,67 |
| Total | 15 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan distribusi responden berdasarkan usia paling banyak adalah usia lanjut (>60 tahun) yaitu 66,67 % atau 10 responden.

2. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi pendidikan responden yang imobilisasi di RSK Budi Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pendidikan** | **Frekuensi (f)** | **Prosentase (%)** |
| Tidak sekolah | 1 | 6,67 |
| SD | 9 | 60 |
| SMP | 2 | 13,33 |
| SMA | 2 | 13,33 |
| PT | 1 | 6,67 |
| Total | 15 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pendidikan paling banyak adalah SD yaitu 60 % atau 9 responden.

3. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi pekerjaan responden yang imobilisasi di RSK Budi Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pekerjaan** | **Frekuensi (f)** | **Prosentase (%)** |
| IRT | 5 | 33,33 |
| Pedagang | 1 | 6,67 |
| Petani | 4 | 26,66 |
| Wiraswasta | 1 | 6,67 |
| Pekerja Lepas | 1 | 6,67 |
| Pensiunan | 3 | 20 |
| Total | 15 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pekerjaan paling banyak adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) yaitu 33,33 % atau 5 responden.

4. Distribusi Responden Menurut Penyakit

Tabel 4.4. Distribusi frekuensi penyakit responden yang imobilisasi di RSK Budi Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Penyakit** | **Frekuensi (f)** | **Prosentase (%)** |
| Neurosensorik | 9 | 60 |
| Kardiovaskular | 2 | 13,33 |
| Penyakit Paru | 2 | 13,33 |
| Kanker | 1 | 6,67 |
| Melena | 1 | 6,67 |
| Total | 15 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan penyakit paling banyak adalah Neurosensorik yaitu 60 % atau 9 responden.

5. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi jenis kelamin responden yang imobilisasi di

RSK Budi Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin** | **Frekuensi (f)** | **Prosentase (%)** |
| Laki-laki | 7 | 46,67 |
| Perempuan | 8 | 53,33 |
| Total | 15 | 100 % |

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin paling banyak adalah perempuan yaitu 53,33 % atau 8 responden.

**4.2. Data Khusus**

Pada bagian ini akan diuraikan hasil observasi skor kenyamanan pasien imobilisasi sebelum dan sesudah MTE.

4.2.1. Kenyamanan Pasien Imobilisasi Sebelum MTE

Tabel 4.6. Skor kenyamanan pasien imobilisasi sebelum MTE di RSK Budi

Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

**No Konteks**

**Konteks**

**Konteks**

**Konteks**

**Skor**

 **Responden Fisik Psikospiritual Lingkungan Sosial**

 1 7 13 10 11 41

 2 9 14 13 13 49

 3 6 14 11 9 40

 4 10 14 13 11 48

 5 10 14 11 11 46

 6 10 14 11 11 46

 7 7 14 13 10 44

 8 6 14 11 9 40

 9 12 15 16 10 53

 10 8 14 13 11 46

 11 8 14 12 10 44

 12 8 13 12 9 42

 13 7 12 10 11 40

 14 9 14 12 11 46

 15 11 12 11 11 45

**Rata-rata** 8,53 13,67 11,93 10,53 44,67

Dari tabel 4.6 dapat dilihat bahwa skor kenyamanan pasien imobilisasi sebelum intervensi MTE terendah adalah 40 dan skor kenyamanan tertinggi adalah 53. Skor rata-rata kenyamanan pasien imobilisasi sebelum MTE adalah 44,67.

4.2.2. Kenyamanan Pasien Imobilisasi Setelah MTE

Tabel 4.7. Skor kenyamanan pasien imobilisasi setelah MTE di RSK Budi

Rahayu Blitar pada tanggal 24 April – 14 Mei 2017.

**No Konteks**

**Konteks**

**Konteks**

**Konteks**

**Skor**

 **Responden Fisik Psikospiritual Lingkungan Sosial**

 1 15 15 14 13 57

 2 15 15 15 13 58

 3 14 17 14 12 57

 4 15 15 15 14 59

 5 15 15 13 13 56

 6 15 15 13 12 55

 7 13 15 14 11 53

 8 15 17 14 13 59

 9 15 15 16 13 59

 10 13 15 15 11 54

 11 13 15 14 12 54

 12 13 15 14 12 54

 13 14 14 14 12 54

 14 15 15 14 13 57

 15 14 15 13 13 55

**Rata-rata** 14,27 15,2 14,13 12,47 56,07

Dari tabel 4.7 dapat dilihat bahwa skor kenyamanan pasien imobilisasi sesudah intervensi MTE terendah adalah 53 dan skor kenyamanan tertinggi adalah 59. Skor rata-rata kenyamanan pasien imobilisasi sesudah intervensi MTE adalah 56,07.

4.2.3. Analisis Pengaruh MTE Terhadap Kenyamanan Pasien Imobilisasi

Tabel 4.8. Distribusi rata-rata skor kenyamanan pasien imobilisasi sebelum dan sesudah intervensi MTE di RSK Budi Rahayu Blitar pada tanggal

24 April – 14 Mei 2017.

**Variabel Mean SD SE P value N**

 Sebelum MTE 44,67 3,716 ,959 ,000 15

 Sesudah MTE 56,07 2,086 ,539

Dari tabel 4.8 dapat dilihat bahwa skor rata-rata kenyamanan sebelum MTE adalah 44,67 dengan standar deviasi 3,716 dan skor rata-rata kenyamanan sesudah MTE adalah 56,07 dengan standar deviasi 2,086. Dari analisa data uji T terhadap sebelum MTE dan sesudah MTE didapatkan p value sebesar 0,000 dimana p value lebih kecil dari nilai α (0,05) maka dapat dikatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skor kenyamanan sebelum MTE dan skor kenyamanan sesudah MTE pada pasien imobilisasi.

**4.3.Pembahasan**

4.3.1. Kenyamanan Pada Pasien Imobilisasi Sebelum MTE

Dari hasil penelitian didapatkan skor rata-rata kenyamanan konteks fisik adalah

8,53. Komplikasi imobilisasi akan terjadi pada proses degenerasi hampir di semua sistem organ akibat berubahnya aktivitas dan berkurangnya fungsi motorik. Sistem organ yang terkena diantaranya sistem musculoskeletal, kardiopulmonal, integumen, metabolik dan endokrin, neurologi dan psikiatri serta sistem gastrointestinal dan urinarius (Lewis, 2011). Dari hasil penelitian didapatkan jumlah responden yang paling banyak adalah usia lanjut (>60 tahun) yaitu 10 responden atau 66,67%. Pada usia lanjut untuk sel-sel imun dalam tubuh, dikatakan semakin tua usia seseorang

semakin banyak jumlahnya. Akan tetapi, fungsinya semakin berkurang. Hal ini akan berakibat semakin tua seseorang akan semakin mudah terserang penyakit infeksi dibanding yang lebih muda (Tamher dan Noorkasiani, 2011). Penyakit pada lansia dapat menyebabkan imobilisasi. Imobilisasi pada lansia juga dapat diakibatkan oleh adanya gangguan nyeri, kekakuan, ketidakseimbangan dan kelainan psikologis. Imobilisasi mengakibatkan kekakuan pada otot, nyeri punggung, kurang dapat beristirahat atau tidur nyenyak dan penurunan motilitas usus yang dapat menyebabkan konstipasi sehingga mempengaruhi kenyamanan dalam konteks fisik.

Dari hasil penelitian didapatkan skor rata-rata kenyamanan konteks psikospiritual adalah 13,67 dan didapatkan 53,33 % atau 8 responden berjenis kelamin perempuan. Perbedaan gender juga dapat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi psikologis, sehingga akan berdampak pada bentuk adaptasi yang digunakan. Menurut hasil penelitian Darmojo dkk (1999) dalam Tamher dan Noorkasiani (2011) menyatakan bahwa dapat diasumsikan bahwa wanita lebih siap dalam menghadapi masalah dibandingkan laki-laki, karena wanita lebih mampu menghadapi masalah daripada kaum laki-laki yang cenderung lebih emosional. Menurut Tamher dan Noorkasiani tahun 2011, mengatakan bahwa keluarga masih merupakan tempat berlindung yang paling disukai oleh lansia. Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalahnya. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Tamher dan Noorkasiani ,2011). Menurut Sigmund Freud orang yang sehat biasa menggunakan berbagai mekanisme pertahanan ego selama hidupnya.

Mekanisme tersebut menjadi patologis bila penggunaannya secara terus menerus membuat seseorang berperilaku maladaptif sehingga kesehatan fisik maupun mental bisa terpengaruh. Kegunaan mekanisme pertahanan ego adalah untuk melindungi pikiran atau diri atau ego dari kecemasan, sanksi sosial atau untuk menjadi tempat mengungsi dari situasi yang tidak sanggup untuk dihadapi. Hal ini akan mempengaruhi kenyamanan dalam konteks psikospiritual, dimana responden perempuan lebih dapat menerima sakitnya dan lebih dapat bisa bekerjasama dalam tindakan yang diberikan oleh perawat. Selain itu bentuk mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk mengurangi kecemasan serta dukungan dan perhatian keluarga juga mempengaruhi kenyamanan konteks psikospiritual.

Dari hasil penelitian didapatkan skor rata-rata kenyamanan konteks lingkungan adalah 11,93 dan didapatkan jumlah responden paling banyak adalah yang menderita neurosensorik yaitu 60 % atau 9 responden. Perubahan-perubahan sistem saraf yang terjadi pada lansia yaitu berat otak menurun, hubungan persyarafan cepat menurun, lambat dalam respon dan waktu berpikir, berkurangnya penglihatan, hilangmya pendengaran, mengecilnya syaraf pencium dan perasa lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin, kurang sensitif terhadap sentuhan, cepatnya menurunkan hubungan persyarafan, reflek tubuh akan semakin berkurang serta terjadi kurang koordinasi tubuh dan membuat lansia menjadi cepat pikun dalam mengingat sesuatu (Padila, 2013). Menurut Kowalak tahun 2011 gambaran klinis stroke cukup beragam, salah satunya adalah kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Keadaan ini akan mempengaruhi kenyamanan dalam konteks lingkungan dimana pasien mengalami kelemahan gerak pada ekstremitas sehingga

membutuhkan orang lain untuk membantu aktivitasnya termasuk kebutuhan hygiene personalnya, sehingga pasien merasa privasinya berkurang. Selain itu suhu ruangan juga akan mempengaruhi kenyamanan konteks lingkungan dimana lansia lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.

Dari hasil penelitian didapatkan skor rata-rata kenyamanan konteks sosial adalah 10,53. Pada usia lanjut terjadi penurunan kondisi fisik atau biologis, kondisi psikologis serta perubahan kondisi sosial. Usia lanjut akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik yang dapat mengakibatkan penurunan pada peranan-peranan sosialnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan di dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Disamping itu masih ada usia lanjut yang tidak mempunyai bekal hidup dan pekerjaan atau penghasilan (Padila, 2013). Keadaan ini mempengaruhi kenyamanan konteks sosial, dimana lansia memerlukan bantuan ekonomi dari anaknya untuk kehidupan sehari-hari dan biaya perawatan di RS, juga mempengaruhi lansia dalam menghadapi masalah terutama tentang kondisi dan penyakitnya.

Dari hasil penelitian didapatkan 60 % atau 9 responden berpendidikan SD. Tingkat pendidikan juga merupakan hal terpenting dalam menghadapi masalah. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin banyak pengalaman hidup yang dilaluinya, sehingga akan lebih siap dalam menghadapi masalah yang terjadi. Umumnya, lansia yang memiliki tingkat pendidikan tinggi masih dapat produktif, mereka justru banyak memberikan konstribusinya sebagai pengisi waktu luang dengan menulis buku-buku ilmiah maupun biografi sendiri (Tamher dan Noorkasiani,

2011). Pada lansia juga terjadi kemuduran kognitif antara lain : suka lupa, disorientasi, sulit menerima ide-ide baru (Tamher dan Noorkasiani, 2011). Hal ini akan mempengaruhi kenyamanan dalam konteks sosial, tingkat pengetahuan yang dimiliki dapat mempengaruhi bagaimana pasien menerima informasi tentang hasil tes ataupun kondisi penyakitnya dari penjelasan dokter maupun perawat.

Menurut Kolcaba faktor yang mempengaruhi kenyamanan, adalah : ada atau tidak permasalahan di rumah, status ekonomi yang rendah, diagnosis yang berat, atau keterbatasan kognitif. Hal ini juga dapat mempengaruhi skor kenyamanan pada pasien imobilisasi sebelum intervensi MTE.

4.3.2. Kenyamanan Pada Pasien Imobilisasi Sesudah MTE

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata skor kenyamanan setelah MTE adalah 56,06. Skor kenyamanan ini mengalami peningkatan dari sebelum dilakukan MTE sehingga dapat diduga MTE memberikan pengaruh terhadap peningkatan kenyamanan responden.

MTE (*Massage Tehnik Effleurage)* merupakan bagian dari tindakan *massage* atau pemijatan yang dilakukan pada awal proses pemijatan ala Swedish. *Effleurage* adalah istilah untuk gerakan mengusap yang ringan dan menenangkan saat memulai dan mengakhiri pijat, gerakan bertujuan untuk meratakan minyak (bila memakai minyak) dan menghangatkan otot agar lebih rileks. Menurut *American India Foundation* (2014) mekanisme MTE menggunakan minyak pelembab dapat memberikan efek pada tubuh yaitu efek biomekanik, efek fisiologis, efek neurologis dan efek psikologis. Pada efek biomekanik akan terjadi tekanan mekanis pada jaringan yang menyebabkan menurunnya perlekatan jaringan, meningkatkan

kapasitas otot, meningkatkan ROM persendian, menurunkan kekakuan gerak pasif dan menurunkan kekakuan gerak aktif. Pada efek fisiologis akan terjadi perubahan pada jaringan atau organ yang menyebabkan peningkatan aliran darah ke otot, peningkatan sirkulasi darah ke kulit, peningkatan aktivitas parasimpatis, meningkatkan hormon relaksasi dan menurunkan hormon stres. Pada efek neurologis akan terjadi refleksi stimulasi yang menyebabkan menurunkan ambang-rangsang neuromuskuler, menurunkan ambang nyeri dan menurunkan tekanan atau spasme otot. Pada efek psikologis akan terjadi peningkatan relasi antara tubuh dan jiwa yang menyebabkan meningkatnya relaksasi dan menurunnya kecemasan.

MTE juga dapat menyebabkan peningkatan sekresi beta endorfin dan endogen reseptor opioid agonis lainnya, sehinggga terjadi peningkatan kadar neurotransmiter dopamin dan serotonin, hal ini menyebabkan meningkatnya perasaan bahagia dan relaksasi, sehingga meningkatkan kenyamanan. MTE dengan minyak atsiri yang mengandung methyl salicylate 50,06 % bermanfaat memberikan rasa hangat, mengurangi nyeri dan bisa memberikan kenyamanan kepada pasien (Setyawati,2015).

Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata skor kenyamanan fisik sebelum MTE adalah 8,53 dan rata-rata skor kenyamanan fisik sesudah MTE adalah 14,27. Peningkatan skor kenyamanan fisik ini bisa disebabkan MTE dapat memberikan efek biomekanik dan efek neurologis. Pada efek biomekanik akan terjadi tekanan mekanis pada jaringan yang menyebabkan menurunnya perlekatan jaringan, meningkatkan kapasitas otot, meningkatkan ROM persendian, menurunkan kekakuan gerak pasif dan menurunkan kekakuan gerak aktif. Pada efek neurologis akan terjadi refleksi stimulasi yang menyebabkan menurunkan ambang-rangsang neuromuskuler,

menurunkan ambang nyeri dan menurunkan tekanan atau spasme otot (*American India Foundation* ,2014 dalam Setyawati, 2015). MTE dengan minyak atsiri yang mengandung methyl salicylate 50,06 % bermanfaat memberikan rasa hangat, mengurangi nyeri dan bisa memberikan kenyamanan kepada pasien sehingga bisa mengurangi nyeri punggung yang dirasakan oleh pasien imobilisasi dan bisa membuat pasien merasa lebih rileks serta membuat pasien bisa beristirahat atau tidur lebih nyenyak.

Pada kenyamanan psikospiritual didapatkan rata-rata skor kenyamanan sebelum MTE adalah 13,67 dan rata-rata skor kenyamanan sesudah MTE adalah 15,2. Peningkatan kenyamanan ini bisa disebabkan karena MTE dapat menyebabkan peningkatan sekresi beta endorfin dan endogen reseptor opioid agonis lainnya, sehinggga terjadi peningkatan kadar neurotransmiter dopamin dan serotonin, hal ini menyebabkan meningkatnya perasaan bahagia dan relaksasi, sehingga meningkatkan kenyamanan. MTE juga memberikan efek psikologis dimana akan terjadi peningkatan relasi antara tubuh dan jiwa yang menyebabkan meningkatnya relaksasi dan menurunnya kecemasan (*American India Foundation* ,2014 dalam Setyawati,

2015). Menurut Sigmund Freud bila kecemasan sudah membuat seseorang merasa sangat terganggu, maka ego perlu menerapkan mekanisme pertahanan untuk melindungi individu. Penggunaan mekanisme pertahanan dilakukan dengan membelokkan impuls id ke dalam bentuk lain yang bisa diterima, atau dengan tanpa disadari menghambat impuls tersebut. Proses adaptasi pada setiap individu sangat membantu individu untuk mencapai integritas kesehatan dalam dirinya. Integritas adalah ciri kesehatan, bila tidak ada integritas, maka dapat dikatakan tidak sehat.

Kesehatan didefinisikan lebih daripada kondisi tidak sakit, tetapi mencakup kondisi sejahtera (Andrew dan Roy, 1999 dalam Tamher dan Noorkasiani, 2011). Peningkatan ini juga dapat disebabkan karena ruang rawat inap yang tenang dan pasien yang gelisah diberikan ruang tersendiri, perhatian dari keluarga yang membantu pasien bila membutuhkan bantuan, serta bantuan, sapaan dan komunikasi kepada pasien dari perawat juga membuat pasien merasa diperhatikan.

Pada kenyamanan lingkungan didapatkan rata-rata skor kenyamanan sebelum MTE adalah 11,93 dan rata-rata skor kenyamanan sesudah MTE adalah 14,13. MTE memberikan efek fisiologis dimana akan terjadi perubahan pada jaringan atau organ yang menyebabkan peningkatan aliran darah ke otot, peningkatan sirkulasi darah ke kulit, peningkatan aktivitas parasimpatis, meningkatkan hormon relaksasi dan menurunkan hormon stres (*American India Foundation* ,2014 dalam Setyawati,

2015). Suasana lingkungan yang mendukung seperti hawa yang sejuk, tempat tidur yang bersih dan rapi, serta memberikan posisi yang nyaman saat pasien makan, misalkan posisi *semifowler* dapat membantu meningkatkan kenyamanan pasien dalam konteks lingkungan.

Untuk kenyamanan sosial didapatkan rata-rata skor kenyamanan sebelum MTE adalah 10,53 dan rata-rata skor kenyamanan sesudah MTE adalah 12,47. Dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Tamher dan Noorkasiani, 2011). Kenyamanan konteks sosial juga dapat meningkat karena pasien telah menerima penjelasan dari dokter maupun perawat tentang kondisi

sakitnya, dan juga pasien sering didampingi oleh keluarga sehingga tidak merasa sendirian.

Pada kuesioner skor maksimal kenyamanan adalah 80 dan pada penelitian ini skor maksimal kenyamanan adalah 59, hal ini dapat disebabkan oleh kondisi pasien, seperti masih ada pasien yang mengalami sembelit yang mempengaruhi kenyamanan konteks fisik, belum mendapatkan informasi yang cukup jelas dari dokter tentang kondisinya dan rencana kepulangannya yang mempengaruhi kenyamanan konteks sosial, dapat juga disebabkan ada pasien yang hanya dijaga oleh pembantu dan kurang mendapat perhatian dari anak-anaknya sehingga mempengaruhi kenyamanan konteks psikospiritual. Dapat juga disebabkan karena pasien mengalami kelumpuhan ekstremitas sehingga masih tergantung pada bantuan orang lain terutama perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, mandi, buang air kecil atau buang air besar sehingga merasa kurang memiliki privasi yang mempengaruhi kenyamanan konteks sosial dan lingkungan.

4.3.3. Pengaruh MTE Terhadap Kenyamanan Pasien Imobilisasi

Sesuai dengan judul penelitian pengaruh *massage tehnik effleurage* terhadap kenyamanan pasien imobilisasi di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar, didapatkan bahwa ada peningkatan skor kenyamanan dari sebelum intervensi MTE dan sesudah intervensi MTE. Skor rata-rata kenyamanan sebelum MTE adalah 44,67 dan skor rata-rata kenyamanan sesudah MTE adalah 56,07. Dari 15 responden semua mengalami peningkatan skor kenyamanan sesudah intervensi MTE.

Dari analisa data uji T terhadap sebelum MTE dan sesudah MTE didapatkan p value sebesar 0,000, maka dapat dikatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan

antara skor kenyamanan sebelum MTE dan skor kenyamanan sesudah MTE pada pasien imobilisasi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kolcaba diperoleh efisiensi intervensi *hand massage* untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien dengan lama perawatan (Kolcaba dan Mitzel, 2008). Penelitian oleh Chen et al (2013) pada pasien *Cardiac Heart Failure* (CHF) dilakukan pijat punggung dengan tehnik *Effleurage* dan *Petrissage* selama 10 menit dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut, didapatkan hasil pijat punggung dapat membantu pasien CHF mengurangi kecemasan dan membuat lebih nyaman. Dan juga sesuai dengan penelitian Shinde dan Anjum (2014) pada pasien yang dirawat di Intensif Care Unit (ICU) dilakukan pijat punggung selama 10-12 menit selama 3 hari berturut-turut, didapatkan hasil terapi pijat punggung membantu dalam mendorong tidur dan meningkatkan kualitas tidur pada pasien yang dirawat di ICU.

**4.4. Keterbatasan Penelitian**

1. Sampel yang diteliti terbatas, kebanyakan pasien yang tirah baring ≥ 3 hari sudah diperbolehkan mobilisasi bertahap dan ada yang pulang atas permintaan sendiri.

2. Peneliti tidak mengobservasi faktor lain yang mempengaruhi kenyamanan seperti ada atau tidak permasalahan di rumah, status ekonomi yang rendah, diagnosis yang berat, atau keterbatasan kognitif, psikospiritual dan faktor- faktor lain yang tidak bisa dikendalikan oleh peneliti.