

ABSTRAK**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR
(Dibimbing oleh: Sr. Anita Sampe, JMJ)****MARGARETA PAKADANG
PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
(xvi+ 57 halaman + 6 tabel + 5 gambar + 9 lampiran)**

Laparotomi merupakan tindakan operasi yang dapat menimbulkan respon nyeri akibat terputusnya kontinuitas jaringan. Salah satu tindakan non-farmakologis yang digunakan adalah mobilisasi dini. Latihan mobilisasi dini adalah salah satu teknik distraksi atau pengalihan perhatian dimana tindakan tersebut merupakan tindakan mandiri perawat untuk menurunkan tingkat nyeri. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparotomi. Desain penelitian ini adalah penelitian *pre-experimental* dengan menggunakan pendekatan *one group pretest-posttest design*. Dengan teknik sampling menggunakan metode *nonprobability sampling* yakni *acidental sampling*. Jumlah sampel 15 orang, dengan menggunakan uji statistic *Wilcoxon*. Hasil pengolahan data dan uji statistik, diperoleh bahwa sebelum dilakukan mobilisasi dini, kebanyakan tingkat nyeri pasien adalah nyeri berat yakni 80 % responden, sedangkan setelah dilakukan mobilisasi dini kebanyakan tingkat nyeri pasien adalah nyeri sedang yakni 80 %. Berdasarkan hasil uji statistic *Wilcoxon* didapatkan nilai $p=0,001$ dan nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p < \alpha$ yang bermakna hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternative (H_a) diterima. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparotomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Mobilisasi dini ini diharapkan dapat diterapkan sebagai salah satu metode dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan post operasi laparotomi.

Kata Kunci : Mobilisasi Dini, Nyeri, Post Laparotomi
Kepustakaan : 29 referensi (1997-2016)

ABSTRACT**THE EFFECT OF EARLY MOBILIZATION ON THE LEVEL OF PAIN
IN CLIENTS WITH POST LAPARATOMY OPERATION
AT STELLA MARIS HOSPITAL
MAKASSAR****(Adviser: Sr. Anita Sampe, JMJ)****MARGARETA PAKADANG
NURSING GRADUATED AND NURSES PROGRAM
(xvi+57 pages + 6 tables + 5 figures + 9 attachments)**

Lapartomy is surgical action that can cause a pain response due to tissue continuity dissipation. One of non pharmacological therapy that can be used to decrease the pain is early mobilization. Early mobilization is useful to distract clients from the pain. The objective of this research was to analyze the effect of early mobilization of pain level in clients with post laparotomy operation at Stella Maris Hospital Makassar. The design of research was pre-experimental by using one group pretest-posttest approach. The sampling collection technique was non-probability sampling with accidental sampling. Total sample is 15 people, by using Wilcoxon statistical test. The result of data processing and statistical test was obtained that before the early mobilization, the most of clients' pain level is severe pain by 80% of respondents, while after the early mobilization, the most of client's pain level is moderate pain by 80%. Based on the results of Wilcoxon statistical tests was obtained p-value = 0.001 and the value of $\alpha = 0.05$, so $p < \alpha$ means significant null hypothesis (H_0) is rejected and the alternative hypothesis (H_a) is accepted. The conclusion of this research indicates that there is an effect of early mobilization of pain level in clients with post laparotomy operation at Stella Maris Hospital Makassar. This early mobilization is expected to be applied as one of methods in providing nursing care to clients with post laparotomy operation.

Keywords : Early mobilization, pain, post laparotomy**Bibliography** : 29 (1997-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan pertumbuhan ilmu pengetahuan dan teknologi, masyarakat modern semakin dimudahkan dalam mengerjakan berbagai macam aktivitas. Demikian juga dengan masalah kesehatan terus berkembang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisien, apalagi dengan pasien post operasi harus memerlukan penanganan yang berkompetent. Pada pasien post operasi laparatomi seorang pasien memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses kesembuhan luka pasca bedah bahkan penyembuhan fisik pasien itu sendiri. Pengembalian fungsi fisik pasien post-op laparatomi dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas, batuk efektif, latihan mobilisasi dini dan lain-lain (Jitiwiyono & Kristiyanasari, 2012).

Laparatomi dilakukan suatu potongan pada dinding abdomen seperti caesarean section sampai membuka selaput perut. Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparatomi antara lain: mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang, hal inilah yang membuat pasien dengan pasca bedah memerlukan perawatan yang maksimal.

Post operasi laparatomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan pasien itu sendiri. Laporan departement kesehatan Indonesia (DEPKES RI) laparatomi meningkat dari 162 pada tahun 2005 menjadi 983 kasus pada tahun 2006 dan 1.281 kasus pada tahun 2007.

Dengan melihat kondisi pasien post operasi laparatomi yang memerlukan perawatan maka perlu dilakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi tegangan melalui latihan pernapasan dan mobilisasi dini untuk mempercepat proses kesembuhan dan kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

Setelah pembedahan kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan, mereka khawatir pergerakan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh dan baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Pergerakan pada masa pemulihan akan mempercepat pencapaian level kondisi seperti pra pembedahan. Ini tentu akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi stress psikis. Pada saat awal pergerakan fisik biasanya dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan (Kusmawan, 2008 dalam Akhira 2011).

Berdasarkan hasil wawancara kepada karyawan Rumah Sakit Stella Maris Makassar mengatakan bahwa mobilisasi yang dilakukan di rumah sakit pada pasien post op laparatomi, umumnya dilakukan setelah 24 jam pertama setelah operasi. Perawat ruangan mengatakan bahwa pasien post operasi laparatomi tetap merasakan nyeri yang hebat meskipun diberikan

peredaya nyeri atau analgesic, terapi yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri adalah dengan teknik distraksi yaitu dengan disarankan menonton televisi, dan memberikan pelayanan keperawatan yang baik.

Mobilisasi merupakan tindakan mandiri bagi seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien pasca bedah. Keuntungan lain yang dapat diraih dari latihan dini pasca bedah, diantaranya peningkatan kecepatan kedalaman pernafasan, peningkatan sirkulasi, peningkatan berkemih dan metabolisme. Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2006).

Mobilisasi juga merupakan salah satu fungsi tubuh yang penting namun sering diabaikan. Oleh karena itu, penting untuk mempertahankan fungsi muskuloskeletal dan syaraf pada taraf yang optimal. System syaraf dan musculoskeletal mengkoordinasikan mekanika tubuh untuk mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh serta memungkinkan klien melakukan berbagai aktivitas fisik termasuk kegiatan sehari-hari, mengangkat, menekuk dan bergerak. Beberapa klien dapat memiliki rentang mobilitas yang berfluktuasi naik dan turun. Rentang mobilitas klien ini dapat mempengaruhi kebutuhan asuhan dan dapat pula meningkatkan lama rawat klien. (Novieastari & Supartini 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gartinah & Rizka (2011) yang berjudul "Gambaran pengetahuan dan perilaku pasien pasca operasi appendectomy tentang mobilisasi dini di RSUP Fatmawati", menunjukkan bahwa ketakutan akan lepasnya atau robeknya jahitan pada luka operasi menyebabkan pasien malas untuk melakukan mobilisasi dini. Ditemukan juga bahwa kurangnya informasi akan manfaat mobilisasi dini menjadi sebab pasien enggan melakukan mobilisasi dini. Umumnya, pasien hanya mengikuti anjuran perawat atau dokter dalam hal melakukan mobilisasi dini.

Hal ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien kurang mengetahui tentang mobilisasi dini sehingga mengakibatkan mereka malas untuk mobilisasi dini. Dari hasil penelitian tersebut, disarankan untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang mobilisasi dini sebelum pasien itu menjalani operasi agar setelah operasi, pasien telah mengetahui manfaat mobilisasi dini dan mendapatkan gambaran tentang cara-cara mobilisasi dini sehingga pasien tidak merasa takut dan mau melakukan pergerakan.

Menurut Kusmawan (2008) dalam Akhira (2011) pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik.

Keberhasilan serupa tentang mobilisasi dini dalam mempercepat pemulihan pasca pembedahan telah dibuktikan oleh Kiik (2013) dalam penelitiannya terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca operasi abdomen. Dimana hasil penelitiannya mengatakan bahwa mobilisasi dini diperlukan bagi pasien pasca operasi abdomen untuk membantu mempercepat pemulihan peristaltik usus dan mempercepat penyembuhan pasien.

Berdasarkan fenomena di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu “Apakah ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat nyeri pasien sebelum dilakukan mobilisasi dini
- b. Mengidentifikasi tingkat nyeri pasien sesudah dilakukan mobilisasi dini
- c. Menganalisis pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit Khususnya Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan mengenai strategi-strategi baru dan mengoptimalkan strategi yang sudah ada untuk melakukan pencegahan terhadap komplikasi post operasi laparatomi dengan cara sederhana yakni, melakukan mobilisasi serta mengembangkan layanan kesehatan dan penggunaan standar operasional prosedur terbaik.

2. Bagi Pasien Dengan Post Op Laparatomi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan pengetahuan tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan

	<p>tingkat nyeri sehingga dapat menjadi acuan dalam mempercepat pemulihan kesehatannya.</p> <p>3. Bagi Institusi Pendidikan</p> <p>Memberikan tambahan pustaka yang dapat melengkapi wawasan dan ilmu pengetahuan dalam cabang ilmu keperawatan klinik terutama dalam peningkatan pemberian pengajaran terkait mobilisasi dini post operasi apendiktomi kepada keluarga dan klien post operasi laparatomi, sehingga penerapan mobilisasi dini semakin meningkat dalam pelaksanaannya.</p> <p>4. Bagi Ilmu pengetahuan</p> <p>Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi salah satu bahan bacaan atau bahan kajian bagi para pembaca maupun peneliti selanjutnya seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan mengenai pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi.</p> <p>5. Bagi Masyarakat</p> <p>Memberikan gambaran pada masyarakat mengenai pentingnya melakukan mobilisasi setelah dilakukan prosedur laparatomi dan dapat menjadikan mobilisasi dini sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kesembuhan dan kesehatan klien post operasi laparatomi.</p> <p>6. Bagi Peneliti</p> <p>Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti baik tentang konsep dan teori keperawatan klinik untuk memperhatikan aktivitas dan kebutuhan mekanik pada individu setelah menjalani operasi apendiktomi, serta mampu memahami cara-cara mengurangi nyeri post operasi laparatomi yang mampu dilakukan oleh pasien baik mandiri ataupun dengan bantuan keluarga dan petugas kesehatan.</p>	<p>HAL</p> <p>6</p>
--	---	---------------------

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Laparatomi

1. Definisi

Menurut Sanusi (1999), laparatomi adalah insisi pembedahan melalui dinding perut atau abdomen.

Laparatomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Jitiwiyono & Kristiyanasari, 2012)

2. Indikasi

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar.
- b. Peritonitis
- c. Perdarahan saluran pencernaan (internal bleeding)
- d. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e. Masa pada abdomen.

3. Komplikasi

- a. Ventilasi paru tidak adekuat
- b. Gangguan kardiovaskuler: hipertensi, aritmia jantung
- c. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- d. Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan.

4. Perawatan Post Laparatomi

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut.

Tujuan perawatan post laparatomi:

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- b. Mempercepat penyembuhan
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- d. Mempertahankan konsep diri pasien
- e. Mempersiapkan pasien pulang.

1). Komplikasi Post Operasi

- a). Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.
- b). Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi
- c). Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehiscensi luka atau eviserasi

3). Proses Penyembuhan Luka

a). Fase Pertama

Berlangsung sampai hari ke 3. Batang lekosit banyak yang rusak/rapuh. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

b). Fase Kedua

Dari hari ke 3 sampai hari ke 14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna dalam 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

c). Fase Ketiga

Sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus-menerus ditimbun, timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

d). Fase Keempat

Fase terakhir. Penyembuhan akan menyusut dan mengerut.

3). Pengembalian Fungsi Fisik

Pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan batuk efektif, latihan mobilisasi dini.

4). Mempertahankan Konsep Diri

Gangguan konsep diri, *body image* dapat terjadi pada pasien post laparotomi sehubungan dengan pembedahan.

B. Tinjauan Tentang Nyeri

1. Definisi nyeri

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Nyeri merupakan sesuatu yang tidak menyenangkan yang hanya dapat diungkapkan oleh individu yang mengalaminya (bersifat subjektif) dan persepsinya berbeda antara satu orang dengan yang lainnya (Prasetyo, 2010).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam menghadapi klien yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik:

a. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu (Prasetyo, 2010). Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Anak-

anak yang belum mempunyai kosakata yang banyak, mempunyai kesulitan mendeskripsikan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau perawat. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi (Tamsuri, 2007).

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

c. Budaya

Perawat sering kali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri. Sebagai contoh, apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu kemampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya pemberian terapi bias jadi tidak cocok untuk klien berkebangsaan Meksiko-Amerika. Seorang klien yang berkebangsaan Meksiko-Amerika yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai suatu yang berat atau mengharapkan perawat melakukan intervensi (Calvillo dan Flaskerud, 1991, Prasetyo 2010).

d. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Sebagai contoh seseorang yang menderita kanker kronis dan

merasa takut akan kondisi penyakitnya akan semakin meningkatkan persepsi nyerinya.

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Seringkali individu yang lebih berpengalaman dengan nyeri yang dialaminya, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu ini mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya ia ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah

f. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Seorang wanita yang merasakan nyeri saat bersalin akan mempersepsikan nyeri secara berbeda dengan wanita lainnya yang nyeri karena dipukul oleh suaminya.

g. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, atau bisa jadi nyeri yang berat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

h. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti

relaksasi, teknik imajinasi terbimbing, masase, mobilisasi dan lain-lain.

i. Keletihan

Keletihan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

j. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri yang dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

3. Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri terdiri dari 4 proses elektro fisiologi nociseptif. 4 proses tersebut meliputi Transduksi, Transmisi, Modulasi, Persepsi:

- a. Transduksi -> proses perubahan stimulus menjadi impuls saraf. Stimulus nyeri akan di terima oleh nociceptor pada ujung saraf bebas A delta dan C kemudian mengalami perubahan atau diterjemahkan menjadi aktivitas fisik pada impuls saraf.
- b. Transmisi -> proses penyaluran impuls saraf melalui serabut saraf sensoris menuju ke medulla spinalis. Impuls tersebut dibaea oleh serabut saraf A delta dan C.
- c. Modulasi -> Proses interaksi antara analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke dalam kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi enkafalis, endorphin, serotonin, norepinefrin. Dengan demikian kornu posterior seperti sebuah gerbang yang dapat tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut.
- d. Persepsi -> Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik mulai dari proses tansduksi, transmisi, dan modulasi yang pada

gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

4. Fisiologi Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri dimulai dari dengan tahap *transduksi*, dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti factor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi dan lain-lain. Serabut saraf tertentu bereaksi atas stimulus tertentu, sebagaimana juga telah disebutkan dalam klasifikasi reseptor sebelumnya.

Fast pain dicetuskan oleh reseptor tipe mekanisme atau thermal (yaitu serabut saraf A-Delta), sedangkan slow pain (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh serabut saraf C. Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantsar nyeri dengan cepat serta bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri. Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang tidak terlokalisasi (bersifat difusi), visceral dan terus-menerus.

Tahap selanjutnya adalah *transmisi*, dimana impuls nyeri ditransmisikan serat afferent (A-Delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn, dimana disini impuls akan bersinapsis di substansi gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls *fast pain*. Di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus paleospinothalamus pada bagian tengah medulla spinalis. Impuls ini memauki formation retikularis dan sistem limbic yang mengatur perilaku emosi dan kognitif, serta integrasi dari sistem saraf otonom. Slow pain yang terjadi akan membangkitakan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin dan jantung berdebar-debar.

5. Teori-teori nyeri

a. Teori Pengontrolan Nyeri

Teori *Gate Control* menyatakan bahwa nyeri dan persepsi nyeri dipengaruhi oleh interaksi dari dua sistem (Melzack & Wall, 1965). Dua sistem tersebut adalah:

- 1). Subtansia gelatinosa pada dorsal horn di medulla spinalis.
- 2). Sistem yang berfungsi sebagai inhibitor (penghambat) yang terdapat pada batang otak.

Sebagaimana telah dibahas, serabut A-Delta berdiameter kecil membawa impuls nyeri cepat sedangkan serabut C membawa impuls nyeri lambat. Sebagai tambahan bahwa serabut A-Beta yang berdiameter lebar membawa impuls yang dihasilkan oleh stimulus taktil (perabaan/sentuhan. Di dalam subtansi gelatinosa impuls ini akan bertemu dengan suatu “gerbang” yang terbuka sehingga perjalanan impuls nyeri tidak terhalangi sehingga impuls akan sampai otak. Sebaiknya, apabila impuls yang dibawa oleh serabut taktil lebih mendominasi, “gerbang” akan menutup sehingga impuls nyeri akan terhalangi. Alasan inilah yang mendasari mengapa dengan melakukan aktivitas, masase dll dapat mengurangi durasi dan intensitas nyeri.

Sistem kedua yang digambarkan sebagai “pintu gerbang” terletak di batang otak. Hal ini diyakini bahwa sel-sel di otak tengah dapat diaktifkan oleh beberapa faktor seperti: opiat, faktor psikologis, bahkan dengan kehadiran nyeri itu sendiri dapat memberikan sinyal reseptor di medulla. Reseptor ini dapat mengatur serabut saraf di spinal cord untuk mencegah perjalanan transmisi nyeri. Hipotesa ini sedikit menjelaskan kenapa pada anak-anak yang dilakukan sirkumsisi, yang sebelumnya diberikan anestesi tidak merasakan nyeri yang hebat saat tindakan dilakukan.

b. Teori Spesifik

Teori spesifik dikemukakan oleh Descartes pada abad 17. Teori didasari oleh adanya jalur-jalur tertentu transmisi nyeri. Adanya ujung-ujung saraf bebas pada perifer bertindak sebagai reseptor nyeri, dimana saraf-saraf ini diyakinimampu untuk menerima stimulus nyeri dan menghantarkan impuls nyeri ke susunan saraf pusat. Impuls kemudian ditransmisikan melalui *dorsal horn* (akar belakang) dan substansi gelatinosa ke thalamus dan terakhir pada area kortek. Nyeri kemudian dapat diinterpretasikan dan muncul respon terhadap nyeri.

Teori ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yaitu melihat nyeri dari segi biologis saja, tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu.

c. Teori Pattern

Teori ini dikemukakan pada awal tahun 1900. Teori ini mengemukakan bahwa terdapat terdapat dua serabut nyeri utama yaitu serabut yang menghantar nyeri secara cepat dan serabut yang menghantarkan nyeri secara lambat (serabut A-Delta dan Serabut C). stimulasi dari serabut ini membuat sebuah pattern/pola dimana

impuls perifer dari kedua saraf disatukan di spinal cord dan dari sana hasil penyatuan impuls diteruskan ke otak untuk diinterpretasikan. Sebagaimana halnya dengan teori spesifik, teori ini juga dapat memperhatikan perbedaan persepsi dan factor psikologis dari masing-masing individu.

5. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut dapat terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Fungsi nyeri akut adalah untuk memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang rusak pilih kembali.

Nyeri akut terkadang oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, diaphoresis dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau mengeringai. Klien akan melaporkan secara verbal adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Tanda dan gejala yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Tanda-tanda vital seringkali dalam batas normal dan tidak

disertai dengan dilatasi pupil. Tanda dan gejala lainnya yang tampak pada nyeri kronis adalah timbulnya keputusasaan klien terhadap penyakitnya, kelesuhan, penurunan libido dan berat badan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah, klien, sedikit bertanya tentang nyeri yang ia alami pada petugas kesehatan, dan tidak tertarik pada aktivitas fisik, dimana tanda dan gejala muncul hampir sama dengan apa yang nampak pada klien yang mengalami depresi. Klien mungkin akan melaporkan adanya kelemahan dan kelelahan. Mengerang, menangis dan menjerit kesakitan mungkin tidak dijumpai seperti pada nyeri akut.

c. Nyeri Kutaneus/superficial (*Cutaneous Pain*)

Ada dua bentuk nyeri *superficial*, bentuk yang pertama adalah nyeri onset yang tiba-tiba dan mempunyai kualitas yang tajam, dan bentuk kedua adalah nyeri dengan onset yang lambat disertai rasa terbakar. Nyeri *superficial* dapat dirasakan pada seluruh permukaan tubuh atau kulit klien. Trauma gesekan, suhu yang terlalu panas dapat menjadi penyebab timbulnya nyeri *superficial* ini.

d. Nyeri Somatis Dalam (*Deep Somatic Pain*)

Nyeri Somatis merupakan fenomena nyeri yang kompleks. Struktur somatic merupakan bagian pada tubuh seperti otot-otot atau tulang. Nyeri somatic dalam biasanya bersifat difus(menyebar) berbeda dengan supeficiant yang mudah untuk dilokalisir. Struktur somatic yang ada dalam tubuh manusia berbeda-beda intensitassnya terhadap nyeri. Bagian yang mempunyai sensitifitas tinggi terhadap nyeri antara lain: tendon, fascia dalam, ligamen, pembuluh darah, tulang periosteum dan nervus-nervus. Otot skeleton hanya sensitive terhadap iskemi dan peregangan. Tulang dan kartilago biasanya sensitive terhadap tekanan yang ekstrim atau stimulasi kimia (missal: rematoid arthritis, osteomyelitis).

e. Nyeri Viseral

Istilah nyeri viseeral biasanya mengacu pada bagian viscera abdomen, walaupun sebenarnya kata viscus (jamak dari viscera) berarti setiap organ tubuh bagian dalam yang lebar dan mempunyai ruang seperti cavitas tengkorak, cavitas thorak, cavitas abdominal dan cavitas pelvis.

Nyeri visceral cenderung bersifat difus (dirasakan menyebar), sulit untuk dilokalisir, samar-samar, dan bersifat tumpul. Organ di dalam tubuh diinervasi oleh serabut-serabut saraf simpatis, ini menjadi alasan mengapa respon otonom biasanya sering menyertai nyeri visceral (seperti: diare, berkeringat, kram, atau peningkatan tekanan darah). Contoh dari nyeri visceral antara lain: apendiksitis akut, cholecystitis, penyakit kardiovasculer, renal, kolik uretra dan lain-lain.

f. *Reffered Pain*

Nyeri dalam dapat diakibatkan dari gangguan organ visceral atau lesi pada bagian somatic dalam (misalnya: otot, ligament, vertebra). Keduanya dapat dirasakan menyebar sampai ke bagian permukaan kulit, hal ini dikarenakan serabut saraf visceral bersinapsis di dalam medulla spinalis dengan beberapa neuron urutan kedua yang sama yang menerima serabut nyeri dari kulit. Apabila serabut nyeri visceral tersebut dirangsang dengan kuat, sensasi nyeri dari visceral menyebar ke dalam beberapa neuron yang biasanya menghantarkan sensasi nyeri hanya dari kulit, sehingga orang tersebut mempunyai perasaan bahwa sensasi itu benar-benar berasal dari dalam kulit itu sendiri.

Reffered pain terkadang “aneh”, ini dikatakan ketika reffered *pain* dirasakan oleh klien dengan sangat, padahal mungkin pada titik nyeri sebenarnya hanya merupakan stimulus nyeri yang ringan bahkan tidak ada. Sebagai contoh iskemi miokard, klien mungkin

tidak merasakannya sebagai nyeri pada jantungnya, akan tetapi klien merasakan nyeri yang sangat pada lengan sebelah kiri, bahu atau pada bagian rahangnya.

g. Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik disebut juga *psychalgia* atau nyeri somatoform, adalah nyeri yang tidak diketahui secara fisik, nyeri ini biasanya timbul karena pengaruh psikologis, mental, emosional atau factor perilaku. Sakit kepala, *back pain*, atau nyeri perut adalah contoh sebagian dari nyeri psikogenik yang paling umum. Nyeri psikogenik terkadang dilihat dengan stigma yang salah, dimana nyeri ini dianggap sebagai sebagai sesuatu yang tidak nyata. Padahal semua nyeri yang dinyatakan klien itu nyata.

6. Manajemen Nyeri

Menurut Prasetyo (2010) menyatakan bahwa manajemen dalam penanganan nyeri terbagi atas tindakan farmakologis dan non farmakologis serta pembedahan.

a. Tindakan Farmakologi

1). Analgesik Narkotik

Opiate merupakan obat yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien, untuk nyeri sedang hingga nyeri berat.

2). Analgesik lokal

Analgesik lokal bekerja dengan memblokade konduksi saraf saat diberikan langsung ke serabut saraf.

3). Analgesik yang dikontrol klien

Sistem analgesik yang dikontrol klien terdiri dari infus yang di isi narkotik menurut resep, dipasang dengan pengatur pada lubang injeksi intravena. Penggunaan narkotik yang dikendalikan klien

dipakai pada klien dengan nyeri pasca bedah, nyeri kanker, krisis sel.

4). Obat-Obat Nonsteroid (NSAIDs)

Obat-obat yang termasuk dalam kelompok ini menghambat agregasi platelet, kontraindikasi meliputi klien dengan gangguan koagulasi atau klien dengan terapi antikoagulan. Contohnya : Ibuprofen, Naproksen, Indometasin, Tolmetin, Piroxicam, serta Ketorolac (Toradol). Selain itu terdapat pula golongan NSAIDs yang lain seperti Asam Mefenamat, Meclofenomate serta Phenylbutazone, dll.

b.Tindakan Nonfarmakologis

Tindakan nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri terdiri dari beberapa tindakan penanganan, misalnya penanganan fisik/stimulasi fisik, meliputi:

1). Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Relaksasi terbagi menjadi relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot.

2). Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi nyeri klien. Tindakan ini dapat dilakukan secara bersamaan dengan tindakan relaksasi.

3). Distraksi

Distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian klien ke hal-hal lain diluar nyeri, sehingga dengan demikian diharapkan dapat

menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

4). Stimulasi kutaneus

Bisa dilakukan dengan massase, mandi air hangat, kompres dengan es, pijatan dengan menthol dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS).

5). Akupuntur

Jarum-jarum kecil yang dimasukkan pada kulit, bertujuan menyentuh titik-titik tertentu, tergantung pada lokasi nyeri yang dapat memblokode transmisi nyeri ke otak.

c. Pembedahan

Tindakan ini dilakukan apabila dengan tindakan-tindakan non invasif tidak dapat membebaskan nyeri. Beberapa contoh pembedahan yang dapat dilakukan adalah :

a. *Cordotomy*

Cordotomy merupakan tindakan menginsisi traktus anterolateral dari spinal cord untuk mengintrupsi transmisi nyeri.

b. *Neurectomy*

Neurectomy adalah tindakan pembedahan dengan menghilangkan sebuah saraf. Neurectomy perifer merupakan tindakan pemotongan saraf pada bagian distal spinal cord.

c. *Symphatectomy*

Saraf simpatis mempunyai peran penting di dalam memproduksi dan mentransmisi sensasi nyeri. Symphatectomy termasuk di dalamnya adalah merusak dengan melakukan injeksi atau insisi pada ganglia dalam saraf simpatis, biasanya dilakukan pada daerah lumbal atau pada bagian dorsal servik di dasar leher.

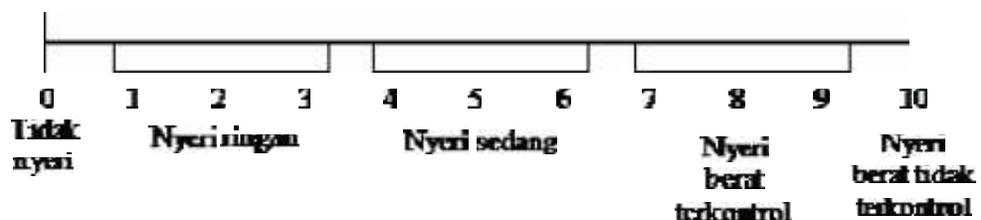
4) *Rhizotomy*

Rhizotomy merupakan tindakan pembedahan dengan melakukan pemotongan pada dorsal spinal root. Tindakan pembedahan merupakan pengobatan yang jarang di indikasikan dan dilakukan. Pembedahan ini dilakukan hanya ketika pengobatan yang dilakukan sebelumnya tidak memberikan hasil yang efektif (Brannon & Jeist, 2007). Resiko yang dapat ditimbulkan akibat pembedahan ini meliputi gejala nyeri baru akibat kerusakan saraf, kekambuhan nyeri dan kerusakan neurologi pasca operasi (Potter & Perry, 2006).

7. Pengukuran nyeri

a. Skala Identitas Nyeri Numerik (NRS)

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subjektif nyeri. Skala numeric dari 0 hingga 10, di bawah ini, merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan 1-3 adalah nyeri ringan, 4-6 adalah nyeri sedang, 7-9 adalah nyeri berat terkontrol, dan 10 adalah nyeri berat tidak terkontrol.

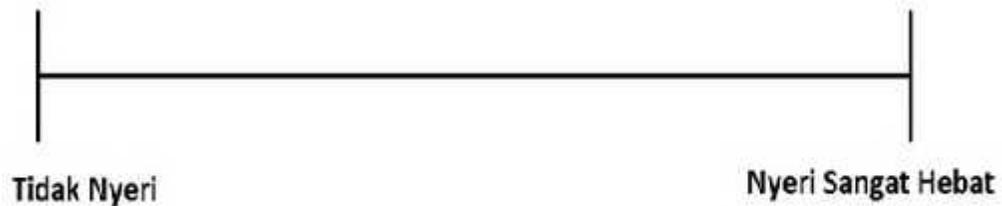


Gambar 2.1 Skala intensitas nyeri numeric

Sumber: Potter & Perry, (2005)

b. Visual Analog Scale (VAS)

Skala sejenis yang merupakan garis lurus,tanpa angka. Bias bebas mengekpresikan nyeri, ke arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri yang sedang.

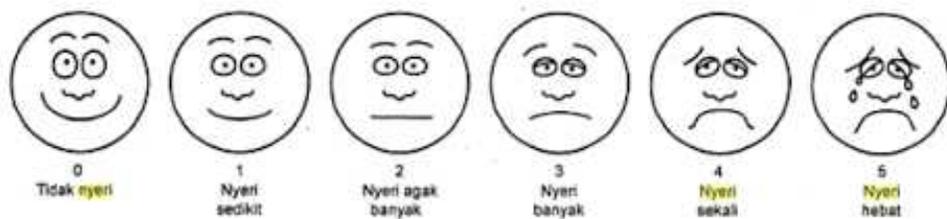


Gambar 2.2 Skala Analog Visual (VAS)

Sumber: Prasetyo, (2010)

c. Skala Wajah

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga wajah sedih, digunakan untuk mengekspresikan rasa nyeri. Skala ini biasanya dipergunakan mulai anak usia 3 (tiga) tahun



Gambar 2.3 Skala Nyeri Wajah Yang Dikembangkan Wong & Baker

Sumber: Prasetyo, 2010

8. Strategi Pengontrolan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Menangani nyeri secara

farmakologis dilakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik. Sedanonfarmakologis adalah ngkan tindakan

Salah satu teori mengenai nyeri dari Melzack dan Wall (1965) adalah tentang pengendalian nyeri (Gate Control Theory) yang menjelaskan bagaimana dua jenis serat saraf yang berbeda (tebal dan tipis) bertemu di korda spinalis dapat dimodifikasi sebelum ditransmisi ke otak. Sinaps dalam dorsal medulla spinalis beraktifitas seperti pintu untuk mengijjinkan impuls masuk ke otak. Serat yang tebal akan lebih kuat dan lebih cepat menangani rasa sakit daripada yang tipis. Ketika kedua sinyal rasa sakit bertemu, sinyal yang lebih kuat cenderung menekan yang lebih lemah. Teknik yang menggunakan stimulasi kutaneous pada kulit (seperti vibrasi, menggosok-gosok atau massage) yang mempunyai banyak serat berdiameter besar, bisa membantu menutup gate pada transmisi impuls yang menimbulkan nyeri, sehingga dapat meringankan/menghilangkan sensasi nyeri (Maryunani, 2010).

C. Tinjauan Mobilisa Dini

1. Defenisi

Mobilisasi adalah melatih hampir semua alat tubuh dan meningkatkan semua fleksibilitas sendi. Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan beraktivitas (Potter & Perry, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2013).

Menurut Carpenito (2009), mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari defenisi tersebut dapat

disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya decubitus, kekakuan penegang otot-otot di seluruh tubuh dan sirkulasi darah dan pernafasan terganggu, juga adanya gangguan peristaltik maupun berkemih. Sering kali dengan keluhan nyeri,, klien tidak mau melakukan mobilisasi ataupun tidak berani merubah posisi. Disinilah peran perawat sebagai educator dan motivator kepada klien sehingga klien tidak mengalami suatu komplikasi yang tidak diinginkan.

2. Tujuan / manfaat mobilisasi

Menurut Asmadi (2008) manfaat Ambulasi adalah:Mencegah dampak Imobilisasi pasca operasi meliputi :

- a. Sistem Integumen : kerusakan integritas kulit seperti Abrasi, sirkulasi yang terlambat yang menyebabkan terjadinya Atropi akut dan perubahan turgor kulit.
- b. Sistem Kardiovaskuler : Penurunan Kardiak reserve, peningkatan beban kerja jantung, hipotensi ortostatic, phlebotrombosis.
- c. Sistem Respirasi : Penurunan kapasitas vital, Penurunan ventilasi volunter maksimal, penurunan ventilasi/perfusi setempat, mekanisme batuk yang menurun
- d. Sistem Pencernaan : Anoreksi-Konstipasi, Penurunan Metabolisme.
- e. Sistem Perkemihan : Menyebabkan perubahan pada Eliminasi Urine, infeksi saluran kemih, hiperkalsiuria

- f. Sistem Muskulo Skeletal : Penurunan masa otot, osteoporosis, pemendekan serat otot
- g. Sistem Neurosensoris : Kerusakan jaringan, menimbulkan gangguan syaraf pada bagian distal, nyeri yang hebat.

3. Factor Yang Memengaruhi Mobilisasi

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor, diantaranya:

a. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh.

c. Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

d. Tingkat Energi

Energy adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energy yang cukup.

e. Usia dan Status Perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

4. Macam-Macam Mobilisasi:

a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh ini menunjukkan syaraf motoric dan sensorik ampu mengontrol seluruh area tubuh. Mobilisasi penuh mempunyai banyak keuntungan bagi kesehatan, baik fisiologis maupun psikologis bagi pasien untuk memenuhi kebutuhan dan kesehatan secara bebas, mempertahankan interaksi social dan peran dalam kehidupan sehari-hari.

b. Mobilisaasi Sebagian

Pasien yang mengalami mobilisasi sebagian umumnya mempunyai gangguan syaraf sensorik maupun motorik pada area tubuh. Mobilisasi sebagian dapat dibedakan menjadi:

- 1). Mobilisasi temporer yang disebabkan oleh trauma reversible pada sistem sistem muskulosketal seperti dislokasi sendi dan tulang
- 2). Mobilisasi permanen biasanya disebabkan oleh rusaknya sistem syaraf yang reversible.

5. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Menurut Carpenito (2000), tahap-tahap dalam mobilisasi dini terdapat tiga rentang gerak yaitu :

a. Rentang gerak pasif

Rentan gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif, misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien

b. Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya, berbaring pasien menggerakkan kakinya.

c. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

d. Pelaksanaan mobilisasi dini terdiri dari tahap-tahap sebagai berikut tidur terlentang dulu selama 6 jam, kemudian boleh miring-miring, duduk, berdiri dan berjalan-jalan. Sebelum melakukan mobilisasi terlebih dahulu melakukan nafas dalam dan latihan kaki sederhana. Tahapan mobilisasi dapat membantu tubuh melakukan adaptasi dengan baik sehingga tidak menimbulkan keluhan lain yang tidak diharapkan. Gerakan mobilisasi ini diawali dengan gerakan ringan seperti :

1). Miring ke kiri-kanan

Memiringkan badan ke kiri dan ke kanan merupakan mobilisasi paling ringan dan yang paling baik dilakukan pertama kali. Disamping dapat mempercepat proses penyembuhan, gerakan ini juga mempercepat proses kembalinya fungsi usus dan kandung kemih secara normal.

2). Menggerakkan kaki

Setelah mengembalikan badan ke kanan dan ke kiri, mulai gerakan kedua belah kaki. Mitos yang menyatakan bahwa hal ini tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan timbulnya varices adalah salah total. Justru bila kaki tidak digerakkan dan terlalu lama diatas tempat tidur dapat menyebabkan terjadinya pembekuan pembuluh darah batik yang dapat menyebabkan varices ataupun infeksi

3). Duduk

Setelah merasa lebih ringan cobalah untuk duduk di tempat tidur. Bila merasa tidak nyaman jangan dipaksakan lakukan perlahan-lahan sampai terasa nyaman

4). Berdiri atau turun dari tempat tidur

Jika duduk tidak menyebabkan rasa pusing, teruskanlah dengan mencoba turun dari tempat tidur dan berdiri. Bila tersa sakit atau ada keluhan, sebaiknya hentikan dulu dan dicoba lagi setelah kondisi terasa lebih nyaman.

5). Ke Kamar Mandi

Hal ini harus dicoba setelah memastikan bahwa keadaan pasien benar - benar baik dan tidak ada keluhan. Hal ini bermanfaat untuk melatih mental karena adanya rasa takut pasca pembedahan.

6. Pengaruh Mobilisasi Dini dengan Perubahan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Laparatomi

Metode operasi dapat memunculkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering adalah nyeri. Pasca mengalami laparatomi pasien dianjurkan untuk tidak malas ataupun takut melakukan latihan mobilisasi sesuai kondisi tubuh dan tahapan yang benar. Semakin segera bergerak maka semakin baik.

Mobilisasi dini merupakan salah satu cara untuk dapat merilekskan otot-otot dan membiasakan diri dalam melakukan aktivitas dari yang sederhana hingga yang rumit. Pasien post operasi laparatomi merasa lebih sehat dan kuat dengan mobilisasi dini. Dengan gerakan miring kiri miring kanan 6 jam post operasi, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal, sehingga otot perut menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa nyeri. Dengan demikian klien merasa sehat, meningkatkan peristaltik usus, membantu memperoleh kekuatan dan mempercepat penyembuhan (Fitiyahsari, 2009 dalam Pristahayuningtyas 2015).

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek penting pada fungsi fisiologis karena merupakan komponen esensial guna mempertahankan kemandirian. Mobilisasi dini berfungsi untuk melatih

otot, system saraf, tulang, maupun sirkulasi darah sehingga diharapkan mampu mempercepat proses penyembuhan luka laparatomi (Carpenito, 2009). Menurut Potter & Perry (2005) mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivitas mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat.

Salah satu diagnosa keperawatan adalah nyeri. Nyeri merupakan salah satu hal yang dapat diberikan penatalaksanaan. Terdapat penatalaksanaan farmakologis dan juga penatalaksanaan nonfarmakologis. Penatalaksanaan nonfarmakologis diantaranya adalah distraksi dan teknik relaksasi. Distraksi merupakan salah satu cara dalam mengubah focus perhatian klien pada suatu hal selain nyeri. Salah satu teknik distraksi adalah dengan mengajak klien yang mengalami nyeri untuk bergerak dan melakukan aktivitas, sehingga dengan demikian focus perhatian klien bukan pada nyeri, namun pada aktivitas atau gerakan yang dilakukan (Smeltzer & Bare, 2002). Aktivitas dan gerakan yang dilakukan dapat merilekskan otot-otot dan memperlancar peredaran darah, sehingga dapat mempercepat penyembuhan dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yakni faktor predisposisi seperti usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya koping, dukungan keluarga dan sosial (Smeltzer & Bare, 2002). Faktor

presipitasi seperti trauma jaringan tubuh seperti operasi, gangguan jaringan tubuh, tumor yang dapat menekan jaringan, dan iskemia jaringan (Alimul, 2006). Laparatomi merupakan prosedur yang juga termasuk faktor mempengaruhi terjadinya nyeri, yakni termasuk dalam faktor presipitasi trauma jaringan tubuh.

Trauma jaringan tubuh mengakibatkan kerusakan jaringan. Kerusakan tersebut mempengaruhi sensitivitas ujung-ujung saraf. Adanya hal tersebut membuat reseptor nyeri dilepaskan ke jaringan ekstraseluler. Hal ini menstimulus jaringan untuk aktivasi pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, asetilkolin, lukotrien, senyawa P, dan kalium.

Intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri diantaranya terdapat memulihkan mobilitas, dan penatalaksanaan nyeri non farmakologis juga memiliki intervensi yakni salah satunya adalah distraksi. Kedua hal tersebut saling berkesinambungan untuk mengatasi nyeri dan memperbaiki mobilitas klien post operasi khususnya post operasi laparatomi yakni dengan melakukan mobilisasi dini post operasi laparatomi.

Latihan mobilisasi dini tersebut membuat klien untuk berkonsentrasi memfokuskan pikiran terhadap gerakan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005). Hal tersebut memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin (Rospond, 2008). Pelepasan senyawa tersebut menstimulasi atau memodulasi sistem control desenden. Di dalam sistem kontrol desenden terdapat dua hal, yang pertama terjadi pelepasan substansi P oleh neuron delta-A dan delta-C. Hal kedua yakni mekanoreseptor dan neuron beta-A melepaskan neurotransmitter penghambat opiate endogen seperti endorfin dan dinorfin. Hal tersebut menjadi lebih dominan untuk menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P.

Terhambatnya substansi P menurunkan transmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

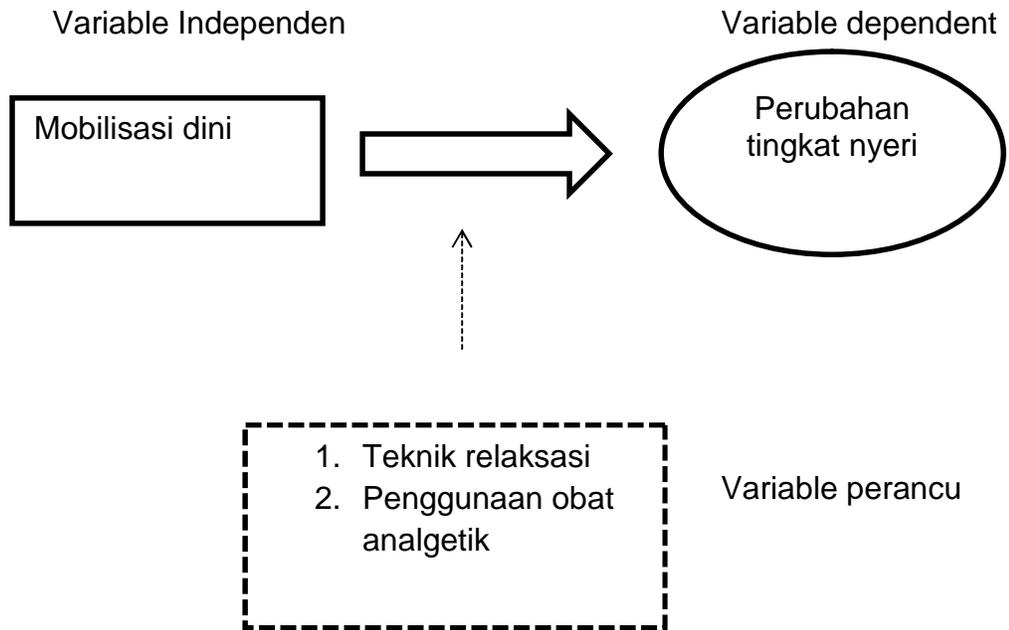
Laparotomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Jitiwiyono & Kristiyanasari, 2012). Tindakan tersebut memberikan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang merupakan akibat dari kerusakan jaringan pada klien post operasi laparatomi.

Rasa ketidaknyamanan ini, jika tidak diatasi akan mempengaruhi fungsi mental dan fisik individu sehingga mendesak untuk segera mengambil tindakan/terapi secara farmakologis atau nonfarmakologis. Dalam lingkup keperawatan dikembangkan terapi non-farmakologis sebagai tindakan mandiri perawat.

Salah satu tindakan non-farmakologis yang digunakan adalah mobilisasi dini. Latihan mobilisasi dini merupakan tindakan mandiri untuk menurunkan tingkat nyeri akibat spasme atau kekakuan.

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan beraktivitas. Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Gambar: 3.1 bagan kerangka konseptual



Keterangan:

 : Variabel Independent

 : Variabel Dependent

 : variabel perancu

 : jalur diteliti

 : jalur tidak diteliti

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konseptual yang digambarkan diatas, dapat dirumuskan hipotesis penelitian adalah: “Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

C. Defenisi Operasional

Defenisi operasional variable penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1 dibawah ini.

Tabel 3.1
Defenisi Operasional

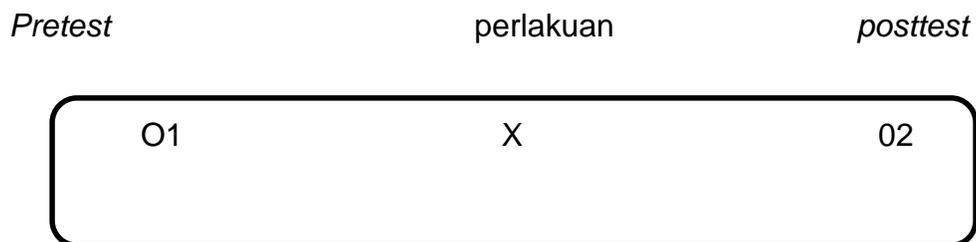
No	Variable	Defenisi Overasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Indevenden: Mobilisasi Dini	Pemberian Intervensi pergerakan yang dilakukan secara lebih awal kepada pasien post laparatomi hari pertama.	Memberikan gerakan setelah 6 jam post operasi laparatomi.	-	-	Pre: pengu- uran intensit as nyeri sebelu m diberi interven si Post: pengu- uran intensit as nyeri sesuda h diberika n interven si

<p>2</p>	<p>Variabel dependen: perubahan tingkat nyeri</p>	<p>Pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang merupakan akibat dari kerusakan jaringan pada klien post operasi laparatomi</p>	<p>Klien yang menjadi responden melaporkan nyeri yang dirasakan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan (mobilisasi dini) dengan menunjuk rentang skala NRS (<i>numeric Rating Scale</i>)</p>	<p>Lembar observasi <i>Numeric rating scale</i> (NRS)</p>	<p>Rasio</p>	<p>Tidak ada nyeri: jika NRS 0 Nyeri ringan: jika NRS 1-3 Nyeri sedang jika: NRS 4-6 Nyeri berat: jika NRS 7-10: nyeri: tidak tertahan kan</p>
----------	---	---	---	---	--------------	---

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *pre-eksperimen design* dengan metode pendekatan *one group pretest-posttest*. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk membandingkan keadaan sebelum dan sesudah peneliti memberikan perlakuan. Dalam rancangan ini tidak terdapat pembandingan (*control*) tetapi dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan (Notoadmojo, 2010). Bentuk rancangannya adalah sebagai berikut:



Gambar: 4.1 rancangan desain pre-eksperimen (Notoatmojo, 2010)

Keterangan: O1: *pretest*

O2: *posttest*

Perlakuan yang diberikan dalam penelitian ini berupa mobilisasi dini pada klien post operasi laparatomi. Peneliti mengobservasi perubahan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini pada klien post operasi laparatomi.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dipilih dengan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut dekat dengan tempat peneliti sehingga dapat menghemat biaya. Selain itu penerapan latihan mobilisasi dini terhadap pasien post operasi belum maksimal dan juga sebelumnya belum pernah dilakukan penelitian tentang masalah tersebut.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Januari 2017.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien yang masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah dilakukan operasi laparatomi pada bulan Januari 2017.

2. Sampel

Peneliti menggunakan sampel *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel *accidental sampling* yaitu suatu metode pengumpulan sampel berdasarkan kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dalam populasi dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Sampel dalam penelitian ini adalah klien post operasi laparatomi. Klien yang dijadikan sampel adalah klien yang memenuhi kriteria berikut:

a. Kriteria Inklusi:

- 1). Pasien post operasi laparatomi hari pertama
- 2). Klien berusia 13-65 tahun
- 3). pasien sadar

4). 6-8 jam setelah pemberian analgetik

5). Klien bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

1). Klien tidak kooperatif

2). Klien post laparatomi yang berada atau pindah ke ruang intensif

3). Klien menolak menjadi responden

D. Instrumen Penelitian

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar *observasional* skala Nyeri Numeric (*Numeric Rating Scale, NRS*) menggunakan angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi/perlakuan mobilisasi dini.

Skala nyeri NRS memiliki beberapa kategori skala nyeri, yang pertama adalah skala 0 yang dikategorikan sebagai tidak nyeri, skala 1-3 dikategorikan sebagai nyeri ringan, skala 4-6 dikategorikan sebagai nyeri sedang, skala 7-9 dikategorikan sebagai nyeri berat, dan skala 10 dikategorikan sebagai nyeri.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi tempat penelitian pada Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah mendapatkan penelitian barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. Etika penelitian

a. *Informed Consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi disertai jadwal penelitian dan manfaat

penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memasukkan dan tetap menghormati hak-hak responden.

b. *Anonymity* (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

c. *Confidentially*

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

2. Data-data yang dikumpulkan

Data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder:

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari observasi langsung oleh peneliti mengenai perubahan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini pada klien post operasi laparatomi.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti yang berasal dari pihak lain (Setiadi, 2007). Data sekunder merupakan data yang diperoleh melalui pihak lain, dimana data ini tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subjek penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Selatan dan rumah sakit terkait. Data yang diperoleh seperti data pasien yang menjalani laparatomi di tahun 2015 dan 2016.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. *Editing*

Dilakukan dengan pengecekan kelengkapan data diantaranya kelengkapan ketentuan identitas, pengisi kelengkapan lembar observasi, dan kelengkapan isian sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti

2. *Coding*

Memberikan kode pada setiap lembar observasi dan mengubah data kebentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode-kode tertentu untuk setiap hasil penelitian skala.

3. *Data Entry*

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer.

4. *Tabulating*

Dilakukan dengan mengelompokkan data disesuaikan dengan variabel yang diteliti selanjutnya ditabulasi untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti.

G. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis untuk melihat distribusi frekuensi dan presentasi pada masing-masing kelompok pengukuran baik pada pre dan post mobilisasi dini.

2. Analisis Bivariat

Menganalisis perbedaan antara tingkat nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dan tingkat nyeri sesudah dilakukan mobilisasi dini dengan data yang terkumpul dianalisis dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan metode komputerasi program SPSS versi 20.0

yaitu uji *dependent t test* dengan uji alternatif yaitu *uji Wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan (0,05) dengan interpretasi:

- a. Bila nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_0 ditolak, artinya ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri.
- b. Bila nilai $p > \alpha$, maka H_a ditolak H_0 diterima, artinya tidak ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 27 Januari sampai tanggal 17 Februari 2017. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dengan menggunakan *accidental sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/*incidental* bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang ditemui itu cocok sebagai sumber data.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian *pre-experimental design* dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest design*. Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi dan pengukuran sebelum dan sesudah diberikan intervensi mobilisasi dini. Sumber data penelitian adalah data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang berkaitan dengan variable penelitian yang diperoleh langsung dari responden sedangkan data sekunder adalah data pendukung penelitian dari catatan rekam medic Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan menggunakan computer program SPSS *windows* versi 20.00, dimana datanya dianalisis dengan uji statistic *wilcoxon* untuk melihat perbedaan sebelum diberikan intervensi (pre test), dan setelah diberikan intervensi (post test), dengan tingkat kemaknaan = 0,05.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta Katolik di kota Makassar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939, dan kegiatan operasional dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Status kepemilikan Rumah Sakit Stella Maris adalah Swasta Katolik dengan luas tanah 199537 ha dan luas bangunan Rumah Sakit 14,658 m². Pemilik Rumah Sakit Stella Maris adalah Scieta JMJ – Indonesia dan direktur Rumah Sakit saat ini adalah dr. Thomas Soharto, MMR. Rumah Sakit ini dilengkapi dengan fasilitas peralatan yang modern dan tenaga ahli baik dari medis, paramedic maupun non medis.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris berawal dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita yang luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang – orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok Suster JMJ, Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Dalam penyusunan Visi dan Misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada Visi Misi Tarekat. Dengan pertimbangan tersebut, maka di tetapkanlah Visi dan Misi Rumah Sakit Stella Maris Stella Maris Makassar sebagai berikut:

a. Visi

Menjadikan Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan Khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan

masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya. Berikut ini adalah uraian visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris:

1). Uraian Visi

- a). Menjadi Rumah Sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan.
- b). Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

2). Uraian Misi

- a). Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*Option For The Poor*)
- b). Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c). Pelayanan yang adil dan merata
- d). Pelayanan keperawatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- e). Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

Secara geografis, letak atau batas-batas Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagai berikut:

- Utara : Berbatasan dengan jalan Datu Museng
Selatan : Berbatasan dengan jalan Maipa
Barat : Berbatasan dengan jalan Penghibur
Timur : Berbatasan dengan Kelurahan Malouku

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

Data yang menyangkut karakteristik responden akan diuraikan sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Responden
di RS Stella Maris Makassar

Kelompok usia (tahun)	frekuensi	Presentase (%)
29-35	6	40
36-42	2	13,3
43-49	5	33,3
50-55	1	6,7
56-61	0	0
62-68	0	0
69-75	1	6,7
Total	15	100

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, diperoleh data responden terbanyak pada usia 29-35 tahun yaitu 6 responden (40 %), dan jumlah responden terkecil berada pada usia 50-55 tahun dan 69-75 tahun masing-masing 1 responden.

b. Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan
Responden Di RS Stella Maris Makassar

Pendidkan	Frekuensi (orang)	Presentasi (%)
SD	1	6,7
SMP	3	20
SMA	6	40
Perguruan Tinggi (PT)	5	33,3
Total	15	100

Sumber Data: Data Primer

Dari hasil penelitian diperoleh gambaran distribusi responden berdasarkan pendidikan di rumah sakit Stella Maris Makassar. Dari 15 responden, diperoleh data bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 6 responden (40 %) dan pendidikan responden terkecil berada pada pendidikan SD sebanyak 1 responden (6,7 %).

4. Hasil Analisa Variabel yang diteliti

Setelah data terkumpul dilakukan pemeriksaan kelengkapan data kemudian diolah dengan penyajian analisa data univariat terhadap setiap variable dengan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase serta analisis bivariat untuk mengetahui adanya pengaruh antara variable independen dan variable dependen.

a. Analisis Univariat

1). Tingkat nyeri pada pasien sebelum dilakukan mobilisasi dini

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi dan presentasi tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi sebelum dilakukan mobilisasi dini

Nyeri post intervensi	Frekuensi (orang)	Presentase (%)
Ringan	0	0
Sedang	3	20
Berat terkontrol	12	80
Berat Tidak Terkontrol	0	0
Total	15	100

Sumber: Data Primer

Dari hasil yang diperoleh, tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi sebelum mobilisasi dini menunjukkan bahwa tingkat nyerinya sebagian besar nyeri berat terkontrol yaitu 12 responden (80%).

2). Tingkat nyeri pada pasien sesudah dilakukan mobilisasi dini

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi dan presentasi tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi sesudah dilakukan mobilisasi dini

Nyeri post op	Frekuensi (orang)	Presentase (%)
Ringan	1	6,7
Sedang	12	80
Berat terkontrol	2	13,3
Berat tidak terkontrol	0	0
Total	15	100

Sumber: Data Primer

Dari hasil yang diperoleh, tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi sesudah mobilisasi dini menunjukkan bahwa tingkat nyerinya sebagian besar nyeri sedang yaitu 12 responden (80%).

b. Analisis bivariat

Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RS Stella Maris Makassar, hal ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.5
Analisis pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di rumah Sakit Stella Maris Makassar

		n	Mean Rank	Test Statistic Wilcoxon
		P		
Sesudah Mobilisasi Dini- Sebelum Mobilisasi Dini	Negative Ranks	11 ^a	6,00	0,001
	Positive Ranks	0 ^b	.00	
	Ties	4 ^c		
Total		15		

Keterangan:

- Sesudah mobilisasi dini < sebelum mobilisasi dini
- Sesudah mobilisasi dini > sebelum mobilisasi dini
- Sesudah mobilisasi dini = sebelum mobilisasi dini

Dari hasil statistic dengan menggunakan uji Wilcoxon skala kategorik maka nilai $p = 0,001$ dan nilai $\alpha = 0,05$ hal ini menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$, maka (H_a) diterima dan (H_0) ditolak yang berarti ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Dari statistic tersebut juga ada 11 responden yang mengalami penurunan tingkat nyeri, tidak ada yang mengalami peningkatan

tingkat nyeri, dan ada 4 responden yang tidak mengalami perubahan tingkat nyeri.

B. Pembahasan

Dari hasil penelitian didapatkan ada pengaruh pemberian intervensi mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi. Hal ini didukung oleh hasil analisis yang dilakukan dengan uji statistic *Wilcoxon*, diperoleh nilai $p=0,001$ dimana nilai $\alpha=0,05$. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa nilai $p < \alpha$. Maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari statistic tersebut juga pada tabel 5.5 dapat dilihat ada 11 responden yang mengalami penurunan tingkat nyeri, tidak ada yang mengalami peningkatan tingkat nyeri, dan ada 4 responden yang tidak mengalami perubahan tingkat nyeri.

Penurunan skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini dipengaruhi karena mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi. Selain itu dengan melakukan mobilisasi dini dapat mengurangi aktivasi mediator kimiawi seperti histamine, bradikinin, prostaglandin, asetilkolin, substansi P, leukotriene, dan kalium pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkonsentrasikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.

Latihan mobilisasi dini tersebut membuat klien untuk berkonsentrasi memfokuskan pikiran terhadap gerakan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005). Hal tersebut memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin

(Rospond, 2008). Pelepasan senyawa tersebut menstimulasi atau memodulasi sistem control desenden. Di dalam sistem kontrol desenden terdapat dua hal, yang pertama terjadi pelepasan substansi P oleh neuron delta-A dan delta-C. Hal kedua yakni mekanoreseptor dan neuron beta-A melepaskan neurotransmitter penghambat opiate endogen seperti endorfin dan dinorfin. Hal tersebut menjadi lebih dominan untuk menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P. Terhambatnya substansi P menurunkan transmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Berdasarkan hal tersebut, maka dalam penelitian ini intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan teknik distraksi berupa aktivitas ialah mobilisasi dini post operasi berupa gerak ekstremitas, miring kiri dan miring kanan, sehingga fokus perhatian klien berada pada aktivitas dan gerakan yang dilakukan. Klien yang merasakan nyeri namun focus perhatiannya tidak pada nyeri tersebut, maka toleransi terhadap nyeri akan menjadi lebih baik.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami dan Diningrum pada tahun 2015 dalam jurnal yang berjudul "Pengaruh ambulasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post section caesarea di ruang Flamboyan RSUD DRr. R. Koesma " dimana dalam penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan antar ambulasi dini dengan intensitas nyeri.

Pada tabel 5.5 dapat juga dilihat bahwa ada 4 responden yang tidak mengalami perubahan tingkat nyeri setelah intervensi hal ini karena cara setiap individu mengungkapkan nyerinya juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri setiap orang. Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri post operasi abdomen diantaranya adalah faktor usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan,

pengalaman sebelumnya, gaya koping, perhatian, lokasi dan tingkat keparahan nyeri, serta dukungan keluarga dan social (Prasetyo, 2010).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan seperti pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa tidak ada responden yang tidak mengalami nyeri. Hal ini sesuai dengan pernyataan di dalam Smeltzer & Bare (2002) dimana nyeri yang dialami klien post operasi muncul disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri, sehingga muncul nyeri pada setiap klien post operasi. Intensitas nyeri post operasi bervariasi mulai dari nyeri ringan sampai berat, namun menurun sejalan dengan proses penyembuhan (Potter & Perry, 2006). Dari hasil penelitian sebagian besar (80%) skala nyeri yang dialami responden sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah skala nyeri berat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Andormoyo pada tahun 2006 yang meneliti pengaruh terapi imajinasi terbimbing terhadap tingkat nyeri pasien post operasi *sectio caesarea* pada ibu primipara hari 1-2 di ruang Melati RSUD Prof. DR. Harjono Ponorogo, didapatkan hasil bahwa mayoritas tingkat nyeri pasien berada pada kategori skala nyeri berat yaitu sebanyak 80 % responden. Namun dalam penelitian ini pada tabel 5.3 ada sebanyak 20% responden yang berada pada skala nyeri sedang. Nyeri yang dirasakan oleh setiap orang bersifat subjektif, sehingga skala nyeri yang dirasakan responden post operasi laparatomi sebelum dilakukan mobilisasi dini dapat berbeda antara satu orang dengan yang lain. Nyeri merupakan sensasi subjektif, rasa yang tidak nyaman biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Siswati, 2010).

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa setelah mobilisasi dini sebagian besar (80%) skala nyeri yang dialami responden adalah skala nyeri sedang, 6,7 % nyeri ringan dan 13,3 % responden masih mengalami nyeri berat terkontrol. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai skala nyeri responden sebelum dan sesudah mobilisasi dini secara keseluruhan

mengalami penurunan. Penurunan nilai skala nyeri yang berbeda-beda antara satu individu dengan yang lain dan perubahan nilai yang relatif kecil tersebut dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Salah satunya karena nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Faktor lain yang dapat menyebabkan nilai nyeri berbeda-beda atau bervariasi dan menunjukkan perubahan yang relatif kecil, diantaranya adalah arti nyeri, persepsi nyeri, toleransi nyeri, lokasi/tingkat keparahan dan reaksi terhadap nyeri (Prasetyo, 2010).

Menurut asumsi peneliti, mobilisasi dini akan memacu kerja jantung untuk menyuplai darah keseluruh tubuh, dimana darah yang kaya akan nutrisi dan oksigen dialirkan ke bagian luka sehingga tidak terjadi proses anaerob. Proses ini dapat memicu terjadinya peningkatan asam laktat yang menyebabkan nyeri, sehingga mobilisasi dini sangat penting dilakukan untuk mengurangi nyeri khususnya bagi pasien post operasi, selain itu dengan terpenuhinya nutrisi dan oksigen ke jaringan yang mengalami cedera/luka maka dapat pula mempercepat proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini juga membantu dalam merilekskan otot-otot dengan melakukan gerakan-gerakan sederhana seperti menggerakkan lengan,, tangan, kaki, miring kiri dan miring kanan.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari bahwa masih terdapat banyak keterbatasan-keterbatasan yang dialami pada waktu penelitian yaitu:

1. Rancangan penelitian

Ketebatasan penelitian ini salah satunya pada rancangan penelitian yang menggunakan *pre eksperimen* yang bukan merupakan penelitian

yang sesungguhnya. Peneliti tidak melibatkan kelompok kontrol sehingga tidak dapat mengontrol faktor perancu dalam penelitian.

2. Variable pengganggu

Variable pengganggu dalam penelitian ini tidak dapat dikendalikan sepenuhnya, sehingga masih banyak faktor yang dapat mempengaruhi skala nyeri seperti kebudayaan, pengalaman sebelumnya, makna nyeri, gaya coping dan lain-lain.

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian telah dilakukan terhadap 15 responden pada tanggal 27 Januari sampai tanggal 18 Februari 2017, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi sebelum mobilisasi dini sebagian besar mengalami nyeri berat yaitu sebanyak 80 %.
2. Tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi setelah mobilisasi dini sebagian besar mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 80%.
3. Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi mobilisasi dini di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dibuktikan dengan nilai p pada uji statistic *wilcoxon* yaitu $p=0,001$.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas maka peneliti memberikan saran pada berbagai pihak untuk dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan pelaksanaan mobilisasi dini pada klien post operasi laparatomi seoptimal mungkin. Berdasarkan hasil tersebut maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat untuk dapat senantiasa memberikan pendidikan dan penjelasan kepada klien post operasi apendektomi khususnya untuk melakukan mobilisasi dini seoptimal mungkin untuk dapat membantu mengurangi nyeri klien dan memulihkan kondisi sesegera mungkin.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memberikan mobilisasi dini post operasi khususnya

post laparatomi sehingga dapat menjadi salah satu intervensi untuk mengurangi nyeri.

3. Bagi Masyarakat dan Klien Post Operasi Laparatomi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang manfaat mobilisasi dini post operasi laparatomi sehingga klien dapat mengontrol nyeri yang dialami dengan melakukan aktivitas sesegera mungkin dengan hati-hati dan dapat segera memulihkan kondisi kesehatannya post operasi

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian mengenai manfaat mobilisasi dini dan variable lain yang dapat mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi.

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
CT-Scan	: <i>Computerized Tomography Scanner</i>
GI	: Gastrointestinal
TTV	: Tanda-Tanda Vital
RS	: Rumah Sakit
IASP	: <i>International Association For Study of Pain</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPSS	: <i>Statistical Program For Sosial Science</i>
Ho	: Hipotesis Nol
Ha	: Hipotesis Alternatif
	: Lebih Dari Atau Sama Dengan
<	: Kurang Dari
>	: Lebih Dari
	: Alfa

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRAC	x
HALAMAN DAFTAR ISI	xi
HALAMAN DAFTAR TABEL	xiii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xiv
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Laparatomi.....	7
B. Tinjauan Tentang Nyeri	9
C. Tinjauan Tentang Mobilisasi Dini.....	24
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konseptual.....	33
B. Hipotesis Penelitian	35

C. Defenisi Operasional.....	35
------------------------------	----

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	37
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
C. Populasi dan Sampel.....	38
D. Instrument Penelitian.....	39
E. Pengumpulan Data.....	39
F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	41
G. Analisis Data.....	41

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	43
B. Pembahasan.....	51
C. Keterbatasan Penelitian.....	54

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan.....	55
B. Saran.....	55

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**



SKRIPSI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST OPERASI LAPARATOMITOMI
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN EXPERIMENTAL

OLEH:

MARGARETA PAKADANG (CX1415201121)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2017



SKRIPSI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI PADA
PASIEN POST OPERASI LAPARATOMI DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MARIS
MAKASSAR**

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

MARGARETA PAKADANG (CX1415201121)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2017

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Margareta Pakadang

NIM : CX1514201121

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2017

Yang menyatakan,

Margareta Pakadang

Lampiran 4**JUDUL SOP:
MOBILISASI DINI POST OPERASI LAPARATOMI****1. Pengertian**

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan secara lebih awal post operasi laparatomi dalam waktu 6 jam

2. Tujuan:

- a. Memperlancar peredaran darah
- b. Mengurangi nyeri klien post operasi laparatomi
- c. Mendorong klien post operasi laparatomi untuk melakukan mobilisasi lebih awal

3. Indikasi:

- a. Klien post operasi laparatomi hari pertama
- b. Klien yang merasa nyeri post operasi laparatomi
- c. Klien yang memiliki tanda-tanda vital normal dan dapat diajak untuk berkomunikasi

4. Kontraindikasi:

Klien yang mengalami penurunan kesadaran, tanda-tanda vital jauh dibawah normal.

5. Persiapan peneliti:

- a. Memberi salam, perkenalan diri kepada klien dan keluarga
- b. Menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini kepada klien dan keluarga
- c. Memberi kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya
- d. Menciptakan lingkungan yang nyaman

6. Persiapan klien:

- a. Pastikan klien pulih kesadarannya dan mampu diajak berkomunikasi
- b. Pastikan klien siap dan bersedia melakukan mobilisasi dini

- c. Pastikan keluarga klien menyetujui pelaksanaan mobilisasi pada klien
 - d. Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar klien
 - e. Atur posisi pasien sehingga pasien merasa nyaman
7. Langkah kerja:
- a. Cuci tangan, pakai sarung tangan bila perlu
 - b. Beritahu klien dan keluarga bahwa kegiatan mobilisasi dini akan dimulai
 - c. Pastikan posisi pasien dalam keadaan yang nyaman
 - d. Kaji intensitas nyeri klien sebelum dilakukan mobilisasi dini dengan menggunakan skala NRS (*Numeric Rating Scale*)
 - e. Langkah pertama:
Menekuk dan meluruskan ekstremitas
 - 1) Mulai menggerakkan ekstremitas atas sebelah kanan, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan
 - 2) Lanjutkan menggerakkan ekstremitas atas sebelah kiri, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan
 - 3) Menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kanan, ditekuk dan diluruskan ulangi hingga 3 kali gerakan
 - 4) Menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kiri, ditekuk dan diluruskan ulangi hingga 3 kali gerakan.
 - 5) Setiap pengulangan dihitung dalam 8 kali hitungan
 - f. Langkah kedua:
Pada langkah kedua, dapat dilakukan miring kesisi kanan terlebih dahulu ataupun miring kesisi kiri terlebih dahulu.
Melakukan miring kanan:
 - 1). Posisikan klien disalah satu sisi tempat tidur
 - 2). Fleksikan lutut klien yang tidak mengenai kasur dan diletakkandiatass bantal atau guling tambahan
 - 3). Tempatkan satu tangan pada pinggul klien dan yang lain pada bahu
 - 4). Miringkan klien ke sisi kanan klien

5). Posisikan klien dengan nyaman, tangan kiri disamping kepala dan diletakkan pada bantal, dan tangan kanan menyentuh kasur

6). Miringkan klien ke sisi kanan hingga 10-15 menit

Melakukan miring kiri:

1). Posisikan klien disalah satu sisi tempat tidur

2). Fleksikan lutut klien yang tidak mengenai kasur dan diletakkan di atas bantal atau guling tambahan

3). Tempatkan satu tangan pada pinggul klien dan yang lain pada bahu

4). Miringkan klien ke sisi kiri klien

5). Posisikan klien dengan nyaman, tangan kanan disamping kepala dan diletakkan pada bantal, dan tangan kiri menyentuh kasur

6). Miringkan klien ke sisi kiri hingga 10-15 menit

g. Kaji intensitas nyeri klien setelah dilakukan mobilisasi dini dengan menggunakan skala NRS (*Numeric Rating Scale*).

8. Evaluasi/Terminas:

a. Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien sebelum dan setelah tindakan

b. Beri *reinforcement positif* pada klien dan keluarga

c. Akhiri kegiatan dengan baik

9. Dokumentasi:

a. Catat tindakan yang sudah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan

b. Catat intensitas skala nyeri sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi dini dilakukan

Hal Yang Perlu Diperhatikan:

a. Pastikan klien dalam kondisi sadar dan mampu diajak berkomunikasi

b. Pastikan tanda-tanda vital klien dalam keadaan stabil

c. Mobilisasi dini dilakukan dengan hati-hati

d. Apabila klien dapat melakukan mobilisasi sendiri, tetap perhatikan pergerakan klien dan berikan bantuan dalam pelaksanaannya.

Lampiran 3

Kode responden:

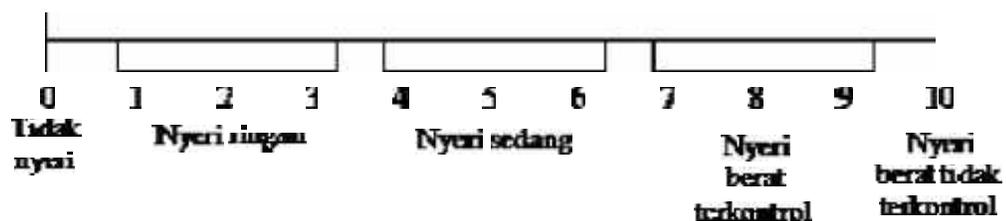
INSTRUMEN PENELITIAN
SKALA NYERI NUMERIC RATING SCALE (NRS)

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Usia :
4. Skala nyeri sebelum mobilisasi dini :
5. Skala nyeri sesudah mobilisasi dini :

B. PETUNJUK:

Mohon anda menunjuk angka dibawah ini sesuai dengan rasa nyeri yang dirasakan sekarang

**Keterangan:**

- a. 0 : Tidak nyeri
- b. 1-3 : Nyeri ringan
- c. 4-6 : Nyeri sedang
- d. 7-10 : Nyeri berat terkontrol
- e. 10 : Nyeri berat tidak terkontrol

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur yang tak terhingga kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas kasih dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar” tepat pada waktunya.

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program S1 Keperawatan dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Melalui karya tulis ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada segenap pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaiannya, lebih khusus kepada:

1. Siprianus Abdu, S.,Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku direktur STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji I yang telah banyak memberikan masukan dan saran kepada penulis.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, SKP.,MSN selaku wakil ketua bidang keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, S.Kep.,Ns.,MAN selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan sekaligus dosen pembimbing dalam pembuatan skripsi ini, yang tidak kenal lelah memberikan bimbingan, arahan dan perhatian, meskipun berada ditengah kesibukan dan tugasnya yang padat.
5. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep.,NS.,M.Kes.,SP.KMB selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji II yang telah banyak memberikan saran kepada penulis.

6. Seluruh dosen dan staf pegawai Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan mendidik selama penulis menempuh pendidikan.
7. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian serta bagian personalia yang telah membantu dalam proses perizinan penelitian.
8. Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruang Instalasi Gawat Darurat, Sta. Bernadeth I, Sta. Bernadeth II, Sta. Bernadeth III, St. Joseph, ICU yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan penelitian.
9. Teristimewah kepada kedua orang tua tercinta R. Pakadang dan M.L. Mangguali, keempat kakakku serta segenap keluarga yang telah memberikan dukungan, baik doa, moral dan materi.
10. Teman-teman yang selalu memberikan motivasi dan bantuan selama penyusunan skripsi ini.
11. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan doa baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan dapat dipergunakan untuk perkembangan ilmu keperawatan.

Makassar, April 2017

Penulis

Hasil Output SPSS**Frequencies****Statistics**

		UMUR	pendidikan
N	Valid	15	15
	Missing	0	0
Mean		2,40	3,00
Median		2,00	3,00
Std. Deviation		1,639	,926
Minimum		1	1
Maximum		7	4
Percentiles	25	1,00	2,00
	50	2,00	3,00
	75	3,00	4,00

Frequency Table**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	29-35	6	40,0	40,0	40,0
	36-42	2	13,3	13,3	53,3
	43-49	5	33,3	33,3	86,7
	50-55	1	6,7	6,7	93,3
	69-75	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	1	6,7	6,7	6,7
SMP	3	20,0	20,0	26,7
Valid SMA	6	40,0	40,0	66,7
PT	5	33,3	33,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Statistics

		Sebelum Mobilisasi Dini	Sesudah Mobilisasi Dini
N	Valid	15	15
	Missing	0	0
Mean		3,80	3,07
Median		4,00	3,00
Std. Deviation		,414	,458
Minimum		3	2
Maximum		4	4
Percentiles	25	4,00	3,00
	50	4,00	3,00
	75	4,00	3,00

Sebelum Mobilisasi Dini

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sedang	3	20,0	20,0	20,0
Valid Berat Terkontrol	12	80,0	80,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Sesudah Mobilisasi Dini

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ringan	1	6,7	6,7	6,7
Sedang	12	80,0	80,0	86,7
Berat Terkontrol	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah Mobilisasi Dini - Sebelum Mobilisasi Dini	Negative Ranks	11 ^a	66.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00
Mobilisasi Dini	Ties	4 ^c	
	Total	15	

a. Sesudah Mobilisasi Dini < Sebelum Mobilisasi Dini

b. Sesudah Mobilisasi Dini > Sebelum Mobilisasi Dini

c. Sesudah Mobilisasi Dini = Sebelum Mobilisasi Dini

Test Statistics^{a,c}

			Sesudah Mobilisasi Dini - Sebelum Mobilisasi Dini
Z			-3.317 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)			.001
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.001
	95% Confidence Interval	Lower Bound	.000
		Upper Bound	.001
	Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.	
95% Confidence Interval		Lower Bound	.000
		Upper Bound	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

LEMBAR KONSUL

Nama : Margareta Pakadang
 Nim : CX1514201121
 Judul : Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada
 Pasien Post Operasi Laparatomi Di Rumah Sakit
 Stella Maris Makassar
 Pembimbing : Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,NS.,MAN

No.	Tanggal	Pembahasan	Paraf/Ket
1	29/09/2016	Konsul Judul	
2	3/10/2016	Konsul Judul	
3	4/10/2016	Konsul Judul dan Pendahuluan	
4	12/10/2016	Revisi Latar Belakang dan Manfaat Penelitian	
5	15/10/2016	Revisi Latar Belakang, Lanjut Bab II	
6	29/10/2016	Konsul Bab II, Revisi Bab I dan II	
7	2/11/2016	Konsul Bab III dan IV	
8	14/11/2016	Konsul Bab III dan IV(Revisi Defenisi Operasional, Teknik Pengolahan Data	
9	19/11/2016	Konsul Bab I-IV dan Daftar Pustaka	
10	28/11/2016	Revisi Daftar Isi dan Instrumen Penelitian	
11	6/12/2016	Konsul Proposal Lengkap	
12	8/12/2016	Acc Untuk Ikut Ujian Proposal, Kumpul Proposal	
13	5/01/2017	Konsul Revisi Proposal, Acc Untuk Melaksanakan Penelitian	
14	27/02/2017	Konsul Hasil Penelitian, Bab V dan Bab VI	
15	13/03/2017	Konsul Bab V dan VI (Revisi Pembahasan dan Simpulan)	

16	19/03/2017	Konsul Bab V, Bab VI dan Abstrak	
17	6/03/2017	ACC Ujian Skripsi	

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Judul Penelitian : Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Peneliti : Margareta Pakadang

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Pendidikan :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar” yang dilaksanakan oleh Margareta Pakadang dengan memberi intervensi mobilisasi dini.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan intervensi yang saya terima dapat berguna mengurangi rasa nyeri yang saya rasakan serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, 2017

()

PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP NYERI PADA PASIEN POST OP LAPARATOMI

MASTER TABEL

No	Inisial	Umur	Kode	Pendidikan	Kode	Sebelum Intervensi	Kode	Sesudah Intervensi	Kode
1	E	72	7	SD	1	SEDANG	3	RINGAN	2
2	L	34	1	PT	4	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
3	R	30	1	PT	4	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
4	R	30	1	SMA	3	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
5	S	29	1	SMA	3	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
6	A	49	3	SMA	3	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
7	J	32	1	PT	4	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
8	E	45	3	SMA	3	BERAT TERKONTROL	4	BERAT TERKONTROL	4
9	N	40	2	SMA	3	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
10	M	42	2	SMP	2	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
11	O	50	4	SMA	3	SEDANG	3	SEDANG	3
12	Y	33	1	PT	4	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3
13	L	48	3	SMP	2	SEDANG	3	SEDANG	3
14	A	47	3	SMP	2	BERAT TERKONTROL	4	BERAT TERKONTROL	4
15	B	47	3	PT	4	BERAT TERKONTROL	4	SEDANG	3

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Margareta Pakadang

NIM : CX1514201121

Menyatakan menyetujui dan memberikan wewenang kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 08 Mei 2017

Yang menyatakan,

(Margareta Pakadang)