



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PELAKSANAAN MOBILISASI DINI  
PASIEN PASCA BEDAH DIGESTIF  
DI RSUD ULIN BANJARMASIN**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

**S O L I K I N**

**0806446901**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2010**

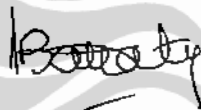
|

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program Magister  
Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



Dewi Irawaty, MA. Ph.D

Pembimbing II



Hening Pujasari, SKp.,M.Biomed.,MANP.

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Solikin  
NPM : 0806446901  
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah Digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Telah berhasil dipertabangkan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dewi Irawaty, MA., Ph.D.

(  )

Pembimbing : Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed., MANP

(  )

Penguji : Debie Dahlia, S.Kep, MHSM.

(  )

Penguji : Sunardi, S.Kp, M.Kep.Sp.KMB

(  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 14 Juli 2010

Oleh

Dekan  
Fakultas Ilmu Keperawatan



Dewi Irawaty, MA., Ph.D.

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Solikin  
NPM : 0806446901

Tanda Tangan :  .....

Tanggal : Juli 2010

**UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Tesis, Juli 2010

Solikin

**Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah Digestif di RSUD Ulin**

xvii + 88 halaman + 17 tabel + 6 lampiran

**ABSTRAK**

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, menggunakan metode deskriptif korelasi non eksperimental serta menggunakan desain *cross sectional*. Sampel berjumlah 59 responden pasca bedah digestif dengan pendekatan *purposive sampling*. Data dianalisis dengan *Uji Chi-Square* dan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan signifikan adalah stres pasca bedah digestif, nyeri, tingkat pendidikan, tingkat keparahan dan dukungan keluarga ( $p \leq 0,05$ ). Faktor yang paling berhubungan adalah stres (OR 5,526). Disimpulkan bahwa stres merupakan variabel yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

**Kata kunci:** dukungan keluarga, mobilisasi dini, nyeri, pasca bedah digestif, stres pasca bedah, tingkat pendidikan, tingkat keparahan;

**Daftar pustaka:** 53 buah (1992-2010)

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
MASTER PROGRAM OF NURSING SCIENCE  
SPECIALTY IN NURSING OF SURGICAL OPERATION  
POST-DEGREE PROGRAM – NURSING FACULTY**

Thesis, July 2010

Solikin

Analysis of Factors relating with implementation of early mobilization patient post digestive operation at RSUD Ulin

xvii + 88 pages + 17 tables + 6 attachments

**ABSTRACT**

The goal from this research is to know factors relating with and factors most relating with implementation of early mobilization after digestive surgery. Type of research is quantitative, using descriptive correlation method and is a non experimental research using cross sectional design. There are 59 samples of respondents. To know the most relating factor, data is being analyzed with Chi-square test method with purposive sampling. Result of this research is that factor that significantly relating is stress after digestive surgery, pain education level, degree of serious condition and family support ( $P \leq 0,05$ ). the most relating factor is stress (OR 5.526). Summary of this research stress is the most relating variable, relating with implementation of mobilization after digestive surgery at RSUD Ulin, Banjarmasin,

**Key words :** early mobilization, post surgery, stress post surgery, pain, level of education, degree of serious condition, family support.

**Bibliography :** 53 (1992-2010)

## KATA PENGANTAR

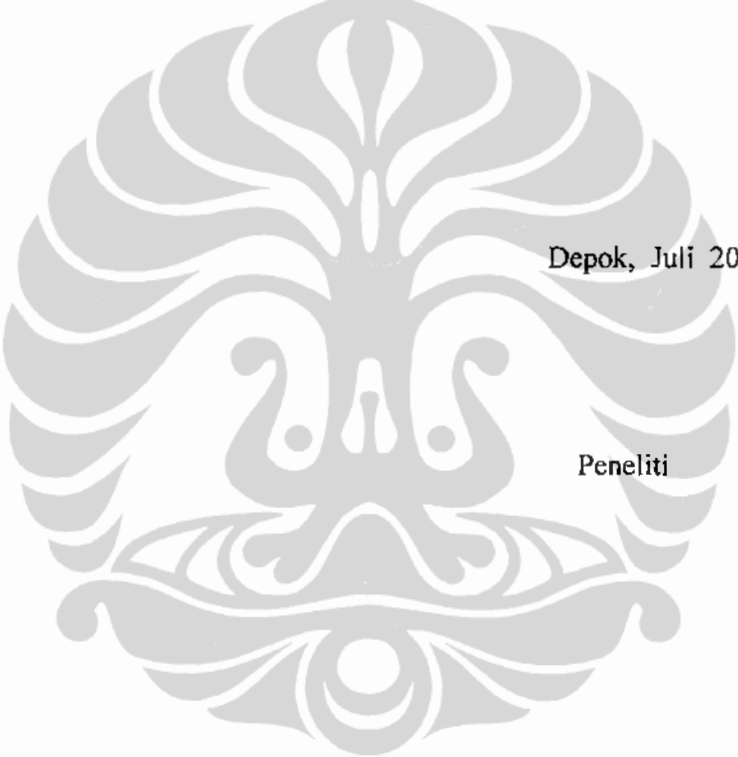
Puji syukur kepada Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul: “Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Tesis ini diajukan sebagai bahan untuk menyelesaikan pendidikan Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini, peneliti mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti menyampaikan terima kasih khususnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus sebagai pembimbing 1
2. Ibu Hening Pujasari, SKp.,M.Biomed.,MANP, sebagai pembimbing 2 yang telah memberi banyak pelajaran kepada peneliti
3. Ibu Debie Dahlia, SKp., MHSM, selaku penguji 3
4. Bapak Sunardi, SKp., M.Kep. Sp.KMB, selaku penguji 4
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin yang telah memberi ijin untuk melakukan penelitian
6. Kepala Ruangan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin yang telah memfasilitasi penelitian ini
7. Orang tua yang telah memberikan doa restunya pada kami
8. Istri dan anak-anak tercinta yang memberikan dorongan untuk menyelesaikan pendidikan
9. Rekan rekan mahasiswa S2 terutama kekhususan medikal bedah yang telah memberikan sumbangsuhnya

10. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan penelitian ini yang tak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga segala bantuan dan kebaikan, serta dukungan yang telah diberikan kepada peneliti, mendapatkan imbalan yang tak terhingga dari Allah SWT. Selanjutnya, demi kesempurnaan dalam penyusunan tesis ini, peneliti sangat mengharapkan masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Semoga Allah SWT, senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya bagi hamba-hamba-Nya yang selalu mengamalkan ilmu yang bermanfaat bagi sesamanya, Amin.



Depok, Juli 2010

Peneliti

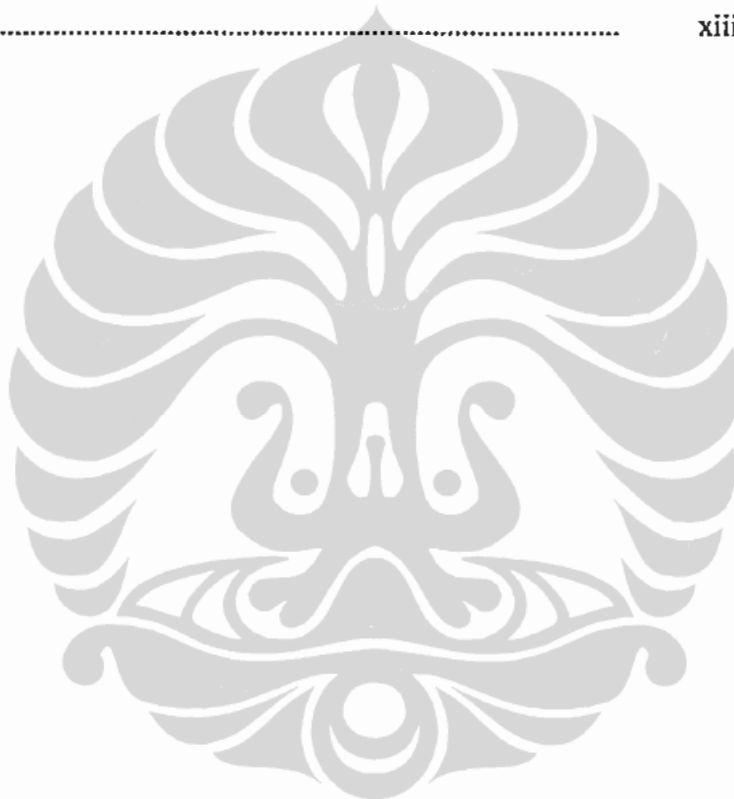


## DAFTAR ISI

Hal.

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Mobilisasi Dini .....	11
2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi.....	17
2.3 Pembedahan Digestif .....	27
<b>BAB 3 : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	31
3.2 Hipotesis.....	33
3.3 Definisi Operasional .....	34
<b>BAB 4 : METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	38
4.2 Populasi dan Sampel.....	38
4.3 Tempat Penelitian .....	40
4.4 Waktu Penelitian .....	40
4.5 Etika Penelitian .....	41
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	42
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	44
4.8 Prosedur Pengumpulan Data .....	45
4.9 Analisis Data .....	46
<b>BAB 5 : HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Analisis Univariat .....	50
5.2 Analisis Bivariat .....	54

5.3 Analisis Multivariat .....	64
<b>BAB 6 : PEMBAHASAN</b>	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	68
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	84
6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan .....	84
<b>BAB 7 : SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan .....	87
7.2 Saran .....	87
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>xiii</b>



## DAFTAR TABEL

	HAL
Tabel 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	32
Tabel 3.2 Definisi operasional .....	34
Tabel 4.1 Uji Statistik Bivariat.....	48
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Stres, Nyeri, Pengalaman Operasi, Usia dan Tingkat Pendidikan Pasien Pasca Bedah Digestif ...	51
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien, Kecukupan Energi, Asal Suku Pasien, Dukungan Keluarga dan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah.....	53
Tabel 5.3 Hubungan Tingkat Stres Pasien Pasca Bedah Digestif dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	55
Tabel 5.4 Hubungan Nyeri Pasca Bedah Digestif dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	56
Tabel 5.5 Hubungan Pengalaman Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	57
Tabel 5.6 Hubungan Usia Pasien Pasca Bedah Digestif dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	58
Tabel 5.7 Hubungan Tingkat Pendidikan Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	59
Tabel 5.8 Hubungan Lamanya Tindakan Operasi dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	60
Tabel 5.9 Hubungan Asupan Nutrisi/Kalori dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	61
Tabel 5.10 Hubungan Asal Suku Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	62
Tabel 5.11 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	63
Tabel 5.12 Seleksi Kandidat Bivariat Uji Regresi Logistik Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....	64

<b>Tabel 5.13 Hasil Seleksi yang Masuk Pemodelan Multivariat Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabel 5.14 Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif .....</b>	<b>67</b>



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat ijin penelitian
- Lampiran 2 : Surat etik penelitian
- Lampiran 3 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 4 : Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 5 : Instrumen penelitian
- Lampiran 6 : Hasil analisis menggunakan SPSS



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Operasi adalah tindakan pembedahan yang melibatkan organ-organ tubuh manusia, yang mana pembedahan tersebut dapat dilakukan dengan cara terbuka (Higgins, 2007). Bedah digestif merupakan salah satu cara pembedahan (operasi) yang terkonsentrasi pada organ-organ pencernaan yang terlibat dalam sistem pencernaan (Sukardja, 2002). Bedah digestif adalah pembedahan dinding abdomen, saluran pencernaan (gastrointestinal) dan organ aksesori yang melibatkan banyak sistem tubuh. Organ yang tercakup dalam pembedahan dinding abdomen dan saluran pencernaan adalah organ aksesori misalnya limpa, pankreas, hati, kandung empedu dan duktus serta struktur penunjang di abdomen (Smeltzer, 2008).

Tindakan operasi yang dialami pasien merupakan suatu keadaan yang dapat menimbulkan stres bagi pasien. Proses penyembuhan pasien pasca tindakan pembedahan dapat berjalan dengan baik dan tidak memakan waktu yang lama karena didukung oleh berbagai macam faktor, diantaranya adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini adalah protap untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan (Soelaiman, 2003). Sedangkan menurut Kozeir (1998) mobilisasi dini dapat mempercepat waktu penyembuhan luka pasca operasi, dengan mobilisasi dapat meningkatkan vaskularisasi sehingga suplai nutrisi dan oksigen ke jaringan menjadi lebih optimal.

Hasil penelitian Slamet (1999) sebanyak 38% pasien yang melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah abdomen mengalami perkembangan yang cepat pada proses penyembuhan luka operasi. Percepatan penyembuhan

luka tersebut ditandai dengan lebih cepatnya luka bekas operasi mengering. Namun menurut Slamet banyak pasien pasca bedah kurang melakukan mobilisasi dini karena bermacam penyebab, seperti pasien kurang memahami informasi yang sudah diberikan, takut untuk bergerak karena budaya bahwa operasi akan cepat sembuh lukanya apabila tidak banyak bergerak dan takut apabila bergerak luka operasi akan terbuka dan di operasi kembali.

Mobilisasi dini pasca operasi dilakukan secara bertahap meliputi berdiri, duduk, berpindah dari satu tempat ke tempat lain, bangkit dari duduk, berjalan dengan bantuan, menggerakkan tubuh, bahu, tangan dan lengan untuk berbagai macam gerakan, melakukan gerakan badan dan mobilisasi dengan bantuan alat mekanik (Roper, 1996). Hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin, asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan. Apabila mobilisasi dini dilakukan diperkirakan akan dapat mengurangi waktu rawat di rumah sakit sehingga dapat menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi terjadinya stres psikis.

Mobilisasi dini dapat bermanfaat mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga dapat mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh dan mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya akan mempercepat penyembuhan luka operasi. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan dapat mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Mobilisasi dini sudah dapat dilakukan sejak 2 jam setelah tindakan operasi dilakukan, setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan (Gregson, 2007). Namun banyak keadaan lain yang juga dapat menyebabkan pasien tidak melakukan mobilisasi walaupun menyadari manfaatnya bagi proses penyembuhan pasca pembedahan.

Untuk menghindari salahnya pemahaman tentang mobilisasi dini oleh pasien, maka perawat harus terlebih dahulu mempunyai pemahaman yang benar tentang mobilisasi dini pasca bedah itu sendiri serta pemahaman perawat tentang pentingnya pendidikan kesehatan diberikan pada pasien. Di mana pemahaman tentang tindakan mobilisasi dini dan cara memberikan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat juga merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah nantinya. Dalam hal ini sebelum memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, perawat dituntut memahami dengan benar tentang segala sesuatu menyangkut mobilisasi dini, termasuk faktor apa saja yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini. Di mana perawat harus dapat menyampaikan dengan benar faktor yang dapat mempengaruhi mobilisasi dini agar dapat dipahami dengan baik dan dilakukan oleh pasien.

Kemampuan perawatan dalam berkomunikasi dan menyampaikan hal-hal terkait mobilisasi dini kepada pasien dan keluarga merupakan suatu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat, karena ketidakmampuan perawat dalam berkomunikasi dan penyampaian informasi yang baik kepada pasien dan keluarga dapat menyebabkan salahnya persepsi tentang substansi dari hal yang disampaikan. Di samping harus memahami faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini perawat juga harus memahami seberapa tinggi kemampuan pasien dalam menerima informasi yang kita berikan terkait mobilisasi dini yang harus pasien lakukan pasca bedah nantinya.

Hasil penelitian Suhartatik (2002) tentang mobilisasi dini pasca operasi laparatomi, pasien pasca operasi laparatomi tentang pelaksanaan mobilisasi pasca bedah laparatomi dipengaruhi oleh faktor tingkat pengetahuan sebesar 36,3% dan faktor keluarga sebesar 21,3%. Sedangkan menurut Susilowati (2007) faktor tingkat pengetahuan pasien

**Universitas Indonesia**



mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi pasien pasca operasi seksio caesaria sebanyak 54,5%. Suhartatik dan Susilowati hanya menjelaskan tentang faktor tingkat pengetahuan dan keluarga saja yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah, mereka tidak menjelaskan faktor-faktor lain yang mungkin diperkirakan dapat berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Tahun 2005 hampir 36,2 juta pasien yang dirawat di Rumah Sakit di Amerika Serikat, tercatat 46% mengalami prosedur pembedahan dan sebanyak 36,30% pasien mengalami mobilisasi pasca bedah yang terlambat disebabkan karena ada stres pembedahan yang dialami oleh pasien sebelum pembedahan dilakukan (Kozak, DeFrances, & Hall, 2006). Data dinas kesehatan propinsi Kalimantan Selatan tahun 2009 di Kalimantan Selatan menunjukkan jumlah kasus pasien bedah yang dirawat selama tahun 2009 di sejumlah rumah sakit milik pemerintah daerah sebanyak 2678 pasien yang sebagian besar dirujuk ke RSUD Ulin Banjarmasin.

Sedangkan RSUD Ulin Banjarmasin sendiri pada tahun 2009 (Januari-Desember 2009), telah merawat 1466 pasien bedah secara umum, dalam periode tersebut operasi bedah digestif menempati urutan pertama yaitu sebanyak 657 pasien. Namun selama periode tersebut terjadi peningkatan hari rawat yang dikarenakan salah satu penyebabnya adalah pasien masih belum dapat melakukan mobilisasi mandiri setelah 5 hari perawatan pasca bedah digestif. Menurut Muchtar (1995) mobilisasi dini pasca bedah yang dilakukan dengan baik dapat bermanfaat meminimalkan waktu perawatan pasien. Peningkatan jumlah hari rawat pasien pasca bedah digestif dalam kurun waktu Januari sampai dengan Juni 2009 di RSUD Ulin Banjarmasin, yaitu dari rata-rata hari rawat yang seharusnya 7 hari maksimal perawatan pasca operasi meningkat menjadi 9 hari perawatan. Dari 657 pasien pasca bedah di RSUD Ulin Banjarmasin mengalami

**Universitas Indonesia**

peningkatan jumlah hari rawat rata-rata mencapai 1-3 hari (39,3%) dari 7 hari maksimal perawatan pasca bedah digestif.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti di RSUD Ulin Banjarmasin, bedah digestif merupakan pembedahan yang banyak dilakukan dari pada tindakan pembedahan yang lain dan memiliki waktu penyembuhan yang sudah terjadwal yaitu 5-7 hari perawatan maksimal pasca pembedahan. Namun ternyata banyak yang mengalami peningkatan hari rawat, salah satunya karena tindakan mobilisasi dini pasca bedah digestif belum maksimal dilakukan, keadaan ini diperkirakan karena stres serta kecemasan yang dialami pasien setelah operasi dilakukan dan ketakutan yang dialami pasien terkait dengan pengalaman yang dialami oleh pasien lainnya. Hasil survei pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 18 Januari 2010 di RSUD Ulin Banjarmasin, ditemukan 7 orang pasien pre operasi bedah digestif yang merasa dirinya mengalami gangguan tidur (terbangun di waktu malam hari), gugup, gelisah, di mana gangguan-gangguan tersebut merupakan tanda-tanda dari stres (Gregson, 2007). Stres yang dialami pasien diperkirakan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Sedangkan pada 11 orang pasien pasca bedah digestif didapatkan data pasien merasakan badan sangat lemas, takut setelah operasi selesai dilakukan dan tidak tahu apa yang harus dilakukan sesudah operasi (berdiam diri saja atau harus beraktivitas mandiri), walaupun perawat sudah pernah menjelaskan bahwa setelah operasi pasien dapat bergerak sedini mungkin untuk mempercepat penyembuhan lukanya.

Faktor dan keadaan yang ditemukan pada saat studi pendahuluan tersebut diperkirakan dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif, namun sepertinya bukan hanya faktor dan keadaan tersebut saja yang menjadi penyebab pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan atau tidak dilakukan oleh pasien. Masih ada faktor lain yang dapat berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah

digestif yang belum ditemukan serta berhubungan dengan kurang maksimalnya mobilisasi dini pasca bedah dilakukan oleh pasien, dengan demikian masih perlu untuk dilakukan penelitian lain untuk mengetahui faktor dan keadaan lain yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini di RSUD Ulin Banjarmasin.

Penelitian Wildan (2005) tentang pemberian informasi kesehatan pre pembedahan pada pasien pasca bedah abdomen mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasien sebesar 38,2%, hal ini berarti bahwa ada sebesar 61,8% tidak melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah abdomen diperkirakan karena keadaan atau faktor lain yang mempengaruhi pasien untuk melakukan mobilisasi dini selain informasi yang sudah di dapat pasien. Sedangkan penelitian Setiawan (2007) tentang persepsi pasien terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif adalah negatif sebesar 67,3%, keadaan ini disebabkan karena faktor ketidaktahuan pasien akan pentingnya mobilisasi dini pasca bedah digestif sebagai akibat kurangnya pemahaman informasi yang telah diberikan oleh perawat dan tingkat pendidikan pasien yang rendah. Adapun menurut penelitian *Chobarunsitti* (2007), faktor-faktor yang juga dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah usia, ketidakmampuan memahami informasi, tingkat energi, tingkat pendidikan dan kondisi patologik.

Setiawan dan Wildan hanya menjelaskan faktor informasi dan tingkat pendidikan yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Oleh karena itu, selain faktor kurangnya pemahaman pasien terhadap informasi dan tingkat pendidikan, menjadi sangat perlu untuk mengetahui faktor-faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Dalam sarannya Setiawan juga menyatakan agar peneliti lain dapat melanjutkan penelitian tentang bagaimana hubungan/pengaruh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Perawat sebagai tenaga profesional di bidang pelayanan kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan, termasuk bagaimana menyiapkan pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan agar tidak mengalami kecemasan. Perawat dapat memberikan penjelasan tentang manfaat pelaksanaan mobilisasi sedini mungkin pasca bedah digestif agar proses penyembuhan luka pembedahan lebih cepat kering dan menghindari terjadinya komplikasi serta dapat menurunkan hari rawat. Agar tidak sering menimbulkan terjadinya salah persepsi pada pasien tentang pentingnya pelaksanaan mobilisasi pasca bedah digestif yang seharusnya dapat dilakukan sedini mungkin oleh pasien pasca bedah digestif selesai dilakukan, pasien dan perawat perlu memahami faktor apa saja yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Berdasarkan uraian yang ada maka peneliti merasa tertarik untuk meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bedah digestif adalah pembedahan dinding abdomen, saluran pencernaan (gastrointestinal) dan organ aksesori yang melibatkan banyak sistem tubuh. Karena melibatkan banyak sistem tubuh itulah diperlukannya penatalaksanaan yang baik pasca pembedahan agar dapat menghindari keadaan yang dapat menyebabkan komplikasi pasca bedah. Mobilisasi dini pasca bedah merupakan salah satu cara agar pasien dapat terhindar dari komplikasi, namun pasien pasca bedah terkadang tidak memahami pentingnya mobilisasi dini tersebut.

Berdasarkan penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi pasca bedah memang sudah ada dilakukan seperti penelitian yang dilakukan oleh Suhartatik (2002) dan Susilowati (2007), namun penelitian mereka hanya berfokus pada beberapa faktor tertentu

saja seperti tingkat pendidikan, pengetahuan dan keluarga saja. Dengan demikian, masih perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif. Perlunya penelitian ini juga karena belum adanya penelitian tentang pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif yang dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin.

Berkaitan penelitian yang dilakukan oleh *Chobarunsitti* (2007) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah usia, ketidakmampuan memahami informasi, tingkat energi, tingkat pendidikan dan kondisi patologik. Penelitian ini dilakukan di luar negeri yang secara kultur budaya akan berbeda dengan budaya di Banjarmasin sebagai tempat penelitian. Dengan ditemukannya kondisi kultur yang berbeda, bertambahnya hari rawat pasien pasca bedah digestif dan komplikasi yang dapat terjadi apabila mobilisasi pasca bedah tidak dilakukan, maka penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif harus dilakukan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti ingin mengetahui apa faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Diketahui hubungan antara tingkat stres pasca pembedahan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif

- 1.3.2.2 Diketahui hubungan antara nyeri dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.3 Diketahui beda antara pengalaman operasi pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.4 Diketahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.5 Diketahui hubungan antara lamanya tindakan operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.6 Diketahui beda antara asal suku dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.7 Diketahui hubungan antara asupan nutrisi/kalori dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.8 Diketahui hubungan antara usia dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.9 Diketahui hubungan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 1.3.2.10 Diketahui faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi pelayanan kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pelayanan kesehatan dalam hal meningkatkan mutu layanan kesehatan secara maksimal dan bagi masyarakat terutama pasien pasca bedah digestif dapat lebih memahami serta menjalankan pendidikan kesehatan yang diberikan sehingga layanan keperawatan dapat dirasakan secara maksimal.

##### **1.4.2 Bagi pendidikan keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam proses pendidikan dan pembelajaran kepada mahasiswa dengan

diketuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif.

#### 1.4.3 Bagi Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perawat dalam meningkatkan mutu dan layanan keperawatan khususnya pada pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Mobilisasi Dini**

##### **2.1.1 Pengertian Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini adalah protap untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan (Soelaiman, 1993). Menurut Roper (1996) mobilisasi adalah sebuah konsep yang meliputi berdiri, duduk, berpindah dari satu tempat ke tempat lain, bangkit dari duduk, berjalan dengan bantuan, menggerakkan tubuh, bahu, tangan dan lengan untuk berbagai macam gerakan, melakukan gerakan badan, mobilisasi dengan bantuan alat mekanik. Menurut Carpenito (2000) mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian.

Berdasarkan ketiga definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian diri sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi pasca pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Smeltzer & Bare, 2008).



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

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif 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 cara 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.

2.1.2 Efek mobilisasi dini pada pasca bedah digestif

Menurut Sukardja (2002) mobilisasi dini dapat dimanfaatkan untuk:

2.1.2.1 Peningkatan kecepatan dan kedalaman pemapasan

Pasien dengan riwayat gangguan respirasi sangat berpengaruh terhadap kemampuan mengembangkan paru-paru serta meningkatkan potensi terjadinya atelektasis atau pneumonia pasca bedah. Riwayat gangguan vaskuler yang diderita oleh pasien juga berpengaruh terhadap gangguan suplay Oksigen pasca bedah. Dengan melakukan mobilisasi dini pasca bedah dapat mencegah terjadinya atelektasis dan pneumonia hipostatis serta terjadi peningkatan derajat kesadaran pada pasien, sebagai dampak dari peningkatan oksigen ke otak. Semakin cepat seorang pasien melakukan mobilisasi dini pasca bedah akan menyebabkan semakin cepat membuang sisa dari anastesi yang berada dalam sirkulasi. Keadaan ini terjadi karena suplai oksigen yang lebih

maksimal diterima oleh tubuh pasien selama tahap mobilisasi dilakukan.

#### 2.1.2.2 Peningkatan sirkulasi

Aktivitas mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien pasca bedah akan berpengaruh terhadap kelancaran sirkulasi pada sistem kardiovaskuler pasien. Peningkatan sirkulasi ini akan mempermudah asupan zat-zat nutrisi dan O<sub>2</sub> untuk penyembuhan luka, dapat mencegah tromboflebitis, peningkatan kelancaran fungsi ginjal dan pengurangan rasa nyeri yang biasanya muncul pasca bedah selesai dilakukan.

#### 2.1.2.3 Peningkatan metabolisme tubuh

Dengan aktivitas mobilisasi dini akan bermanfaat pada peningkatan pemulihan sistem perkemihan, yaitu berguna untuk mencegah terjadinya retensi urin pada pasien. Di mana pada pasien yang mengalami anestesi baik general maupun spinal akan berakibat pada hilangnya fungsi sementara pada semua sistem tubuh termasuk sistem perkemihan, keadaan inilah yang menyebabkan pasien bedah harus dilakukan pemasangan kateter. Namun pasca pembedahan haruslah sesegera mungkin melepaskan pasien pada ketergantungan dengan kateter agar tidak terjadi penurunan pada refleks muskulo obturator kandung kemih juga terjadinya penekanan pada sistem saraf kandung kemih sehingga akan terjadi retensi urin. Untuk mencegah terjadinya hal tersebut salah satu cara yang bisa dilakukan adalah dengan sesegera mungkin melakukan mobilisasi dini pasca bedah.

#### 2.1.2.4 Peningkatan metabolisme tubuh

Kelebihan atau kekurangan berat badan dapat dihitung dari rasio tinggi badan dan berat badan, dimana kondisi defisiensi nutrisi merupakan keadaan yang harus dicegah

pada pasca bedah. Intake diet yang tidak adekuat pada pasien pasca bedah, mual, anoreksia dan kondisi oral yang menurun kemampuan fungsionalnya akan mempengaruhi intake nutrisi sebelum operasi dan merupakan faktor yang harus dipertimbangkan pada periode pasca bedah. Dengan mobilisasi dini akan dapat mencegah berkurangnya tonus otot dan mengembalikan keseimbangan nitrogen yang ada dalam tubuh.

#### 2.1.2.5 Peningkatan peristaltik

Mobilitas atau ambulasi sedini mungkin merupakan kegiatan penting pasca bedah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Kurangnya kemampuan mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien akan menyebabkan gangguan eliminasi seperti konstipasi pasca bedah, terutama apabila pasien memiliki riwayat konstipasi kronis.

Mobilisasi dini pasca bedah juga akan menyebabkan terjadi peningkatan fungsi pada sistem pencernaan seperti peningkatan peristaltik usus yang memudahkan terjadinya flatus pada pasien pasca bedah, mencegah distensi abdomen dan nyeri akibat gas, mencegah konstipasi dan mencegah ileus paralitik, di mana keadaan-keadaan tersebut merupakan beberapa tanda sudah pulihnya sistem pencernaan seorang pasien yang dilakukan pembedahan. Dengan melakukan mobilisasi dini secara cepat pasca bedah, akan dapat mempercepat sistem pencernaan berfungsi kembali, hal ini disebabkan karena pergerakan dan aktivitas tubuh yang dilakukan oleh pasien. Sistem pencernaan yang optimal akan mempercepat pembuangan sisa makanan yang tidak diabsorpsi oleh usus, dan meningkatkan kemampuan usus untuk kembali siap menjalankan fungsinya.

### 2.1.3 Teknik mobilisasi dini

Berbagai macam teknik mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien pasca bedah yang dimulai beberapa jam setelah operasi (Mansjoer, 1998). Pasien ditunjukkan bagaimana cara untuk berbalik dari satu sisi ke sisi lainnya dan cara untuk mengambil posisi lateral. Posisi ini digunakan pada pasca bedah (bahkan sebelum pasien sadar) dan dipertahankan setiap dua jam.

Latihan ekstremitas meliputi ekstensi dan fleksi lutut dan sendi panggul (sama seperti mengendarai sepeda selama posisi berbaring miring). Telapak kaki diputar seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki, siku dan bahu juga dilatih *range of motion* (ROM). Pada awalnya pasien dibantu dan diingatkan untuk melakukan latihan, selanjutnya di anjurkan untuk melakukan secara mandiri. Tonus otot dipertahankan sehingga mobilisasi akan lebih mudah dilakukan.

Pelaksanaan tehnik mobilisasi dini pasca bedah ini dibutuhkan peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang pelaksanaan mobilisasi yang harus pasien lakukan setelah pembedahan selesai dilakukan. Dalam hal ini perawat haruslah memberikan penjelasan secara terperinci pada pasien apa yang harus dilakukan dalam tahapan mobilisasi dini.

Adapun prosedur yang harus dijelaskan oleh perawat tentang tahapan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah dan yang harus dilakukan oleh pasien selengkapnya menurut Mansjoer (1998):

- a. Sebelum membantu pasien untuk melakukan mobilisasi dini setelah operasi pertama kali, hendaknya melakukan pengkajian tingkat kesadaran pasien, status kardiovaskuler dan status motor
- b. Pasien diberitahukan/diingatkan kembali tentang pentingnya mobilisasi dini pasca bedah

- c. Anjurkan pasien melakukan napas dalam beberapa kali
- d. Beritahu pasien apabila selama melakukan latihan mobilisasi dini merasa nyeri/timbul keluhan maka latihan dihentikan
- e. Anjurkan pasien miring kiri dan kanan bergantian setelah 2-4 jam pos operasi. Miring ke satu sisi dilakukan minimal 15-30 menit atau semampu pasien
- f. 6-8 jam post operasi pasien dianjurkan melakukan posisi kepala dan badan ditinggikan dengan ganjaian bantal/guling/meninggikan sandaran tempat tidur (posisi 30-45<sup>o</sup>)
- g. 12 jam post operasi pasien dianjurkan melakukan gerakan ROM pasif sampai aktif sebagai berikut:
  - 1) Sendi panggul: Hiperekstensi, flexi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal
  - 2) Sendi lutut: flexi dan ekstensi
  - 3) Sendi kaki: dorsi flexi, plantar flexi, eversi dan inversi,
  - 4) Sendi jari kaki: ekstensi, flexi, abduksi dan adduksi
  - 5) Leher : ekstensi, flexi, rotasi dan flexi lateral
  - 6) Bahu : flexi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal
  - 7) Siku : flexi, ekstensi, pronasi, supinasi, flexi, ekstensi, dan deviasi
  - 8) Jari-jari : flexi, ekstensi, abduksi, adduksi dan oposisi
- h. 1-2 hari post operasi pasien dianjurkan duduk sendiri
- i. 3-4 hari post operasi pasien dianjurkan belajar berdiri
- j. 4 hari post operasi pasien dianjurkan sudah berjalan

#### 2.1.4 Manfaat mobilisasi dini pasca bedah digestif bagi pasien

Beberapa manfaat mobilisasi dini menurut Garrison (2004), antara lain sebagai berikut: mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi, mengembalikan aktivitas tertentu

sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian dan memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi.

2.1.5 Mencegahkan terjadinya masalah akibat kurangnya mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Menurut Garrison (2004), antara lain sebagai berikut: perbaikan status gisi, memperbaiki kemampuan, mobilisasi, melaksanakan latihan pasif dan aktif dan mempertahankan posisi tubuh dengan benar sesuai dengan *body alignment* (Struktur tubuh) serta melakukan perubahan posisi tubuh secara periodik (mobilisasi untuk menghindari terjadinya dekubitus / pressure area akibat tekanan yang menetap pada bagian tubuh.

2.1.6 Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien dengan pasca pembedahan Menurut Muchtar (1992) tahapan mobilisasi dini, meliputi:

2.1.6.1 Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.

2.1.6.2 Pada hari ke 2 pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.

2.1.6.3 Pada hari ke 3–4 pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi dan keluar kamar sendiri.

## 2.2 Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini menurut Koziar (1998), antara lain:

### 2.2.1 Gaya hidup

Gaya hidup sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan pada pelaksanaan mobilisasi, semakin tinggi tingkat pendidikan pasien

akan semakin mampu pasien memahami pentingnya mobilisasi. Demikian halnya dengan pengetahuan tentang mobilisasi, pasien akan mau melaksanakan mobilisasi pasca bedah sesuai informasi yang di terima sebelumnya. Pendidikan diinterpretasikan dengan makna untuk mempertahankan individu dengan kebutuhan-kebutuhan yang senantiasa bertambah dan merupakan suatu harapan untuk dapat mengembangkan diri agar berhasil serta untuk memperluas, mengintensifkan ilmu pengetahuan dan memahami elemen-elemen yang ada di sekitarnya.

#### 2.2.2 Keparahan atau proses penyakit/ injuri

Penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya seorang yang menjalani operasi bedah akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit/nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk tidak melaksanakan mobilisasi. Keparahan dari penyakit pasien juga dapat mempengaruhi lama tidaknya tindakan operasi dilakukan, semakin parah proses penyakit akan menyebabkan semakin lama juga tindakan operasi dilakukan.

#### 2.2.3 Kebudayaan

Kebudayaan/asal daerah pasien dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktivitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

#### 2.2.4 Kecukupan/tingkat energi

Seseorang melakukan mobilisasi pasca pembedahan jelas membutuhkan energi atau tenaga yang besar. Pasien pasca bedah akan berbeda mobilitasnya dibandingkan dengan orang dalam keadaan sehat. Pasien pasca pembedahan harus mendapatkan asupan kebutuhan energi yang cukup untuk dapat dengan cepat melakukan mobilisasi, kecukupan energi tersebut dapat diperoleh dari konsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit.

### 2.2.5 Usia dan status perkembangan

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja serta berbeda juga persepsinya tentang penting mobilisasi pasca bedah. Pasien anak cenderung lebih takut untuk bergerak dibandingkan pasien yang lebih dewasa, karena persepsi ini cenderung dipengaruhi oleh orang tua. Pembagian usia dapat dikategorikan dalam berbagai macam: bayi (0-1 tahun), toddler (1-3 tahun), pra Sekolah (3-6 tahun), sekolah (6-12 tahun), remaja (13-17 tahun), dewasa muda (18-25 tahun), dewasa pertengahan (25-38 tahun dan dewasa akhir (38-65 tahun).

Menurut (Potter & Perry, 2006) salah satu faktor yang mempengaruhi respon orang dewasa dalam melakukan mobilisasi dini antara lain usia, pada orang dewasa berpendapat bahwa mobilisasi merupakan sesuatu yang harus mereka lakukan setelah tindakan pembedahan selesai dilakukan. Pasien dewasa tua menganggap bahwa mobilisasi pasca bedah dengan resiko terjadi nyeri merupakan komponen alamiah yang harus mereka terima dari proses penyembuhan, sehingga keluhan sering diabaikan. Sedangkan menurut Lemone & Burke (2008) faktor yang dapat mempengaruhi orang yang berusia dewasa melakukan mobilisasi pasca bedah adalah rasa takut akan kehilangan kemandirian. Di mana orang dewasa cenderung tidak mau untuk menyusahkan orang lain dan berusaha semaksimal mungkin untuk melakukan apa pun sendiri.

Beberapa faktor yang juga dapat berpengaruh pada pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif, antara lain:

#### a. Stres pasca bedah

Menurut Wicaksono (1992) stres adalah segala masalah atau tuntutan penyesuaian diri terhadap sesuatu yang mengganggu keseimbangan dalam kehidupan seseorang, bila individu tersebut tidak dapat mengatasinya dengan baik akan timbul gangguan badan dan jiwa.

**Universitas Indonesia**



Sedangkan Prawitasari (2008) stres merupakan suatu kondisi yang dialami yang merupakan kumpulan-kumpulan gangguan fisik seperti adanya luka yang dialami individu tindakan pembedahan atau luka karena penyakit, gangguan jasmani dan rohani yang disebabkan karena ketidakmampuan manusia menghadapi tekanan-tekanan fisik terutama tekanan psikologis, dimana keadaan tersebut menyebabkan individu kurang ada keinginan untuk beraktivitas dalam keseharian.

Bahwa pasca pembedahan bedah digestif pasien terus dituntut untuk dengan cepat memulihkan kondisi tubuhnya dengan cara melakukan tahapan mobilisasi yang sudah pernah diajarkan, namun apabila tuntutan yang datang dari luar dan dalam pikiran sendiri semakin banyak, kemungkinan stres yang dihadapi akan lebih berat dan dapat menyebabkan pasien tidak melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif menurut Soewadi (1997).

b. Nyeri pasca bedah yang dirasakan pasien

Menurut Potter & Perry (2006) nyeri termasuk kondisi dari sisa pembedahan yang tak dapat dihindari, tetapi ini merupakan keadaan yang sering dihadapi oleh sebagian besar pasien yang melakukan tindakan pembedahan. Sedangkan menurut Moddeman (2000) bahwa intensitas nyeri pasca bedah abdomen akan berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan mobilisasi pasca operasi.

Menurut Unruh & Henriksson (2002) ringan dan berat nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca pembedahan sangat mempunyai pengaruh besar kenapa pasien tidak mau melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca bedah juga mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien Jorgen dan Kehlet (2006, dalam Chaturvedi & Chaturvedi, 2007).

c. Pendidikan pasien

Menurut Azwar (2001) makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi lebih, baik dari orang lain maupun dari media masa. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan pada seseorang, maka berarti telah mengalami proses belajar yang lebih sering dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar (Notoatmodjo, 2002).

Menurut Soekanto (2004) seorang individu dituntut memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dan sikap secara cepat dan tepat dalam berbagai keadaan yang dialaminya dimana salah satunya karena pendidikan yang dimiliki individu tersebut. Sedangkan hasil penelitian Faucett & Levine (1994) ada korelasi signifikan antara pelaksanaan mobilisasi pasca bedah dengan tingkat pendidikan pasien, dimana tingkat pendidikan rendah akan mempengaruhi keinginan dari pasien untuk melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

d. Lamanya tindakan operasi dijalankan pasien

Matassarini-Jacobs (1997) menjelaskan bahwa banyak hal yang berpengaruh pada keinginan pasien melakukan aktivitas pasca bedah dilaksanakan antara lain jenis operasi yang telah dilakukan dan lokasi/area operasi. Semakin lama tindakan pembedahan dilakukan juga akan berpengaruh semakin besarnya luka areal pembedahan dan lokasi insisi yang akan berpengaruh pada intensitas nyeri yang dirasakan pasien pasca bedah, keadaan ini akan berpengaruh pada aktivitas mandiri yang seharusnya dapat dilakukan pasien seperti pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah termasuk bedah digestif.

e. Nutrisi yang di terima pasien

Keadaan luka bedah mengalami stres selama masa penyembuhan luka, stres akibat nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi, dan perubahan metabolisme akan meningkatkan resiko lambatnya penyembuhan luka (Potter & Perry, 2006). Menurut hasil penelitian Haris (2006) semakin adekuat kecukupan nutrisi yang diterima pasien pasca bedah semakin mempercepat proses penyembuhan luka bedah, demikian pula sebaliknya semakin inadkuat kecukupan nutrisi yang diterima pasien pasca bedah maka proses penyembuhan luka bedah akan terganggu yang menyebabkan aktivitas mandiri pasien terganggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Soeharto (2004) diet yang mengandung protein tinggi dan seimbang mempercepat proses penyembuhan luka pasca operasi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan aktivitas mandiri pasien pasca operasi. Nutrisi yang adekuat pada pasien pasca bedah sangat diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi yang pada akhirnya akan mempengaruhi proses mobilisasi dini pasca bedah digestif.

f. Kebudayaan

Menurut Potter & Perry (2006) sosial budaya asal pasien akan menentukan perilaku psikologis seseorang. Sedangkan menurut Unruh & Henriksson (2002) budaya mempengaruhi perilaku pelaksanaan tahapan pengobatan tergantung pada banyak faktor meliputi budaya kelompok yang dipelihara dan identitas diri. Dalam keadaan ini kebudayaan merupakan faktor yang berpengaruh membentuk pola perilaku seseorang dalam menghadapi masalah.

Sedangkan menurut Mansjoer (1998) ada beberapa faktor lain yang juga dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah adalah:

a. Faktor eksternal

1). Lingkungan sekitar

Bagaimana keadaan sekitar pasien mempengaruhi pasien dalam melakukan sesuatu yang berguna untuk kepentingannya, seperti bagaimana pasien tidak mau melakukan suatu tindakan karena melihat orang disekitarnya juga tidak melakukannya.

2). Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama. Sumber dari dukungan sosial ini adalah orang lain yang akan berinteraksi dengan individu sehingga individu tersebut dapat merasakan kenyamanan secara fisik dan psikologis. Orang lain ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis serta anggota dalam kelompok kemasyarakatan.

3). Dukungan keluarga

b. Faktor internal

1). Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan tersebut dapat terjadi melalui pencaindera manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia dipeoleh melalui mata dan telinga, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*), sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu awareness adalah kesadaran, dimana seseorang menyadari atau mengetahui adanya stimulus (objek) terlebih dahulu, kemudian *interest* adalah orang

mulai tertarik kepada stimulus tersebut, dilanjutkan dengan *evaluation* (dimana seseorang menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya), *trial* yaitu orang telah mulai mencoba perilaku yang baru) dan diakhiri dengan *adoption* (dimana subjek telah berperilaku yang baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya teradap stimulus).

#### 2). Pengalaman

Pengalaman adalah keseluruhan pelajaran yang diperoleh seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dialami selama ini seperti keadaan penyakit yang di derita, berapa lama mengalami sakit dan kemungkinan operasi yang pernah dijalankan.

#### 3). Stres pembedahan

Stres pembedahan, baik stres fisik maupun psikis sangat berpengaruh pada pelaksanaan mobilisasi pasca pembedahan, karena stres yang dialami pasien dapat membuat persepsi pasien tentang mobilisasi menjadi negatif. Ada beberapa tanda yang dapat diamati sebagai gejala awal stres. Tanda awal tersebut yaitu: nyeri kepala/tegang, susah tidur, aras-arasan, letih, makan banyak/kehilangan nafsu makan, sembelit, nyeri pinggang dan tengkuk, mimpi buruk malam hari, tekanan darah naik, mual dan muntah, gangguan menstruasi, merasa khawatir, tidak tenang, mudah tersinggung, tangan dan kaki terasa dingin, berdebar-debar dan suka marah. Munculnya gejala – gejala tersebut dapat mengakibatkan gangguan kesehatan, gangguan hubungan keluarga dan sosial, menurunkan semangat segala hal yang dikerjakan atau sebaliknya.

#### 4). Konflik dan banyaknya masalah

Pasien yang menjalani tindakan operasi tidak akan terlepas dari masalah yang menghimpitnya baik masalah pada saat pasien melakukan operasi maupun masalah yang timbul sebelum dia menjalani operasi. Masalah yang dihadapi oleh pasien sedikit banyak akan dapat berpengaruh pada proses penyembuhan pasca

operasi serta dapat juga menghambat tahapan dari proses yang pasien jalani.

Sedangkan menurut Smith (2004) dukungan keluarga merupakan suatu fungsi yang berisi tentang hubungan yang dapat dikategorikan pada 4 tipe dukungan, yaitu : dukungan emosional, dukungan fisik, dukungan informasional dan dukungan penghargaan serta komunikasi, keadaan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Dukungan emosional

Merupakan pemberian empati, cinta, kejujuran dan perawatan serta memiliki kekuatan yang hubungannya konsisten sekali dengan status kesehatan. Manfaat dari dukungan ini adalah secara emosional menjamin nilai-nilai individu baik pria atau wanita agar selalu terjaga kerahasiaannya dari keingintahuan orang lain. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diberikan dalam bentuk kepercayaan, perhatian dan mendengarkan.

b. Dukungan fisik

Menjelaskan tentang pemberian perhatian dan pelayanan dari orang lain. Manfaat dari dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi atau stamina dan semangat yang menurun. Selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang mengalami kesusahan atau penderitaan. Aspek-aspek dukungan ini meliputi pemberian barang yang sifatnya keluar atau energi selama periode stres berlangsung.

c. Dukungan informasional

Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menahan munculnya suatu stressor yang khusus pada individu. Seseorang yang dilanda stres atau ketegangan baik pria atau wanita dapat mencoba untuk menghadapi suatu masalah dan mencari solusi yang berbobot. Misalnya dukungan yang diberikan keluarga, teman dapat membantu memberikan support. Aspek-aspek

dalam dukungan ini adalah berupa nasihat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

d. Dukungan penghargaan dan komunikasi

Berisi tentang hal-hal yang digunakan mengevaluasi diri dan perbandingan sosial. Aspek-aspek didalamnya diwujudkan dengan adanya ungkapan hormat, penghargaan dan dorongan untuk maju.

Pentingnya dukungan keluarga dalam salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif menurut Kaplant (1995) karena dukungan keluarga merupakan hubungan antara seseorang dengan orang lain yang memberikan rasa aman, tenteram, merasa optimis dan diharga sebagai manusia. Sedangkan menurut Budi (2002) dukungan keluarga adalah pertolongan dan semangat yang diberikan oleh keluarga terhadap anggotanya dimana dukungan tersebut sebagai penyemangat bagi anggota keluarga yang mengalami masalah.

Sedangkan menurut Slamet (2003) dinamika kehidupan keluarga akan berdampak pada bergesernya nilai-nilai dan pandangan tentang kehidupan keluarga, dimana terjadi perubahan peran dari masing-masing anggota keluarga. Suriadi (2004) dukungan keluarga pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan berada pada tingkat dukungan tinggi dalam mendampingi pasien yang telah dilakukan tindakan pembedahan.

*Chobarumsitti* (2007) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah:

a. Usia

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan berarti telah mengalami proses belajar yang lebih sering dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar.

**Universitas Indonesia**

c. Ketidakmampuan memahami informasi

Pelaksanaan operasi memerlukan tindak lanjut setelah operasi selesai untuk memaksimalkan proses penyembuhan, pasien pastilah sudah mendapatkan informasi tentang apa yang seharusnya dilakukan setelah operasi selesai. Namun banyak pasien yang kurang peduli dan bahkan tidak merespon informasi yang diberikan, sehingga masa penyembuhan luka operasi dan hari perawatan cenderung bertambah lama.

d. Tingkat energi

Setiap orang yang melakukan mobilisasi jelas memerlukan tenaga atau energi, orang yang lagi sakit akan berbeda mobilitasnya di bandingkan dengan orang sehat

e. Kondisi patologik

Menurut Beyer (1997) faktor-faktor yang juga dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah gaya hidup, trauma, kebudayaan, pekerjaan dan tingkat kembangannya.

## 2.3 Pembedahan Digestif

### 2.3.1 Pengertian

Operasi adalah tindakan pembedahan yang melibatkan organ-organ tubuh manusia, yang mana pembedahan tersebut dapat dilakukan dengan cara terbuka (Higgins , Naumann & Hall, 2007). Bedah digestif adalah pembedahan dinding abdomen, saluran pencernaan (gastrointestinal) dan organ aksesori yang melibatkan banyak sistem tubuh.

### 2.3.2 Gambaran umum

Pembedahan dinding abdomen, saluran pencernaan (gastrointestinal) dan organ aksesori melibatkan banyak sistem tubuh. Organ yang tercakup dalam pembedahan gastrointestinal adalah organ aksesori



misalnya limpa, pankreas, hati, kandung empedu dan duktus serta struktur penunjang di abdomen (Smeltzer & Bare, 2008).

### 2.3.3 Jenis-jenis tindakan bidang bedah digestif

Jenis-jenis tindakan bidang bedah digestif sebagai berikut: laparotomi, torako-laparotomi, seksio cesaria, penutupan perforasi sederhana, pembuatan stoma, retoskopi/anuskopi, laparoskopik diagnostik, reseksi dan anastomosis usus, penanggulangan trauma hepar, splenektomi, drainage pankreatitis, pankreasektomi, eksteriorisasi, apendiktomi terbuka, kolesistektomi terbuka, gastroenterostomi, gastrektomi (*partial*), hemikolektomi, herniotomi, hemoroidektomi, fistulektomi, operasi hartmann, reseksi anterior sigmoid dan *bypass* enterotomi (Sukardja, 2002).

### 2.3.4 Diagnosa medis pasien bedah digestif

Diagnosa medis pasien bedah digestif sebagai berikut: trauma tajam abdomen, trauma tumpul abdomen, cedera limpa, trauma hepar (cedera hepar), karsinoma rekti, karsinoma lambung, karsinoma kolon, karsinoma pankreas, radang granulomatik usus, hernia, apendisitis, kholelitiasis, kolestasis, hemoroid, fistula perianal dan peritonitis umum (Sukardja, 2002).

### 2.3.5 Kontra indikasi mobilisasi dini pasca bedah digestif

Kontra indikasi mobilisasi dini pasca bedah menurut Smeltzer & Bare (2008) dapat berupa:

#### 2.3.5.1 Pasien dengan tindakan pembedahan digestif yang mempunyai penyakit penyerta infark miokard akut.

Infark miokard akut adalah suatu kondisi dimana terjadi injury pada otot jantung yang disebabkan karena kurangnya suplai oksigen. Pasien dengan infark miokard akut tidak diperbolehkan untuk dilakukan mobilisasi dini sebagaimana pasien yang lain disebabkan karena keterbatasan kemampuan

otot jantung dalam melakukan kompensasi terhadap peningkatan kebutuhan oksigen yang diperlukan saat pasien melakukan mobilisasi dini. Pembatasan mobilisasi ini diperlukan untuk mencegah perluasan injury yang sudah terjadi pada otot jantung.

#### 2.3.5.2 Disritmia jantung

Adalah kondisi dimana irama denyut jantung yang tidak teratur yang disebabkan oleh berbagai kondisi, salah satu diantaranya adalah karena ketidakseimbangan elektrolit dan kondisi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Pasien dengan disritmia tidak boleh dilakukan mobilisasi dini sebagaimana pasien lain untuk mencegah terjadinya progresivitas disritmia yang dirasakan oleh pasien.

#### 2.3.5.3 Adanya kemungkinan luka pasca bedah akan mengalami sepsis.

Pada pasien dengan sepsis atau ancaman sepsis yang menjadi prioritas penanganan adalah bagaimana mencegah terjadinya sepsis atau menyembuhkan sepsis yang amat mengancam kehidupan pasien, sehingga mobilisasi menjadi hal yang bukan prioritas dalam melakukan penanganan pada pasien. Pasien dengan kondisi sepsis yang harus menjadi perhatian adalah sedapat mungkin melakukan penghematan energy yang dimiliki oleh pasien untuk konsentrasi dalam pencegahan atau penyembuhan sepsisnya.

#### 2.3.5.4 Pasien yang mengalami kelemahan umum dengan tingkat energi yang kurang

Pasien dengan kondisi kelemahan umum tidak dapat dilakukan mobilisasi dini disebabkan karena keterbatasan kemampuan pasien untuk turut berpartisipasi dalam mobilisasi yang dilakukan. Apabila mobilisasi tetap dipaksakan maka akan terjadi injury baik pada sebagian system tubuh maupun pada seluruh system tubuh pasien akibat kurangnya

kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi jaringan.

2.3.5.5 Trauma reversibel pada sistem musculoskeletal: dislokasi sendi atau fraktur tulang yang dialami pasien (pasien dilakukan 2 tindakan pembedahan yang berbeda).

Pasien dengan dislokasi sendi yang berulang menjadi kontra indikasi dalam mobilisasi namun tidak mutlak., pasien tetap dapat dilakukan mobilisasi dengan intensitas dan proporsi sesuai dengan kemampuan dan kondisi persendian pasien. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah terjadinya osteo arthrititis akibat terlalu sering mengalami dislokasi. Sedangkan pada pasien dengan fraktur mobilisasi merupakan kontra indikasi karena tulang yang fraktur sebelum dilakukan fiksasi masih memerlukan imobilisasi untuk mencegah terjadinya pergerakan tulang yang berakibat terjadinya mal union proses penyembuhan tulang.

### **BAB 3**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

### **1.3 Kerangka Konsep**

Dalam kerangka konsep ini peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif. Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pasca bedah digestif antara lain stres pasca pembedahan, nyeri, pendidikan, keparahan/proses penyakit, kebudayaan, kecukupan/tingkat energi, usia serta status perkembangan penyakit dan dukungan keluarga. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca operasi bedah digestif.

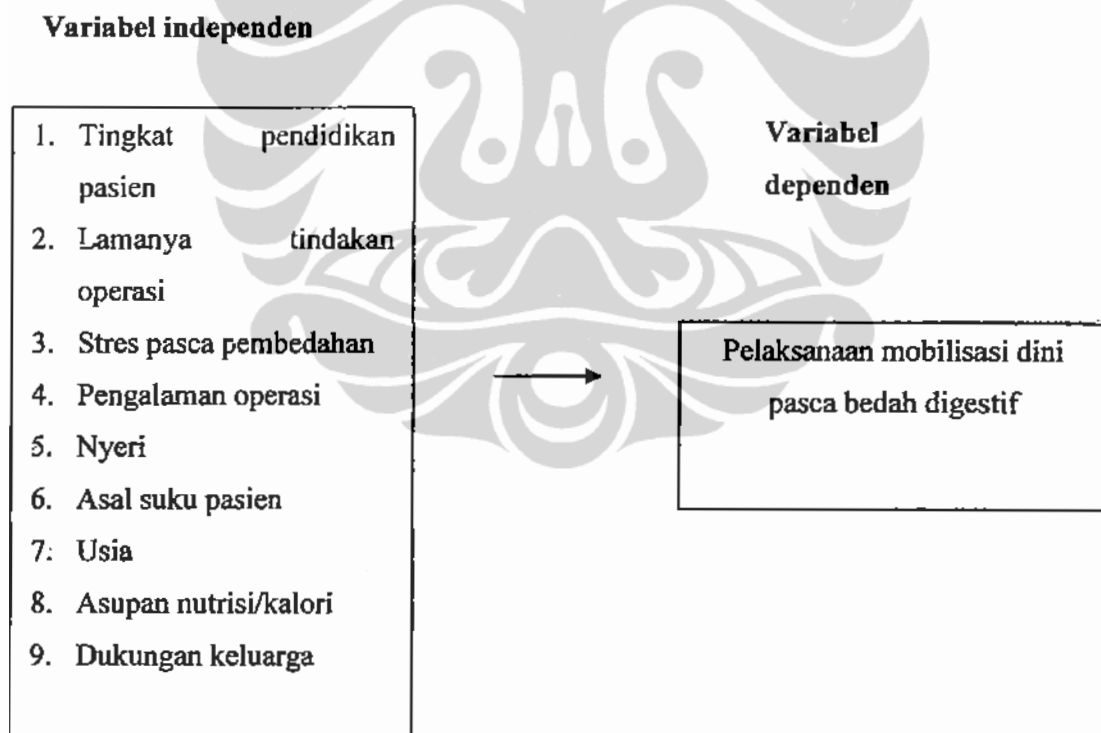
Penelitian ini didasari oleh banyaknya penyebab atau faktor yang menyebabkan pasien akan mau atau tidak melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif, dimana apabila penyebab ataupun faktor tersebut dapat diperkirakan maka dapat mengurangi kemungkinan komplikasi pasca bedah serta meminimalkan hari rawat pasien dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan pasien. Karena dengan diketahuinya faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini maka akan dapat memaksimalkan pelaksanaan mobilisasi yang harus dilakukan oleh pasien.

Menurut Kozeir (1998) faktor yang juga mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi pada pasien pasca bedah adalah gaya hidup, keparahan/proses penyakit, kebudayaan, kecukupan/tingkat energi, usia serta status perkembangan penyakit dan tipe persendian serta pergerakan sendi. Adapun menurut Beyer (1997) faktor-faktor yang juga dapat

mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca bedah adalah gaya hidup, trauma, kebudayaan, pekerjaan dan tingkat kembangannya.

Sedangkan menurut Mansjoer (1998) ada beberapa faktor lain yang juga dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi pasca bedah: faktor eksternal yang meliputi lingkungan sekitar, sosial budaya dan keluarga (dukungan keluarga seperti dukungan emosional, dukungan fisik, dukungan informasional, dukungan penghargaan), serta faktor internal meliputi pengetahuan, pengalaman, konflik dan banyaknya masalah. Hubungan antar variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel 3.1

Tabel 3.1  
Kerangka konsep penelitian



## **3.2 Hipotesis**

### **3.2.1 Hipotesis dalam penelitian ini adalah :**

- 3.2.1.1 Ada hubungan antara stres pasca pembedahan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.2 Ada hubungan antara nyeri dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.3 Ada perbedaan antara pengalaman operasi pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.4 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.5 Ada hubungan antara lamanya tindakan operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.6 Ada perbedaan antara asal suku pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.7 Ada hubungan antara asupan nutrisi/kalori dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.8 Ada hubungan antara usia dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.9 Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif
- 3.2.1.10 Ada faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif

### 3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.2 di bawah ini.

Tabel 3.2  
Definisi operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	SKALA UKUR	HASIL UKUR
Independen: Stres pasca pembedahan bedah digestif	Keadaan stres yang dialami oleh pasien yang telah melakukan tindakan operasi bedah digestif.	Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tingkat stres dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 7 butir pertanyaan, dengan skor : Skor: 0 jika jawaban kuesioner "tidak saya alami" Skor: 1 jika jawaban kuesioner "saya alami beberapa kali" Skor: 2 jika jawaban kuesioner "saya sering mengalami" Skor: 3 jika jawaban pertanyaan "saya	Ordinal	Nilai dari hasil skor dikelompokkan menjadi tingkat stres :  1. Stres ringan : apabila skor 0-9 2. Stres sedang: apabila skor 10-15 3. Stres berat: apabila skor 16-21

Nyeri	Keadaan/ra sa sakit yang dirasakan oleh pasien karena adanya luka operasi.	selalu mengalami” Dari total hasil jawaban dapat di nyatakan bahwa : Skor tertinggi: 21 Skor terendah: 0	Alat ukur adalah observasi dengan menggunakan 5 katagori pernyataan.	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa: 1. Tidak nyeri : apabila skor 0-1 2. Ringan : apabila skor 2-4 3. Sedang : apabila skor 5-7 4. Berat : apabila skor 8-10
Pengalaman operasi	Pernah tidaknya pasien melakukan tindakan operasi sebelumnya	Alat ukur observasi	Alat ukur observasi	Nominal	Hasil ukur yang dipakai berupa: 1. Pernah menjalani tindakan operasi 2. Belum pernah menjalani operasi
Usia	Usia biologis pasien yang menjalani tindakan operasi saat menjadi responden yang dihitung dalam tahun.	Alat ukur kuesioner	Alat ukur kuesioner	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa: 1. Remaja: 13-17 tahun 2. Dewasa muda: 18-25 tahun 3. Dewasa pertengahan: 25-38 tahun 4. Dewasa akhir: 38-65 tahun
Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir pasien yang pernah ditempuhny a.	Alat ukur kuesioner	Alat ukur kuesioner	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa: 1. Pendidikan dasar 2. SLTP/ sederajat 3. SLTA/ Sederajat 4. Sarjana Muda/ Diploma 5. Sarjana/ S1/ S2/ S3



Lamanya tindakan operasi	Berapa lama dalam hitungan jam pelaksanaan pembedahan dilakukan pada pasien bedah digestif	Observasi dari catatan medik tindakan operasi.	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa : 1. Ringan : Apabila lama operasi < 1 jam 2. Sedang : Apabila lama operasi 1-2 jam 3. Berat: Apabila lama operasi > 2 jam
Asupan nutrisi/kalori	Kesesuaian asupan nutrisi pasien atau jumlah kalori dalam memenuhi kebutuhan makan sehari-hari selama pasca pembedahan.	Alat ukur kuesioner	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa : 1. Baik :Apabila responden menjawab makan 3xsehari dan menghabiskan porsi yang disediakan oleh RS 2. Sedang:Apabila responden menjawab makan 2xsehari dan menghabiskan porsi yang disediakan oleh RS 3. Kurang : Apabila responden menjawab makan 1xsehari dan tidak menghabiskan porsi yang disediakan oleh RS
Asal suku pasien	Asal daerah pasien yang menjalani tindakan bedah digestif	Alat ukur kuesioner	Nominal	Hasil ukur yang dipakai berupa : 1. Suku Banjar 2. Suku Dayak 3. Suku Jawa 4. Suku Madura 5. Suku Bugis 6. Lain-lain
Dukungan keluarga	Adalah sikap dan tindakan yang dilakukan keluarga (suami, istri dan anak) dalam keluarga inti yang memberi	Alat yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga dengan menggunakan kuesioner atau pertanyaan sebanyak 7 butir pertanyaan dengan skor. a.Skor 1, jika	Ordinal	Hasil ukur yang dipakai berupa:  1. Dukungan rendah : Skor 0-1 2. Dukungan sedang : Skor 2-4 3. Dukungan tinggi : Skor 5-7

<p><b>Dependen</b> :</p>	<p>dorongan pada pasien untuk melakukan mobilisasi dini secepatnya.</p>	<p>jawaban kuesioner "ya" b.Skor 0, jika jawaban kuesioner "tidak" Dengan nilai tertinggi adalah 7 dan skor terendah adalah 0.</p>		
<p>Mobilisasi dini pasca bedah</p>	<p>Merupakan tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh pasien minimal 2 jam setelah operasi dilakukan sampai dengan 4 hari pasca operasi dimana pasien sudah mampu mandiri.</p>	<p>Alat ukur yang digunakan dengan cara observasi, yang terdiri dari 16 item komponen observasi tentang pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca operasi bedah. Nilai terendah adalah 0 sedangkan nilai tertinggi adalah 16, sehingga nilai interval adalah 0 – 16.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Nilai dari hasil skor dikelompokkan menjadi: 1. Melaksanakan mobilisasi: apabila skor antara 9-16 2. Tidak melaksanakan mobilisasi : apabila skor antara 0 – 8</p>

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian deskriptif korelasi yang bertujuan untuk menggambarkan hubungan di antara variabel- variabel (Burn & Grove, 1991 , dalam Sastroasmoro & Ismail, 2002). Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimen dengan tidak memberikan perlakuan dan menggunakan pendekatan desain penelitian *cross sectional*, yaitu penelitian yang bertujuan untuk mendiskripsikan atau menguraikan suatu keadaan dalam satu komunitas dan selanjutnya menjelaskan suatu keadaan tersebut melalui pengumpulan data atau pengukuran variabel korelasi yang terjadi pada objek penelitian secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmojo, 2007).

Pada penelitian ini peneliti mengambil data faktor–faktor yang berhubungan dengan mobilisasi meliputi stres pasca pembedahan, nyeri, pengalaman operasi pasien, tingkat pendidikan, lamanya tindakan operasi, asal suku pasien, asupan nutrisi/kalori, usia dan dukungan keluarga sebagai variabel independen dan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif sebagai variabel dependen. Kedua variabel ini diambil pada saat yang sama atau menggunakan pendekatan satu waktu. Maksud dari pendekatan satu waktu disini adalah tiap sesponden diobservasi hanya satu kali saja baik untuk variabel independen maupun variabel dependen.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2005). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien akan menjalani operasi bedah digestif dan

pasien yang telah menjalani tindakan operasi (pasca operasi) bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Di RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2009 jumlah populasi targetnya sebesar 657 pasien, di mana populasi target adalah populasi yang memiliki karakteristik klinis dan demografi tertentu, sedangkan populasi terjangkaunya diperkirakan sebanyak 55 pasien (hasil pembagian dari populasi target dibagi dalam 12 bulan/dalam 1 tahun), di mana populasi terjangkau adalah bagian dari ruang dan waktu tertentu (Sostroasmoro dan Ismai, 2002). Menurut penelitian terdahulu dari Setiawan (2007) persepsi pasien tentang pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca bedah digestif adalah negatif (tidak melaksanakan mobilisasi) sebesar 67,3%.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2005). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu penempatan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sampai batas waktunya terpenuhi dan sesuai kriteria inklusi, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Notoatmojo, 2007). Kriteria inklusi pada sampel ini adalah : a. Bersedia menjadi responden, b. Pasien yang dirawat di RSUD Ulin Banjarmasin yang sudah dilakukan tindakan operasi bedah digestif, c. Usia pasien terletak antara >13 sampai dengan < 65 tahun, d. pasien pasca operasi bedah digestif kurang dari 1 jam sampai dengan lebih dari 2 jam, e. Mampu berkomunikasi secara verbal dengan aktif dan f. pasien yang tanpa kontra indikasi pasca pembedahan. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah a. pasien yang melakukan  $\geq 2$  tindakan pembedahan pada saat bersamaan (1 kali operasi) tapi dengan diagnosa yang berbeda. Besar sampel dari penelitian ini adalah 52 pasien yang diperoleh dengan rumus Notoatmojo (2007), dari hasil rumus ditambah 10% untuk kemungkinan *drop out* maka besar sampel total menjadi 59 pasien.

Rumus:

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$55 \cdot 1,96^2 \cdot 0,67 \cdot 0,33$$

$$n = \frac{\quad}{(0,05)^2(55-1) + 1,96^2 \cdot (0,67 \cdot 0,33)}$$

$$n = 51,6$$

$$n = 52$$

Keterangan :

N = jumlah populasi terjangkau

n = besar sampel

Z $\alpha$  = nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,05$  (1,96)

p = perkiraan proporsi (67,3%)

q = 1 - p (100% - p)

d = kesalahan yang dipilih atau presisi (0,05)

#### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin khususnya ruangan bedah, di mana RSUD Ulin Banjarmasin merupakan rumah sakit rujukan di Kalimantan pada umumnya dan Kalimantan Selatan khususnya. RSUD Ulin Banjarmasin juga merupakan rumah sakit pendidikan dan belum pernah dilakukan penelitian seperti ini sebelumnya.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada 9 April 2010 sampai dengan 20 juli 2010.

## 4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu sistem nilai normal yang harus dipatuhi oleh penulis saat melakukan aktivitas penelitian yang melibatkan responden, meliputi kebebasan dari adanya ancaman, kebebasan dari eksploitasi keuntungan dari peneliti dan resiko yang didapat (Polit & Hungler, 1999, dalam Nursalam, 2003). Penulis meyakini bahwa responden dilindungi dengan memperhatikan aspek – aspek:

### 4.5.1 *Self determination*

Responden dalam penelitian ini diberikan kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak mengikuti kegiatan penelitian yang dilakukan peneliti secara sukarela. Jika calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti mengharuskan pada calon responden untuk mengisi dan menandatangani lembar *Informed consent*. Namun sebelumnya terlebih dahulu peneliti/asisten peneliti harus menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan serta cara dalam pengisian kuesioner yang disediakan. Jika calon responden tidak bersedia atau menolak maka peneliti berkewajiban untuk tidak memaksa calon responden tersebut untuk berperan serta dalam penelitian ini.

### 4.5.2 *Anonymity*

Selama waktu penelitian ini dilakukan responden yang bersedia ikut dalam penelitian hanya menggunakan nama inisial atau nomor urut sebagai inisial pengganti nama responden, Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dalam penelitian ini akan dijaga dengan baik, peneliti tidak akan memberitahukan apa yang telah responden katakan dan tuliskan pada orang lain dan peneliti menjamin informasi tersebut hanya untuk kepentingan penelitian.

### 4.5.3 *Protection from discomfort*

Responden yang mengikuti penelitian ini bebas dari rasa tidak nyaman, cemas dan takut akan keadaan/kondisinya sekarang dapat diketahui oleh orang lain, peneliti menjamin data dari responden tidak akan diketahui orang oleh lain.

#### 4.5.4 *Justice*

Responden semuanya diperlakukan secara proporsional dan mendapat hak dan perlakuan yang sama dalam penelitian, responden juga dapat mengundurkan diri dari penelitian jika merasa tidak nyaman dengan proses penelitian.

### 4.6 Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner dan observasi A dan instrumen observasi B, yang berisi pertanyaan-pertanyaan dan pernyataan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi sebagai kuesioner dan instrumen observasi A. Kuesioner dan pernyataan observasi tersebut dikembangkan oleh peneliti. Untuk mengetahui tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif valid atau belum maka peneliti melakukan uji validitas. Apabila hasil uji validitas yang telah dilakukan didapatkan hasil ada pertanyaan dan pernyataan yang hasilnya belum valid maka pertanyaan dan pernyataan tersebut direvisi dan dilakukan uji validitas lagi.

Khusus untuk kuesioner tentang faktor stres pasca pembedahan yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif dan instrumen observasi nyeri kuesioner dan pernyataan observasi di ambil dari Saryono (2010). Instrumen observasi B tentang pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif juga dikembangkan oleh peneliti, di mana instrumen observasi B juga dilakukan uji validitas dengan cara yang sama dengan kuesioner A. Distribusi instrumen penelitian pada masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

#### 4.6.1 Mengukur faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi

- 4.6.1.1 Stres pasca pembedahan: instrumen yang dipakai berupa kuesioner atau pertanyaan sebanyak 7 pertanyaan, kemudian dikelompokkan menjadi: 1. stres ringan apabila skornya 0-9, 2. stres sedang apabila skornya 10-14 dan 3. stres berat apabila skornya 15-19

- 4.6.1.2 Nyeri : menggunakan instrumen berupa observasi, hasil ukur yang digunakan berupa 1. Nyeri ringan apabila skor 3-4, 2. Nyeri sedang apabila skor 5-7, 3. Nyeri berat apabila skor 8-10, 4. Tidak nyeri 0-1.
- 4.6.1.3 Pengalaman operasi: menggunakan instrumen berupa observasi data rekam medik pembedahan, hasil ukur yang dipakai berupa: 1. Pernah menjalani tindakan operasi, 2. Belum pernah menjalani operasi
- 4.6.1.4 Usia: menggunakan instrumen berupa kuesioner yang di lihat dengan hasil ukur dihitung dalam tahun. Hasil ukur yang dipakai berupa: 1. remaja, 2. dewasa muda, 3. dewasa pertengahan dan 4. dewasa tua.
- 4.6.1.5 Tingkat pendidikan: menggunakan instrumen yang berupa kuesioner, yang dikelompokan menjadi: 1. Pendidikan dasar, 2. SMP/ sederajat, 3. SMA/ sederajat, 4. Sarjana Muda/diploma, 5. S1/S2
- 4.6.1.6 Lamanya tindakan operasi: instrumen yang digunakan berupa observasi dari catatan medik tindakan operasi. 1. ringan apabila lama operasi < 1 jam, sedang : 2. apabila lama operasi 1-2 jam, berat: apabila lama operasi >2 jam
- 4.6.1.7 Asupan nutrisi/kalori: instrumen yang digunakan berupa kuesioner.
- 4.6.1.8 Asal suku pasien: instrumen yang digunakan berupa kuesioner dengan hasil ukur yang dipakai berupa : 1. suku banjar, 2. suku dayak, 3. suku jawa, 4. suku madura, 5. suku bugis dan 6. lain-lain.
- 4.6.1.9 Dukungan keluarga: menggunakan instrumen berupa kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan. Jawaban dari pertanyaan akan diberi skor 1 jika jawaban kuesioner “ya” dan diberi skor 0 jika jawaban kuesioner “tidak”, dengan skor tertinggi 7 dan skor terendah adalah 0.



#### 4.6.2 Mengukur pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah observasi dengan 16 pernyataan tentang pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif. Setelah itu nilai akhir diklasifikasikan menjadi 2 kategori yaitu melaksanakan mobilisasi apabila skor yang didapat 9-16 dan tidak melaksanakan mobilisasi apabila skor yang didapat 0-8.

#### 4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Selanjutnya instrumen penelitian dilakukan uji coba instrumen untuk melihat validitas dan reliabilitas instrumen. Uji validitas dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya (Hastono, 2007). Bila  $r$ -hitung lebih besar dari  $r$ -tabel maka pertanyaan tersebut valid dan bila  $r$ -hitung lebih kecil dari  $r$ -tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid, dan perlu revisi. Setelah semua pertanyaan valid, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan menggunakan alpha cronbach dengan membandingkan nilai  $r$ -tabel dengan  $r$ -hitung. Dalam uji reliabilitas sebagai  $r$ -hitung adalah alpha cronbach. Jika alpha lebih dari  $r$ -tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 15 responden di ruang bedah RSUD Ulin Banjarmasin. Dari hasil uji coba instrumen penelitian diperoleh hasil dari 14 pertanyaan tentang faktor faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif (stres dan dukungan keluarga) terdapat 2 pertanyaan yang tidak valid ( $r$  hitung  $<$   $r$  tabel = 0,514), selanjutnya pertanyaan-pertanyaan yang tidak valid tersebut dilakukan perbaikan kalimat, sehingga tetap digunakan sebagai instrument penelitian. Setelah dilakukan uji validitas lagi didapatkan nilai  $r$  hitung 0,616-0,978  $>$   $r$  tabel, hal ini berarti semua pertanyaan valid. Kemudian dilanjutkan melihat hasil uji reliabilitas instrumen tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif (stres dan dukungan keluarga) diperoleh hasil  $r$  alpha antara 0,951-0,987  $>$   $r$  tabel 0,514, sehingga semua pertanyaan dinyatakan reliabel untuk penelitian.

Universitas Indonesia

Untuk instrumen observasi nyeri digunakan uji *Interrater Reliability* untuk 7 item pernyataan yang ada, dimana didapatkan hasil pada uji kappa menunjukkan nilai koefisien antara 0,800-0,844, jadi  $p \text{ value} < \alpha (0,720)$  dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara persepsi aspek yang diamati antara peneliti dan asisten peneliti. Sedangkan untuk instrumen observasi pelaksanaan mobilisasi dini juga digunakan uji *Interrater Reliability* untuk 16 item pernyataan yang ada, dimana didapatkan hasil pada uji kappa menunjukkan nilai koefisien antara 0,737-1,000 ( $>0,720$ ), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara persepsi aspek yang diamati antara peneliti dan asisten peneliti.

#### 4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh perawat ruangan sebagai asisten peneliti, perawat yang menjadi asisten peneliti adalah perawat diruangan bedah RSUD Ulin Banjarmasin dengan kriteria pendidikan S1 keperawatan. Adapun prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini , sebagai berikut :

##### 4.8.1 Prosedur administratif

- 4.8.1.1 Peneliti mengajukan surat ijin penelitian dari fakultas
- 4.8.1.2 Menyampaikan surat ijin dari fakultas ke pada direktur RSUD Ulin Banjarmasin
- 4.8.1.3 Mendapatkan surat ijin dari RSUD Ulin Banjarmasin yang digunakan peneliti untuk melakukan penelitian

##### 4.8.2 Prosedur Teknik

- 4.8.2.1 Mengidentifikasi beberapa (3 orang) asisten peneliti yaitu tenaga perawat ners dan memiliki pengalaman kerja minimal 5 tahun diruangan yang dijadikan tempat penelitian. Asisten peneliti mempunyai peran sama seperti peneliti (melakukan pendekatan kepada calon responden, memberikan penjelasan mengenai penelitian, memberikan *informed consent*, menggali dan mengumpulkan data baik dengan wawancara ataupun

observasi). Peran ini terutama dilakukan pada saat peneliti tidak dinas/berada di rumah sakit.

- 4.8.2.2 Memberikan pelatihan/pengarahan kepada asisten peneliti tentang prosedur dan cara mengisi kuesioner dan cara melakukan observasi.
- 4.8.2.3 Menentukan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dengan cara peneliti/asisten peneliti melihat catatan rekam medik responden di ruangan bedah RSUD Ulin Banjarmasin dan menyesuaikan diagnosa medis calon responden yang ada merupakan salah satu tindakan bedah digestif, kemudian disesuaikan lagi oleh peneliti/asisten peneliti apakah calon responden ini dengan kriteria inklusi yang lain.
- 4.8.2.4 Memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan kepada setiap responden
- 4.8.2.5 Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden setelah menyetujui sebagai partisipan dalam penelitian yang dilakukan
- 4.8.2.6 Membagikan kuesioner pada responden untuk diisi bagi responden yang mampu mengisinya sendiri dan melakukan wawancara untuk responden yang tidak mampu mengisi kuesionernya sendiri.
- 4.8.2.7 Melakukan observasi untuk pelaksanaan mobilisasi dini
- 4.8.2.8 Mengambil kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden sendiri dan dari asisten, kemudian mengoreksinya, apabila ada kekurangan dalam pengisian pertanyaan kuesioner maka responden diminta untuk melengkapinya.

## **4.9 Analisa Data**

### **4.9.1 Pengolahan data**

Semua kuesioner dan pernyataan observasi yang telah diisi oleh responden serta hasil pengamatan yang telah diisi dilakukan pengolahan data dengan langkah :

#### 4.9.1.1 *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan selama peneliti melakukan kegiatan pengambilan data responden. Peneliti memeriksa kembali semua kelengkapan yang harus ada pada lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden seperti kelengkapan dari jawaban yang diberikan, kejelasan dari jawaban dan konsistensi dari jawaban responden termasuk hasil observasi yang telah dilakukan oleh asisten peneliti.

#### 4.9.1.2 *Coding*

Mengklasifikasikan data jawaban menurut katagori masing-masing dan peneliti memberikan kode atau lambang untuk memudahkan pengolahan data dalam proses tabulasi dan analisis data.

#### 4.9.1.3 *Entry data*

Kegiatan untuk memasukkan data kedalam komputer, peneliti memasukkan setiap nilai dari jawaban responden kedalam komputer untuk selanjutnya dilakukan pemrosesan data agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisis.

#### 4.9.1.4 *Cleaning data*

Peneliti memeriksa kembali data yang sudah masuk di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak, apabila ada kesalahan maka peneliti dapat langsung mengoreksinya kembali.

### 4.9.2 Analisis Data

#### 4.9.2.1 Analisis univariat

Analisis ini dilakukan bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi atau proporsi dari setiap variabel yang diteliti (variabel indenpenden, variabel pengganggu dan variabel dependen), sedangkan bentuk penyajian datanya dengan presentasi dan proporsi (Hastono, 2007). Variabel indenpenden yang ada dalam penelitian ini seperti; tingkat

pendidikan, keparahan/proses penyakit, stres pasca pembedahan, pekerjaan, pengalaman, asal suku, usia, kecukupan/tingkat energi dan dukungan keluarga bersifat katagorik, menggambarkan proporsi maka akan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentasi. Sedangkan pada variabel dependen yaitu pelaksanaan mobilisasi juga bersifat katagorik maka akan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentasi.

#### 4.9.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, apakah ada hubungan yang signifikan antara ke dua variabel (Hastono, 2007). Karena variabel independennya berbentuk katagorik dan variabel dependennya juga berbentuk katagorik maka uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*, yang secara jelas dapat dilihat pada tabel uji statistik bivariat dibawah ini.

Table 4.1

#### Uji statistik bivariat

Variable independen	Variable dependen	Jenis Uji Statistik
Faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini pasca bedah digestif: 1. Tingkat pendidikan 2. Keparahan/proses penyakit 3. Stres pasca pembedahan 4. Nyeri 5. Pengalaman 6. Kebudayaan 7. Usia 8. Kecukupan/tingkat energi 9. Dukungan keluarga	Pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif	<i>Uji Chi-Square</i>

#### 4.9.2.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menilai variabel yang mempunyai hubungan signifikan atau yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Analisis multivariat yang digunakan adalah uji *regresi logistik* dengan *confidential interval 95%*.



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada bab ini disajikan hasil analisis dari penelitian yang telah dilakukan peneliti pada pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Hasil penelitian ini meliputi analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, antara lain faktor stres pasca bedah, nyeri, pengalaman operasi, usia pasien, tingkat pendidikan pasien, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien, dukungan keluarga dan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Bab ini juga menampilkan faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Gambaran selengkapnya hasil analisis penelitian yang telah dilaksanakan adalah sebagai berikut:

#### **5.1 Analisis Univariat**

Pembahasan univariat ini peneliti ingin menjelaskan distribusi responden berdasarkan variabel independen dan dependen: stres pasca bedah digestif, nyeri, pengalaman operasi, usia pasien, tingkat pendidikan pasien, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien, dukungan keluarga dan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Hasil analisis disajikan pada tabel berikut ini:

Tabel 5.1  
 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Stres, Nyeri, Pengalaman  
 Operasi, Usia dan Tingkat Pendidikan Pasien Pasca Bedah Digestif  
 di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010

(N=59)

Variabel	Jumlah	Persentasi (%)
<b>Stres Pasca bedah</b>		
Stres ringan	27	45,8%
Stres sedang	26	44,1%
Stres berat	6	10,2%
<b>Nyeri pasca operasi</b>		
Tidak nyeri	10	16,9%
Nyeri ringan	29	49,2%
Nyeri sedang	20	33,9%
Nyeri berat	0	0%
<b>Pengalaman operasi</b>		
Pernah operasi	8	13,6%
Tidak pernah operasi	51	86,4%
<b>Usia</b>		
Remaja	1	1,7%
Dewasa muda	14	23,7%
Dewasa pertengahan	29	49,2%
Dewasa akhir	15	25,4%
<b>Tingkat pendidikan</b>		
SD	13	22,0%
SLTP	9	15,3%
SLTA	20	33,9%
Diploma	11	18,6%
Sarjana	6	10,2%

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa 27 (45,8%) responden mengalami stres ringan dan terdapat responden yang mengalami stres berat pasca pembedahan digestif yaitu 6 pasien (10,2%). Responden pasca bedah digestif yang mengalami nyeri sedang yaitu 20 pasien (33,9%).

Tabel yang sama menunjukkan bahwa berdasarkan pengalaman operasi, mayoritas responden belum pernah menjalani tindakan operasi



sebelumnya yaitu 51 pasien (86,4%). Sedangkan berdasarkan usia, sebagian dari total responden berada dalam kelompok usia dewasa pertengahan (25-38 tahun) yaitu 29 pasien (49,2%). Responden yang berada dalam kelompok usia remaja (13-17 tahun) yaitu 1 pasien (1,7%). Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikan diperoleh hasil bahwa kebanyakan responden berpendidikan SLTA yaitu 20 orang (39,9%) dan responden yang berpendidikan SD yaitu 13 pasien (22%).



**Universitas Indonesia**

Tabel 5.2  
 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien, Kecukupan Energi, Asal Suku Pasien, Dukungan Keluarga dan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah Digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
 (N=59)

Variabel	Jumlah	Persentasi (%)
<b>Tingkat Keparahan</b>		
Ringan	20	33,9%
Sedang	30	50,8%
Berat	9	15,3%
<b>Kecukupan Energi</b>		
Baik	15	25,4%
Sedang	28	47,5%
Kurang	16	27,1%
<b>Asal suku pasien</b>		
Banjar	44	74,6%
Jawa	6	10,2%
Lain-lain	9	15,3%
<b>Dukungan keluarga</b>		
Kurang	11	18,6%
Sedang	18	30,5%
Tinggi	30	50,8%
<b>Mobilisasi dini</b>		
Mobilisasi	39	66,1%
Tidak mobilisasi	20	33,9%

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa berdasarkan tingkat keparahan, responden yang mengalami tingkat keparahan sedang yaitu 30 pasien (50,8%) dan responden yang mengalami tingkat keparahan berat yaitu 9 pasien (15,3%). Sedangkan berdasarkan tingkat kecukupan energi, yang mempunyai tingkat kecukupan energi pada keadaan sedang yaitu 28 pasien (47,5%) dan responden yang mempunyai tingkat kecukupan energi pada keadaan baik yaitu 15 pasien (25,4%).

Masih pada tabel 5.2 responden berdasarkan asal suku pasien mayoritas responden berasal dari suku banjar yaitu 44 pasien (74,6%). Sedangkan dukungan keluarga yang diterima pasien pasca bedah digestif yang mendapat dukungan keluarga tinggi yaitu 30 pasien (50,8%) dan terdapat responden yang mendapat dukungan keluarga kurang yaitu 11 pasien (18,6%). Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa mayoritas responden melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif yaitu sebanyak 39 pasien (66,1%).

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah stres pasca bedah, nyeri, pengalaman operasi, usia pasien, tingkat pendidikan pasien, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien, dukungan keluarga. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Untuk mencari hubungan antara variabel tersebut dilakukan dengan uji *Chi-Square*. Uji ini digunakan karena kedua variabel berbentuk katagorik. Analisis menggunakan *Chi-Square* dilakukan secara berturut-turut sesuai dengan jumlah variabel yang ada, baik variabel independen maupun variabel dependen, termasuk menggabungkan katagorik-katagorik apabila ada diantara variabel yang diuji menggunakan *chi-square* tidak memenuhi syarat ujinya. Hasil analisis selengkapnya dalam penelitian ini dapat di lihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.3  
 Hubungan Tingkat Stres Digestif dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini  
 Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
 ( N = 59)

Tingkat Stres Pasien	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value
	Dini		Tidak			
	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi				
	n	%	n	%	n	%
Stres ringan	22	81,5	5	18,5	27	100
Stres sedang	17	53,1	15	38,5	32	100
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.3 diperoleh data bahwa responden yang mengalami stres ringan dan melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif sebanyak 22 orang (81,5%) dan responden yang mengalami stres sedang dan melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif yaitu sebanyak 17 orang (53,1%). Sedangkan responden yang mengalami stres sedang dan tidak melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif yaitu sebanyak 15 orang (46,9%) dan responden yang mengalami stres ringan dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 5 orang (18,5%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,044 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat stres pasien pasca bedah digestif dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.4  
 Hubungan Nyeri Pasca Bedah Digestif dengan Pelaksanaan Mobilisasi  
 Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
 (N = 59)

Nyeri	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value
	Dini		Tidak			
	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi	n	%
Tidak Nyeri	9	90,0	1	10,0	10	100
Nyeri Ringan	23	79,3	6	20,7	29	100
Nyeri Sedang	7	35,0	13	65,0	20	100
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.4 diperoleh data bahwa responden yang mengalami nyeri ringan dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 23 orang (79,3%) dan responden yang mengalami nyeri sedang dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 7 orang (35%). Sedangkan responden yang mengalami nyeri sedang dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 13 orang (65%) dan responden yang tidak mengalami nyeri dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 1 orang (10%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,001, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara nyeri pasca bedah digestif dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.5  
Perbedaan Pengalaman Operasi Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi  
Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
( N = 59)

Pengalaman Pasien	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value
	Dini		Tidak			
	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi				
	n	%	n	%	n	%
Pernah Operasi	4	50,0	4	50,0	8	100
Tidak Pernah Operasi	35	68,6	16	31,4	51	100
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100

Hasil analisis perbedaan pada tabel 5.5 diperoleh data bahwa responden yang pernah ada pengalaman operasi sebelumnya dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 4 orang (50%) dan responden yang tidak pernah ada pengalaman operasi sebelumnya dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 35 orang (68,6%). Sedangkan responden yang pernah ada pengalaman operasi sebelumnya dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 4 orang (50%) dan responden yang tidak pernah ada pengalaman operasi sebelumnya dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 16 orang (31,4%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,258, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengalaman operasi pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.6  
 Hubungan Usia Pasien Pasca Bedah Digestif dengan Pelaksanaan  
 Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin,  
 Mei 2010  
 (N = 59)

Usia Pasien	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value
	Dini		Tidak			
	Mobilisasi	Tidak	Mobilisasi	Tidak		
	n	%	n	%	n	%
Dewasa Muda	9	60	6	40	26	100
Dewasa Pertengahan	19	65,5	10	34,5	29	100
Dewasa Akhir	11	73,3	4	26,7	15	100
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.6 diperoleh data bahwa responden yang berada dalam rentang usia dewasa pertengahan dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 19 orang (65,5%) dan responden yang berada dalam rentang usia dewasa muda dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 9 orang (60%). Sedangkan responden yang berada dalam rentang usia dewasa pertengahan dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 10 orang (34,5%) dan yang berada dalam rentang usia dewasa akhir dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 4 orang (26,7%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,739, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia pasien

dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.7

Hubungan Tingkat Pendidikan Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010 (N = 59)

Tingkat Pendidikan Pasien	Pelaksanaan Mobilisasi						P value
	Dini				Total		
	Mobilisasi		Tidak Mobilisasi				
	n	%	n	%	n	%	
SD	6	27,3	16	72,7	22	100	0,000
SLTA	18	90	2	10	20	100	
Diploma	15	88,2	2	11,8	17	100	
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100	

Hasil hubungan pada tabel 5.7 diperoleh data bahwa responden dengan tingkat pendidikan SLTA dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 18 orang (90%) dan responden dengan tingkat pendidikan SD dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 6 orang (27,3%). Sedangkan responden pasca bedah digestif dengan tingkat pendidikan SD dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 16 orang (72,7%) dan responden dengan tingkat pendidikan diploma dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 2 orang (11,8%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan



yang signifikan antara tingkat pendidikan pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.8

Hubungan Lamanya Tindakan Operasi dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
( N = 59)

Lamanya Tindakan Operasi	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value	
	Dini		Tidak				
	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi	n	%	n	%	
Ringan	18	90,0	2	10	20	100	
Sedang	18	60,0	12	40,0	30	100	0,007
Berat	3	33,3	6	66,7	9	100	
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.8 diperoleh data bahwa responden yang mengalami tindakan operasi ringan dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 18 orang (90%) dan responden yang mengalami tingkat keparahan berat dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 3 orang (33,3%). Sedangkan responden yang mengalami tindakan operasi sedang dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 12 orang (40%) dan responden yang mengalami tingkat keparahan ringan dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 2 orang (10%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,007, maka dapat disimpulkan bahwa ada

hubungan yang signifikan antara tingkat keparahan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.9  
Hubungan Asupan Nutrisi/Kalori dengan Pelaksanaan Mobilisasi  
Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
( N = 59)

Asupan Nutrisi/Kalori	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value
	Dini		Tidak			
	Mobilisasi	Tidak Mobilisasi	n	%		
Baik	13	86,7	2	13,3	15	100
Sedang	18	64,3	10	35,7	28	100
Kurang	8	50	8	50	16	100
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.9 diperoleh data bahwa responden yang memiliki asupan nutrisi/kalori sedang dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 18 orang (64,3%) dan responden yang memiliki asupan nutrisi/kalori kurang dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 8 orang (50%). Sedangkan responden yang memiliki asupan nutrisi/kalori sedang dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 10 orang (35,7%) dan responden yang memiliki asupan nutrisi/kalori baik dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 2 orang (13,30%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,094, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan nutrisi/kalori pasca bedah

digestif dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.10  
Perbedaan Asal Suku Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien  
Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
(N = 59)

Asal Suku Pasien	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value	
	Dini		Tidak				
	Mobilisasi	Tidak	Mobilisasi				
	n	%	n	%	n		%
Banjar	26	59,1	18	40,9	44	100	0,103
Lain-lain	13	86,7	2	13,3	15	100	
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100	

Hasil analisis perbedaan pada tabel 5.10 diperoleh data bahwa responden yang berasal dari suku banjar dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 26 orang (59,1%). Sedangkan responden yang berasal dari suku banjar dan tidak melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 18 orang (40,9%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,103, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara asal suku pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 5.11  
 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini  
 Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010  
 ( N = 59)

Dukungan Keluarga	Pelaksanaan Mobilisasi				Total	P value	
	Dini		Tidak				
	Mobilisasi	Tidak	Mobilisasi	Tidak			
	n	%	n	%			n
Kurang	0	0	11	100	7	100	
Sedang	13	72,2	5	27,8	18	100	0,000
Tinggi	26	76,5	8	23,5	34	100	
Jumlah	39	66,1	20	33,9	59	100	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.11 diperoleh data bahwa responden yang mendapatkan dukungan keluarga tinggi dan melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 26 orang (76,5%) dan responden yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dan melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 13 orang (72,2%). Sedangkan responden pasca bedah digestif yang tidak melaksanakan mobilisasi dini dan mendapatkan dukungan keluarga tinggi yaitu sebanyak 8 orang (23,5%) dan responden yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dan tidak melaksanakan mobilisasi dini yaitu sebanyak 5 orang (27,8%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

### 5.3 Analisis Multivariat

#### 5.3.1 Seleksi kandidat

Masing – masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen, bila hasil bivariat menghasilkan p value < 0,25 maka variable tersebut langsung masuk tahap multivariat. Sebelumnya juga perlu dilakukan seleksi variabel yang harus dilakukan *dummy* karena data berjenis katagorik dengan isi > 2 nilai/kelompok. Dari semua variabel yang akan dilakukan seleksi bivariat variabel stres, pengalaman dan suku tidak dilakukan *dummy* karena memiliki 2 nilai/kelompok saja. Hasil seleksi kandidat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.12

Seleksi Kandidat Bivariat Uji Regresi Logistik Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010

No	Variabel	P value	OR	95% CI
1.	Stres	0,020	3,882	1,177-12,809
2.	Nyeri	0,000	0,001	2,481-29,048
3.	Pengalaman	0,312	0,457	0,101-2,063
4.	Usia	0,736		
5.	Tingkat Pendidikan	0,000		
6.	Tingkat Keparahan	0,005		
7.	Tingkat Kecukupan Energi	0,078		
8.	Asal Suku Pasien	0,039	0,740	0,537-1,020
9.	Dukungan Keluarga	0,012	0,239	0,076-0,751

Ket: P value < 0,25 akan masuk kemudian ke pemodelan selanjutnya

Hasil seleksi kandidat dari semua variabel independen, hanya variabel pengalaman dan usia yang menghasilkan p value  $> 0,25$ , sehingga akan dikeluarkan dari proses pemodelan. Sedangkan variabel-variabel stres, nyeri, tingkat pendidikan, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien dan dukungan keluarga menghasilkan p value  $< 0,25$  dan akan masuk ke pemodelan selanjutnya.

### 5.3.2 Pemodelan multivariat

Pemodelan dilakukan dengan menganalisa semua variabel independen yang masuk dalam pemodelan selanjutnya yaitu stres, nyeri, tingkat pendidikan, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien dan dukungan keluarga dengan variabel dependen yaitu pelaksanaan mobilisasi dini. Pada pemodelan ini sebelumnya juga perlu dilakukan seleksi variabel yang harus dilakukan *dummy* karena data berjenis katagorik dengan isi  $> 2$  nilai/kelompok. Dari semua variabel yang akan masuk ke pemodelan selanjutnya adalah variabel stres dan suku tidak dilakukan *dummy* karena memiliki 2 nilai/kelompok saja. Hasil seleksi pemodelan selanjutnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.13  
 Hasil Seleksi yang Masuk Pemodelan Multivariat Analisis Faktor-Faktor  
 yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca  
 Bedah digestif  
 di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010

No	Variabel	Wald	P value	OR	95% CI
1.	Stres	3,305	0,69	5,515	0,875-34,753
2.	Nyeri (1)	0,416	0,519	1,903	0,269-13,455
3.	Tingkat Pendidikan	4,411	0,110		
	Tingkat Pendidikan (1)	0,557	0,455	0,493	0,077-3,155
	Tingkat Pendidikan (2)	4,404	0,036	0,061	0,004-0,831
4.	Tingkat Keparahan	3,827	0,148		
	Tingkat Keparahan (1)	1,544	0,214	3,599	0,477-27,126
	Tingkat Keparahan (2)	1,745	0,053	36,004	0,955-1357,116
5.	Tingkat Kecukupan Energi	1,467	0,480		
	Tingkat Kecukupan Energi (1)	1,427	0,232	4,342	0,390-48,327
	Tingkat Kecukupan Energi (2)	0,956	0,328	3,762	0,264-53,573
6.	Asal Suku Pasien	2,463	0,119	0,641	0,366-1,121
7.	Dukungan Keluarga (1)	0,334	0,564	0,564	0,081-3,945

Ket : P value > 0,05 akan bertahap dikeluarkan dari pemodelan selanjutnya,  
 dimulai dari yang p value terbesar.

Pemodelan ini dilakukan dengan mengeluarkan variabel yang nilai  $p > 0,05$  dimana variabel dengan nilai  $p$  paling besar dikeluarkan dari model secara bertahap, pengeluaran dimulai dari variabel dukungan keluarga ( $p$  value = 0,564) yang kemudian di olah lagi dengan cara yang sama dan apabila masih ada variabel yang nilai  $p > 0,05$  maka dikeluarkan lagi dari pemodelan dan demikian seterusnya sampai ditemukan semua variabel yang tersisa nilai  $p < 0,05$ . Hasil akhirnya pemodelan setelah variabel dikeluarkan dan didapat nilai  $p < 0,05$  dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.14  
Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, Mei 2010

No	Variabel	P value	OR	95% CI
1.	Stres	0,016	5,526	1,371-22,274
2.	Tingkat Pendidikan	0,006		
	Tingkat Pendidikan (1)	0,062	0,254	0,061-1,068
	Tingkat pendidikan (2)	0,002	0,023	0,002-0,248

Hasil analisis didapatkan bahwa variabel stres merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin. Dengan nilai *odds ratio* (OR) 5,526 memiliki arti bahwa pasien yang mengalami stres ringan pasca bedah digestif akan mampu melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif 5,526 kali lebih baik dibandingkan pasien yang mengalami stres pada tingkat sedang setelah dikontrol oleh variabel tingkat pendidikan.



## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian berdasarkan tujuan penelitian, tinjauan teori, dan hasil penelitian sebelumnya. Pembahasan ini terdiri atas interpretasi, diskusi hasil, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian dalam keperawatan.

#### 6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

##### 6.1.1 Hubungan stres dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,044$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara stres pasca pembedahan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Menurut Wicaksono (1992) stres adalah segala masalah atau tuntutan penyesuaian diri terhadap sesuatu yang mengganggu keseimbangan dalam kehidupan seseorang, bila individu tersebut tidak dapat mengatasinya dengan baik akan timbul gangguan badan dan jiwa. Pernyataan ini diperkuat oleh pernyataan Hawari (2007) bahwa pada saat tuntutan pada diri seseorang itu melampaui dari kemampuannya, maka orang yang mengalami keadaan demikian tersebut dapat dikatakan mengalami stres.

Sedangkan Prawitasari (2008) menyatakan bahwa stres merupakan suatu kondisi yang dialami yang merupakan kumpulan-kumpulan gangguan fisik seperti adanya luka yang dialami individu saat tindakan pembedahan atau luka karena penyakit, gangguan jasmani dan rohani yang disebabkan karena ketidakmampuan manusia menghadapi tekanan-tekanan fisik terutama tekanan psikologis. Keadaan tersebut dapat menyebabkan individu kurang ada keinginan untuk melakukan aktivitas mandiri dalam keseharian.

Penyataan di atas tersebut diperkuat oleh penelitian Soewadi (1997) bahwa pasca pembedahan bedah digestif pasien terus dituntut untuk dengan cepat memulihkan kondisi tubuhnya dengan cara melakukan tahapan mobilisasi yang sudah pernah diajarkan, namun apabila tuntutan yang datang dari luar dan dalam pikiran sendiri semakin banyak, kemungkinan stres yang dihadapi akan lebih berat dan dapat menyebabkan pasien tidak melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Tinggi rendahnya stres pada pasien pasca operasi tergantung pada pengadaptasian *stressor* masing-masing individu, dimana terjadi tuntutan kemampuan dalam menghadapi *stressor* baik fisik, jasmani dan rohani. Semakin berat *stressor* yang dihadapi oleh pasien maka akan semakin sulit pasien dapat melakukan tahapan rehabilitasi pasca pembedahan, seperti melakukan pergerakan atau mobilisasi dini.

Menurut peneliti kemungkinan stres juga merupakan respon tubuh seseorang menghadapi berbagai tuntutan dalam kehidupan dimana tuntutan tersebut ada yang datang dari luar atau tuntutan yang datang dari pikiran sendiri. Pasien pasca bedah digestif yang mengalami keadaan stres karena tuntutan yang dihadapi semakin banyak, kecenderungan pasien akan fokus pada tuntutan kehidupan dan akan mengabaikan tahapan pengobatan yang seharusnya dilakukan sekarang termasuk melakukan mobilisasi dini.

Berdasarkan paparan yang ada di atas dapat dikatakan bahwa banyak *stressor* yang dialami oleh pasien baik dari lingkungan luar maupun lingkungan dalam diri pasien sendiri dan apabila pasien mampu mengatasinya dengan baik maka pelaksanaan mobilisasi pasca bedah digestif yang dihadapi akan dapat dilaksanakan dengan baik.

### 6.1.2 Hubungan nyeri dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,001$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara nyeri pasca pembedahan digestif dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Menurut Potter & Perry (2006) nyeri termasuk kondisi dari sisa pembedahan yang tak dapat dihindari, tetapi nyeri merupakan kondisi yang sering dihadapi oleh sebagian besar pasien. Dimana nyeri sisa pembedahan merupakan pengalaman sensorik dan motorik yang tidak menyenangkan serta berhubungan dengan jaringan yang rusak, cenderung rusak atau segala sesuatu yang menunjukkan kerusakan.

Ringan dan beratnya rasa nyeri pasca bedah juga sangat dipengaruhi keadaan fisik, psikis atau emosi, karakter individu dan sosial kultural maupun pengalaman masa lalu terhadap rasa nyeri. Tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca bedah juga mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien Jorgen dan Kehlet (2006, dalam Chaturvedi & Chaturvedi, 2007). Menurut Unruh & Henriksson (2002) ringan dan berat nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca pembedahan sangat mempunyai pengaruh besar kenapa pasien tidak mau melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Pasien yang mengalami nyeri pasca cenderung tidak melakukan mobilisasi dini pasca bedah diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Moddeman (2000) bahwa intensitas nyeri pasca bedah abdomen akan berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan mobilisasi pasca operasi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien akan cenderung sulit melakukan mobilisasi dini karena cenderung berfokus pada rasa nyeri yang dirasakannya dan kurang peduli dengan tindakan mobilisasi pasca bedah yang seharusnya dilakukan.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang ada bahwa umumnya orang yang sering mengalami nyeri dalam hidupnya cenderung mengantisipasi terjadinya nyeri yang lebih hebat sehingga mengabaikan apa yang seharusnya dia lakukan, walaupun yang seharusnya dia lakukan tersebut bersifat positif dan bermanfaat bagi dirinya (Jovey, 2002).

Menurut peneliti kemungkinan pasien yang mengalami nyeri pasca operasi bedah digestif memang cenderung akan tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan pasca bedah digestif tersebut seperti pelaksanaan mobilisasi dini. Mereka mungkin berpikir bahwa akan terasa nyeri apabila melakukan pergerakan, sedangkan tidak bergerakpun terkadang nyeri pasca bedah digestif juga terjadi, meskipun sudah pernah mendapat penjelasan sebelumnya bahwa biarpun nyeri harus tetap melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif agar kemandirian dapat segera tercapai.

Berdasarkan paparan yang ada diatas dapat dikatakan bahwa pasien yang mengalami nyeri pada tingkat ringan akan mempunyai keinginan untuk melaksanakan mobilisasi pasca bedah digestif dengan baik, namun apabila nyeri pasca bedah digestif yang dirasakan pasien pada tingkat berat maka pelaksanaan mobilisasi pasca bedah digestif kurang dilakukan oleh pasien.

#### 6.1.3 Perbedaan pengalaman operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,424$  maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengalaman operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Perry et al (1994) yang menemukan bahwa 39% pasien dengan pembedahan abdomen mempunyai kemampuan untuk mobilisasi pasca bedah yang lebih baik dari pada pasien yang belum pernah melakukan tindakan pembedahan abdomen sebelumnya. Namun sebagian besar sisanya 61%

pasien tidak melakukan mobilisasi pasca bedah abdomen walaupun pernah menjalani tindakan pembedahan abdomen sebelumnya. Dimana juga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pengalaman operasi sebelumnya dengan mobilisasi pasca bedah yang seharusnya dilakukan.

Menurut peneliti kemungkinan responden yang pernah mengalami tindakan pembedahan sebelumnya belum tentu akan memiliki keinginan yang tinggi untuk melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif yang dia alami sekarang, dibandingkan responden yang tidak pernah mengalami tindakan pembedahan sebelumnya. Karena pengalaman operasi yang pernah dialami oleh pasien sebelumnya belum tentu berpengaruh pada keinginan mobilisasi dini pasca pembedahan yang sekarang dialami oleh pasien. Hal ini diperkuat oleh Potter & Perry (2006) bahwa bila nyeri pasca bedah dapat dihilangkan atau berkurang, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk melakukan tahapan rehabilitasi pasca bedah, bukan karena pernah tidaknya individu tersebut melakukan/mengalami operasi sebelumnya.

Beberapa pasien yang pernah mengalami tindakan operasi menurut peneliti kemungkinan menyadari secara jelas pentingnya pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif karena sudah pernah ada pengalaman sebelumnya. Menurut Melzack & Casay (2007) pengalaman seseorang pada masa lalu dapat berpengaruh pada memori yang terjadi sekarang karena adanya proses pengontrolan pusat pada neurokortek dan dipengaruhi oleh pengalaman masa lampau. Demikian juga Price & Wilson (2007) menyatakan bahwa ketika aktivitas yang dilakukan individu tersebut sering mempengaruhi, maka dapat dijelaskan mengapa rangsangan ringan menimbulkan reaksi yang hebat. Sebaliknya bila ada rangsangan yang hebat, tetapi bersamaan dengan itu ada pengontrolan pusat yang kuat karena pengalaman masa lalu, dapat menyebabkan reaksi hampir tidak ada.

Universitas Indonesia

Menurut peneliti tidak adanya perbedaan antara pengalaman operasi sebelumnya dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif kemungkinan karena pengalaman operasi yang pernah dialami sebelumnya tidak selalu bermakna positif. Berarti bahwa individu yang mendapat pengalaman positif pada masa lalu belum tentu akan melakukan mobilisasi dini pasca bedah dengan baik pada masa yang akan datang apabila kembali menjalani tindakan operasi kembali. Hal ini juga dapat berarti bahwa tidak adanya perbedaan yang signifikan antara pengalaman masa lalu dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif dikarenakan juga karena adanya faktor lain yang berpengaruh seperti respon nyeri yang dirasakan pasien.

#### 6.1.4 Hubungan Usia pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,739$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dikemukakan oleh Lueck (1992) yang bertujuan untuk menilai pelaksanaan mobilisasi pasca bedah laparatomi pada lansia (65 tahun keatas) dan dewasa pertengahan (38-64 tahun). Hasil penelitian Lueck tersebut sama dengan yang dilakukan oleh peneliti sekarang, yaitu menunjukkan bahwa rata-rata pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah abdomen pada dewasa pertengahan lebih tinggi dari pada lansia pada pasca bedah. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara lansia dengan dewasa pertengahan terhadap pelaksanaan mobilisasi pasca bedah abdomen.

Hasil penelitian ini memang tidak sesuai dengan beberapa pernyataan yang ada, bahwa bertambahnya usia seseorang akan membuat mereka mempunyai pengalaman dalam menghadapi dan memahami apa yang sekarang dia alami dan apa yang seharusnya dilakukannya. Pengalaman

memang berguna, tapi kadang perlu penyesuaian ketika menghadapi keadaan tertentu, maka seseorang akan menggunakan pengalaman sebagai acuan dan referensi dalam menghadapi persoalan (Mu'tadin, 2006). Menurut peneliti kemungkinan bertambahnya usia seseorang akan berpengaruh dalam proses mengambil keputusan yang terbaik untuk keadaannya sendiri. Dengan bertambahnya usia seseorang maka orang tersebut akan terus mendapat tambahan pengetahuan, wawasan dan meningkatkan kemampuan dalam menghadapi masalah yang dihadapi, seperti keputusan untuk melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif walaupun mengalami keadaan yang sulit dan sakit dalam pelaksanaannya.

Beberapa faktor yang mempengaruhi respon orang dewasa antara lain adalah orang dewasa berpendapat bahwa mobilisasi merupakan sesuatu yang harus mereka lakukan setelah tindakan pembedahan selesai dilakukan (Potter & Perry, 2006). Sedangkan menurut Lemone & Burke (2008) faktor yang dapat mempengaruhi orang yang berusia dewasa melakukan mobilisasi pasca bedah adalah rasa takut akan kehilangan kemandirian.

Menurut Potter dan Perry (2006), pasien dewasa tua menganggap bahwa mobilisasi pasca bedah dengan resiko terjadi nyeri merupakan komponen alamiah yang harus mereka terima dari proses penyembuhan, sehingga keluhan sering diabaikan. Di lain pihak, normalnya kondisi pasca bedah pada dewasa muda termasuk pelaksanaan mobilisasi pasca bedah seharusnya dapat dirasakan sebagai kondisi yang wajar dan harus tetap dilaksanakan.

Dari uraian diatas dalam menjalankan peran sebagai pasien pasca pembedahan digestif secara optimal seorang pasien tidak hanya di nilai dengan bertambahnya usia pasien agar dapat melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif, tapi juga pengetahuan, wawasan dan pengalaman cukup berpengaruh dalam pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Sehingga pada penelitian ini antara usia pasien dengan sikap

pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin tidak ada hubungan yang signifikan.

#### 6.1.5 Hubungan Tingkat Pendidikan pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,000$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hasil yang sama juga terdapat pada penelitian yang dilakukan oleh Faucett & Levine, (1994) yang bertujuan untuk melihat intensitas nyeri pasca bedah. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa ada korelasi signifikan antara pelaksanaan mobilisasi pasca bedah dengan tingkat pendidikan pasien, dimana tingkat pendidikan rendah akan mempengaruhi keinginan dari pasien untuk melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (2001) menyatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi lebih, baik dari orang lain maupun dari media masa. Sebaliknya, pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Tingkat pendidikan dilihat dari literatur merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan pada seseorang, maka berarti telah mengalami proses belajar yang lebih sering dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar (Notoatmodjo, 2002). Pada penelitian ini peneliti hanya melihat dari tingkat pendidikan responden, tanpa melihat apakah responden pernah atau tidak mengalami proses belajar tentang pelaksanaan mobilisasi pasca bedah sebelumnya.



Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mendukung peningkatan pengetahuan yang berkaitan dengan daya serap informasi, dimana orang yang memiliki pendidikan tinggi diasumsikan lebih mudah menyerap informasi. Menurut peneliti kemungkinan pendidikan kesehatan yang diterima oleh pasien sebelum dilakukannya pembedahan merupakan informasi dapat diserap dengan baik oleh pasien karena tingkat pendidikan pasien yang tinggi, sehingga pasien mampu memahami pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif harus dilakukan.

Berdasarkan uraian yang ada peneliti memperkirakan bahwa tingkat pendidikan pasien akan berpengaruh pada kemampuan pasien dalam penyerapan informasi tentang pentingnya mobilisasi dini pasca bedah digestif, merawat diri dan mengambil keputusan bagi kepentingan pasien sendiri. Pendidikan akan berpengaruh pada aspek kehidupan pasien baik pikiran, perasaan, maupun sikap. Menurut Soekanto (2004) seorang individu dituntut memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dan sikap secara cepat dan tepat dalam berbagai keadaan yang dialaminya dimana salah satunya karena pendidikan yang dimiliki individu tersebut.

- 6.1.6 Hubungan lamanya tindakan operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin  
Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,007$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara lamanya tindakan operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Lamanya tindakan operasi bedah digestif juga sangat berhubungan dengan jenis pembedahan dan teknik letak insisi yang dilakukan pada pasien, semakin lama pembedahan dilakukan menandakan semakin lebar dan luas areal pembedahan yang dilakukan. Demikian pula semakin cepat sebuah pembedahan maka luas area operasi akan semakin kecil dan insisi yang dilakukan akan semakin sedikit. Hal ini sesuai dengan pernyataan

Chaturvedi (2007) bahwa pengaruh letak insisi terhadap intensitas nyeri dan aktivitas mandiri pasca bedah abdomen.

Insisi vertikal meliputi insisi *midline* dan *paramedian* pada kasus laparotomi, insisi ini mempercepat pencapaian ke dalam rongga abdomen dengan sedikit kehilangan darah, namun kerugiannya dibandingkan dengan insisi transversal adalah kerusakan jaringan lebih besar dan kerusakan syaraf lebih banyak, serta menyebabkan tindakan operasi berlangsung lebih lama, sehingga nyeri yang dirasakan lebih hebat yang mana berpengaruh dengan aktivitas mandiri yang seharusnya dilakukan oleh pasien pasca pembedahan (Higgins , Naumann & Hall, 2007).

Menurut peneliti beberapa teori tersebut menunjukkan bahwa letak dan cara insisi yang dilakukan pada intra pembedahan akan sangat berpengaruh terhadap lamanya tindakan operasi yang dilakukan pada pasien, dimana akan mempengaruhi keinginan pasien untuk melakukan aktivitas mandiri pasca bedah seperti melakukan mobilisasi dini secepatnya. Lamanya sebuah tindakan pembedahan juga akan berpengaruh dengan nyeri pasca pembedahan digestif yang dirasakan oleh pasien, dimana pasien akan cenderung cukup lama merasakan nyeri dan tidak berkeinginan untuk melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif yang seharusnya dilakukan.

Lamanya pembedahan secara tersendiri memang belum dapat dikatakan akan mempengaruhi apakah pasien melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif atau tidak melakukan mobilisasi dini tersebut. Matassarini-Jacobs (1997) menjelaskan bahwa banyak hal yang berpengaruh pada keinginan pasien melakukan aktivitas pasca bedah dilaksanakan antara lain jenis operasi yang telah dilakukan dan lokasi/area operasi.

Keadaan inilah yang juga sangat berpengaruh dan menyebabkan adanya hubungan yang signifikan antara lamanya tindakan operasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, dikarenakan faktor lamanya operasi juga dipengaruhi

Universitas Indonesia

didukung oleh faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

#### 6.1.7 Hubungan asupan nutrisi/kalori dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,094$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan nutrisi/kalori dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Haris (2006) yang menyatakan bahwa proses penyembuhan luka pasca bedah dipengaruhi oleh kecukupan nutrisi pasca bedah yang dapat mempengaruhi aktivitas mandiri pasien pasca bedah laparatomi termasuk keinginan melakukan mobilisasi pasca bedah. Menurut Haris (2006) semakin adekuat kecukupan nutrisi yang diterima pasien pasca bedah semakin mempercepat proses penyembuhan luka bedah, demikian pula sebaliknya semakin inadekuat kecukupan nutrisi yang diterima pasien pasca bedah maka proses penyembuhan luka bedah akan terganggu yang menyebabkan aktivitas mandiri pasien terganggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Soeharto (2004) juga menyebutkan bahwa diet yang mengandung protein tinggi dan seimbang mempercepat proses penyembuhan luka pasca operasi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan aktivitas mandiri pasien pasca operasi. Keadaan luka bedah mengalami stres selama masa penyembuhan luka, stres akibat nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi, dan perubahan metabolisme akan meningkatkan resiko lambatnya penyembuhan luka (Potter & Perry, 2006). Dalam beberapa literatur peneliti juga menemukan bahwa luka pasca bedah digestif yang tidak cepat sembuh dikarena kecukupan nutrisi yang inadekuat, akan menimbulkan nyeri akibat kerusakan jaringan yang berakibat pelaksanaan aktivitas mandiri pasien, seperti melakukan mobilisasi dini pasca bedah tidak maksimal dilakukan.

Universitas Indonesia

Pada beberapa pernyataan di atas memang asupan nutrisi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien melakukan aktivitas mandiri pasca bedah termasuk pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah. Dapat dikatakan bahwa semakin baik asupan nutrisi pasien pasca bedah semakin mampu pasien melakukan mobilisasi dini pasca bedah. Demikian pula semakin asupan nutrisi pasien pasca bedah rendah maka kemampuan untuk melakukan aktivitas mandiri pasca bedah juga berkurang.

Kerusakan jaringan yang terjadi dan nutrisi inadekuat dialami pasien akan mengaktivasi impuls-impuls listrik didalam serabut-serabut yang peka terhadap nyeri yang terdapat pada tempat pembedahan, keadaan ini menyebabkan keinginan beraktivitas hilang. Keadaan ini diperkuat oleh Rao (2006) bahwa mekanisme awal yang terjadi pada area insisi adalah inflamasi, sehingga banyak substansi kimia yang dilepaskan setelah pembedahan, seperti leukotrin, prostaglandin, histamin, serotonin, dan bradikinin yang menyebabkan nyeri dan semakin berat bila nutrisi tak tercukupi dimana input ini menyebabkan kepekaan pada rangsang nyeri

Menurut peneliti kemungkinan diet yang dibutuhkan pada pasien pasca bedah digestif adalah yang memiliki nilai protein lebih tinggi dan seimbang. Namun budaya masyarakat Banjarmasin dimana pasien 50% responden berasal dari suku Banjar yang memiliki pola diet lebih banyak mengkonsumsi karbohidrat dari pada protein juga sangat berpengaruh pada kecukupan energi pasien dan akan berpengaruh pada aktivitas mandiri pasien dalam melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Keadaan ini didukung oleh penelitian Dewi (2007) bahwa 65,28% pasien pasca bedah abdomen mengkonsumsi lebih banyak karbohidrat dari pada protein meskipun dalam keadaan proses penyembuhan luka pasca bedah.

Berdasarkan analisis data dalam penelitian ini dikatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan nutrisi pasien pasca bedah digestif dengan aktivitas mandiri pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca

Universitas Indonesia

bedah digestif di RSUD Banjarmasin, keadaan ini kemungkinan terjadi karena banyak keadaan yang lebih mempengaruhi pasien dalam melakukan aktivitas pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Asupan nutrisi pada penelitian ini tidak berdiri sendiri dalam mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif tapi ada variabel lain yang berpengaruh, seperti nyeri yang dialami pasien dan budaya pola konsumsi yang ada di masyarakat Banjarmasin.

#### 6.1.8 Perbedaan asal suku pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,103$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara asal suku pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Lemone & Burke (2008) menyatakan bahwa latar belakang budaya mempengaruhi komunikasi, ekspresi dan respon terhadap nyeri serta keinginan melakukan mobilisasi pasca bedah. Suku juga mempunyai peran bagaimana cara individu menerima dan mengkomunikasikan kondisi fisik mereka. Hasil penelitian sekarang ini juga tidak sesuai dengan teori yang ada bahwa ras dan suku merupakan faktor penting bagi seseorang dalam merespon nyeri (Smeltzer & Bare, 2003).

Berbeda dari hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa suku Banjar memang merupakan suku yang mayoritas pada penelitian ini disamping suku Jawa dan suku yang lainnya, namun bukan merupakan suatu kepastian bahwa orang Banjar akan bersikap menerima dan bersedia melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif yang lebih tinggi dari suku lainnya. Penyebab perbedaan hasil penelitian dengan teori adalah kemungkinan sudah terjadinya campuran budaya responden yang sudah tidak murni lagi sesuai dengan latar belakang budaya asalnya.

Campuran budaya ini dapat menyebabkan responden mengadopsi nilai-nilai, keyakinan, budaya, dan gaya hidup tempat individu tersebut tinggal, sehingga penting untuk mengetahui berapa lama responden sudah berasimilasi dengan budaya setempat. Menurut McVicar (1992, dalam Potter & Perry, 2006) sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sedangkan menurut Unruh & Henriksson (2002) budaya mempengaruhi perilaku pelaksanaan tahapan pengobatan tergantung pada banyak faktor meliputi budaya kelompok yang dipelihara dan identitas diri.

Hasil penelitian sekarang ini tidak adanya perbedaan yang signifikan antara asal suku pasien dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin kemungkinan dikarenakan adanya percampuran budaya yang terjadi dimasyarakat Banjarmasin, sehingga terjadi pertukaran budaya yang berpengaruh pada nilai-nilai yang dianut pasien. Keyakinan yang dianut pasien dan tingkat pendidikan juga sangat berpengaruh pada budaya masyarakat Banjarmasin dalam keinginan melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Di mana menurut peneliti kemungkinan masyarakat Banjar masih berpikir bahwa tindakan pembedahan adalah sesuatu yang memerlukan istirahat total dan tidak perlu melakukan aktivitas lain sendiri sampai jahitan luka operasi diangkat agar dapat segera sembuh seperti semula.

#### 6.1.9 Hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,000$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin.

Dukungan keluarga yang diterima oleh pasien akan sangat membantu pasien dalam melakukan apa yang seharusnya dilakukan selama dalam proses penyembuhan demi mempercepat kesembuhan pasca pembedahan

seperti mobilisasi dini pasca bedah digestif yang harus dilakukan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Suriadi (2004) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan berada pada tingkat dukungan tinggi. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Kaplant (1995) bahwa dukungan keluarga merupakan hubungan antara seseorang dengan orang lain yang memberikan rasa aman, tenteram, merasa optimis dan diharga sebagai manusia. Sedangkan menurut Budi (2002) dukungan keluarga adalah pertolongan dan semangat yang diberikan oleh keluarga terhadap anggotanya dimana dukungan tersebut sebagai penyemangat bagi anggota keluarga yang mengalami masalah.

Hasil analisis data juga dapat dilihat bahwa, kedekatan seseorang terhadap orang lain seperti keluarga pasien sendiri sangat mempengaruhi motivasi seseorang dan dapat memberikan sesuatu yang berarti bagi seseorang yang sedang dalam suatu masalah seperti pasca bedah digestif dan dalam keadaan yang masih lemah sementara harus melakukan mobilisasi dini walaupun harus menahan sakit. Seorang pasien yang menjalani tindakan bedah digestif dengan didukung oleh keluarga atau orang-orang terdekatnya, seperti seorang ayah dengan adanya anaknya terus disisinya sangatlah berpengaruh terhadap keinginan melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Berdasarkan analisis data yang ada menurut peneliti dapat dikatakan bahwa dukungan keluarga sangatlah diharapkan oleh pasien yang sedang berada dalam tahapan penyembuhan pasca bedah digestif, dimana keberadaan orang-orang yang terdekatnya sangatlah berarti untuk meringankan masalah yang sedang dialami dan sangat memotivasi pasien dalam melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Hal ini diperkuat oleh pernyataan Smith (2004) bahwa seseorang memang sangat tergantung pada orang lain, dimana dalam keadaan-keadaan tertentu keberadaan orang lain sangatlah berarti dan apabila semua masalah tidak

dapat dipecahkan sendirian maka untuk mengatasinya kita perlu pertolongan atau *support* dari orang lain termasuk peran dari keluarga.

Keluarga merupakan kekuatan yang sangat besar dibandingkan dengan orang-orang lain diluar keluarga. Keluarga merupakan orang yang lebih mengenal pasien secara mendalam, karena mereka sudah bergaul dalam waktu yang cukup lama di dalam keluarga, sehingga mereka dapat memahami antara satu dengan yang lainnya. Menurut Smith (2004) dukungan keluarga merupakan suatu fungsi yang berisi tentang hubungan yang dapat dikategorikan pada 4 tipe dukungan, yaitu : dukungan emosional, dukungan fisik, dukungan informasional dan dukungan penghargaan serta komunikasi.

Menurut peneliti pasien yang biasa hidup dengan didampingi oleh keluarga dan pada saat tertentu mengalami keadaan pembedahan tentu akan mengalami perubahan dalam perkembangan baik sikap dan perilakunya, apalagi bila keluarga kurang memberi dukungan. Keadaan ini sesuai dengan pernyataan Slamet (2003) bahwa dinamika kehidupan keluarga akan berdampak pada bergesernya nilai-nilai dan pandangan tentang kehidupan keluarga, dimana terjadi perubahan peran dari masing-masing anggota keluarga.

Berdasarkan penjelasan yang ada menurut peneliti keluarga merupakan tempat pertama dan utama bagi pasien dalam mendapatkan dukungan dari masalah apaun yang dihadapi oleh pasien sekarang, termasuk keadaan pasca bedah digestif dengan keharusan pasien melakukan mobilisasi dini untuk mempercepat proses penyembuhan. Rendah dan tingginya dukungan yang didapat oleh pasien dari keluarga yang diterimanya akan sangat mempengaruhi tahapan tindakan rehabilitasi pasca bedah digestif dalam hal ini mobilisasi dini.



## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

### **6.2.1 Variabel Penelitian**

Kemungkinan ada variabel lain selain variabel yang diteliti sekarang yang kemungkinan dapat berhubungan terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

### **6.2.2 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara observasi mengalami kendala pada observasi hari pertama, terutama 8-12 jam pasca bedah digestif, karena harus mengobservasi pasien pada saat malam hari sehingga hasil yang seharusnya dapat diobservasi tidak dilakukan oleh pasien, walaupun peneliti juga telah melakukan antisipasi dengan terlebih dahulu memberikan penjelasan dan menjalin hubungan yang baik.

## **6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan**

### **6.3.1 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan**

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pasca bedah digestif perlu lebih memahami faktor stres yang dialami pasien sebagai keadaan yang dapat sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif. Perawat harus memahami bahwa kemungkinan pasien pasca bedah digestif berada dalam keadaan stres serta bagaimana perawat merespon dengan baik stres yang dialami pasien dan memahami apa yang harus dilakukan untuk pasien, sehingga mobilisasi dini pasca bedah digestif tetap dapat dilakukan dengan baik.

Dalam hal ini perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien pasca bedah digestif yang mengalami keadaan stres perlu memperhatikan dan melibatkan keluarga dalam perencanaan maupun tindakan keperawatan. Dalam rencana dan tindakan hal-hal yang perlu diperhatikan perawat antara lain adalah; konseling dan bimbingan kepada pasien dan keluarga mengenai apa yang harus dilakukan pasca bedah digestif terutama mengurangi stres yang dialami yang mempengaruhi pelaksanaan

mobilisasi dini pasca bedah digestif seperti berkomunikasi secara intensif dengan pasien atau meningkatkan peran serta keluarga.

Perlunya perawat memahami bahwa tingkat pendidikan pasien juga sebagai salah satu faktor penting dalam pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif, bagaimana perawat harus dapat memahami bahwa tingkat pendidikan berpengaruh besar terhadap pemahaman pasien tentang keinginan melakukan mobilisasi dini. Upaya meningkatkan peranan perawat dalam lebih mengoptimalkan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif, tindakan dapat diarahkan pada upaya untuk meningkatkan pemahaman pasien akan pentingnya mobilisasi dini pasca bedah digestif, lebih mengoptimalkan lagi peran keluarga dalam mengawasi dan memberikan motivasi bagi pasien serta bagaimana perawat juga memberikan penjelasan yang baik serta dapat lebih mengontrol pasien setiap harinya sehingga pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif dapat terpantau dan dijalankan dengan baik.

#### 6.3.2 Implikasi terhadap Penelitian Keperawatan

Penelitian ini telah mengidentifikasi adanya hubungan yang bermakna antara stres, nyeri, pengalaman, usia pasien, tingkat pendidikan, tingkat keparahan, tingkat kecukupan energi, asal suku pasien dan dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin, tetapi penelitian ini belum melihat secara kausalitas hubungan antara hal-hal tersebut.

Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan desain quasi eksperimen untuk melihat pengaruh dari variabel yang hubungannya signifikan. Disamping itu juga penelitian ini hanya melihat hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif, untuk itu dapat dilakukan penelitian dengan melihat hubungan variabel-variabel lain seperti lingkungan sosial, bahasa, emosi, informasi kesehatan yang diterima pasien, peran perawat dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan bagi peneliti lain , pasien, keluarga dan perawat dalam meningkatkan peran dan fungsi untuk mengoptimalkan tahapan dari rehabilitasi pasca pembedahan digestif.



**Universitas Indonesia**

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan simpulan dari hasil penelitian dan saran-saran bagi pihak yang terkait penelitian ini.

#### **7.1 Simpulan**

- 7.1.1 Faktor-faktor yang berhubungan signifikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin adalah stres pasca bedah, nyeri, tingkat pendidikan, tingkat keparahan dan dukungan keluarga.
- 7.1.2 Faktor-faktor yang tidak berhubungan signifikan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin adalah pengalaman pasien, usia, tingkat kecukupan energi dan asal suku pasien.
- 7.1.3 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD Ulin Banjarmasin adalah stres pasca bedah digestif.

#### **7.2 Saran**

##### **7.2.1 Bagi perawat ruangan**

- 7.2.1.1 Meningkatkan pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pasca bedah digestif agar mengenal serta memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini.
- 7.2.1.2 Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang pentingnya melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif sebelum dan setelah operasi, di mana cara memberikan informasinya disesuaikan dengan tingkat pendidikan pasien.
- 7.2.1.3 Perlunya perawat ruangan untuk lebih memberi perhatian terhadap keadaan stres pasca bedah digestif yang dialami oleh pasien yang dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini

pasca bedah digestif, seperti melakukan monitor secara teratur status kemandirian pasien.

- 7.2.1.4 Mengembangkan sistem dukungan sosial /keluarga dalam memotivasi pasien dalam menjalankan program pengobatan pasca bedah digestif terutama dalam mengatasi stres yang menjadi faktor yang paling dominan.

## 7.2.2 Institusi rumah sakit.

Perlunya rumah sakit mengeluarkan standar operasional prosedur (SOP) yang jelas tentang langkah-langkah yang harus dilakukan oleh perawat kepada pasien pasca bedah digestif, agar mobilisasi dini pasca bedah digestif dapat dilaksanakan dengan baik oleh pasien, seperti lebih memperhatikan stres yang kemungkinan dialami pasien pasca bedah, nyeri yang dirasakan pasien pasca bedah digestif, memberikan penjelasan kembali tentang pentingnya melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan pasien dan pentingnya memfasilitasi keluarga dalam memotivasi pasien untuk melaksanakan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

## 7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

- 7.2.3.1 Melakukan penelitian lanjutan terhadap variabel-variabel lain yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif, seperti berbagai cara perawat dalam mengelola pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif.
- 7.2.3.2 Melakukan penelitian dengan desain quasi eksperimen untuk melihat hubungan kausalitas antara faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif.

## DAFTAR PUSTAKA

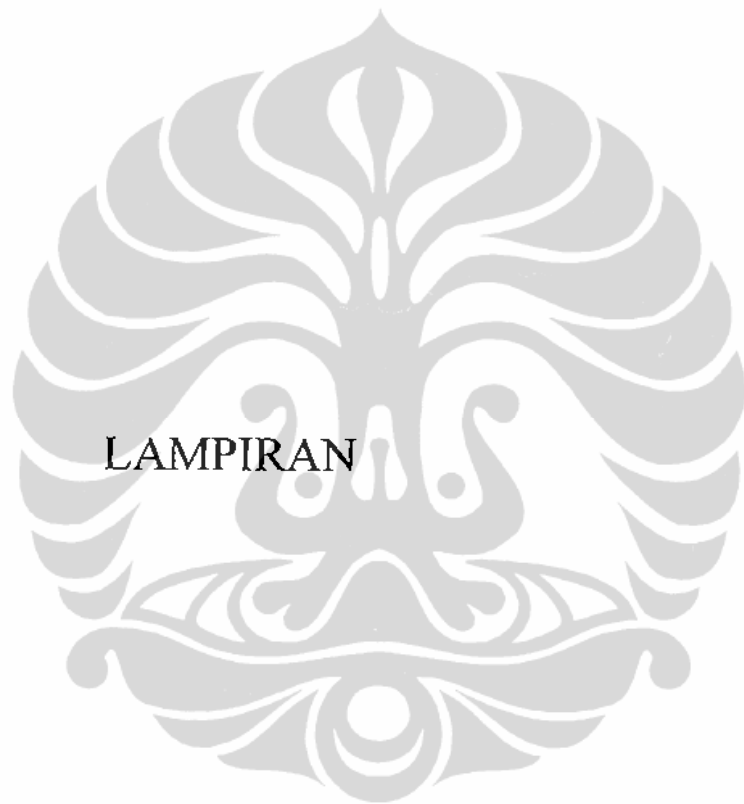
- Azwar, S. (2001). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Koezeir, B., & Erb. (1998). *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Addison Wesley publishing Division.
- Beyer, D. (1997). *The Clinical Practice Of Medical Surgical Nursing 2 nd*: Brown Co Biston.
- Budi, C. (2002). *Konsep Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta.
- Buggy, D.J., & Kerin, M.J. (2004) Paravertebral analgesia with levobupivacaine increases postoperative flap tissue oxygen tension after immediate latissimus dorsi breast reconstruction compared with intravenous opioid analgesia. *Pain and Regional Anesthesia*, 2(100), 375-380.
- Carpenito, L. J. (2000). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Chaturvedi, S., & Chaturvedi, A. (2007). Postoperative pain and its management. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 11(4), 204-211.
- Chobarunsitti, S. (2007). Effects of Self-Efficacy Enhancement Early Ambulation On Patients Post Abdominal Surgery Recovery At Phaphuttabath Hospital Saraburi. 9 Maret, 2010. Wibe site: [www.emedicine.com/med/topic3397.htm](http://www.emedicine.com/med/topic3397.htm)
- Dilon, S. (2003). Efektifitas pemberian nutrisi pasca bedah terhadap proses penyembuhan luka post operasi Laparotomi di RS. Islam Palangkaraya. 12 Juni 2010. Wibe site: [http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01\\_archive.html](http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01_archive.html)
- Dewi, N. (2007). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Klien Pasca Operasi Abdomen Di RSUD TPT Soeharsono. 14 Juni, 2010. Wibe site: [http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01\\_archive.html](http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01_archive.html)
- Faucett, J., Gordon, N., & Levine, J. (1994). Differences in postoperative pain severity among four ethnic groups. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(6), 383-389.
- Gregson, T. ( 2007 ). *Life Without Stres Mengajari Diri Anda Sendiri Mengelola Stres*. Penerjemah Eriawan Ahada. Jakarta. P.T. Prestasi Pustakarya.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta.

- Hawari, D. (2007). *Al-Quran Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Dana Bhakti Primayasa.
- Higgins, R.V., Naumann, R.W., & Hall, J. (2007). Abdominal incisions and sutures in gynecologic oncological surgery. Marct 9, 2010. *Web site: <http://www.emedicine.com/med/topic3397.htm>*
- Jovey, R.D. (2002). *Managing pain, the canadian healthcare professional's reference*. Canada: Rogers Media.
- Kaplant (1995). *Ilmu Pengetahuan dan peran keluarga dalam perawatan Klinispasien*, Jilid edisi 7, Jakarta.
- Kozak, L.J., DeFrances, C.J., & Hall, M.J. (2006). *National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data: Vital Health Stat*
- Lemone, P., & Burke, M.K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in clien care*. New Jersey: Pearson education Inc.
- Lueck, M.J. (1992). Appraisal of the quality and intensity of pain following abdominal surgery: Differences between older and middle-aged adults. June 9, 2010. *Wibe site: <http://proquest.umi.com/pqdweb>*
- Mansjoer (1998). Pentingnya Mobilisasi Pasca Bedah. 13 Maret, 2010. *Journal Kesehatan dan Kedokteran*. IV(III).
- Matassarini-Jacobs, E. (1997). Pain, dalam Black, J.M., & Matassarini-Jacobs, E. (Eds), *Medical surgical nursing: Clinical management for continuity of care*. (hlm.342-396). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wilson, G. (2007). Pain relief after surgery. June 8, 2010. *Wibe site: <http://www.health24.com/medical/Cond>*
- Moddeman, G.R. (2000). Factors influencing the postoperative pain experience of adult female. Juni 8, 2010. *Wibe site: <http://proquest.umi.com/pqdweb>*
- Mu'tadin (2006). Mengembangkan keterampilan social. 12 Juni, 2010. *Wibe site: <http://www.E-psikologi.com>*
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi. Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Perry, F., Parker, R., White, P.F., & Clifford, P.A. (1994). Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery and patient-controlled analgesia: *The Clinical Journal of Pain*, 10, 57-63.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of nursing*, (6th ed). USA: Mosby Company.
- Prawirasari, (2008), *Stres Dalam Menghadapi Tuntutan*, Yogyakarta.
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit, Volume 2*. Alih Bahasa: Pendit, B.U, dkk. Jakarta: EGC.
- Rao, M. (2006). Acute post operative pain. *Indian Journal of Anaesthesia*, 50(5), 340-344.
- Roper (1996). *Prinsip-Prinsip Keperawatan*, Edisi Pertama. Yogyakarta: Yayasan Essenstia Medica.
- Toni (2007). Mobilisasi Dini Pasca Operasi. 8 Maret 2010. *Wibe site: <http://contoh-askep.blogspot.com/2008/09/mobilisasi-dini>*
- Saryono (2010). *Kumpulan instrument penelitian kesehatan*. Bantul, Yogyakarta: Mulia medika.
- Sastroasmoro, & Ismail, (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Setiawan (2007). *Persepsi Pasien tentang Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasca Bedah Digestif Di RSUD Ulin Banjarmasin*.
- Soelaiman (2003). Asuhan Keperawatan Pasien Medikal Bedah, (online). 12 Maret 2010. *Wibe site: (<http://contoh-askep.blogspot.com/medsur/mobilisasi/htm>)*
- Soekanto, S. (2004). *Sosiologi keluarga; tentang ikhwal keluarga, remaja dan anak*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soewandi (1997). *Simptomatologi dalam kedokteran*, Kedokteran Gajah Mada, Yogyakarta.
- Sugiyono ( 2005 ). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: CV.Alfabeta
- Suhartatik (2002). *Hubungan tingkat pengetahuan pasien post operasi laparatomy tentang pelaksanaan mobilisasi dini diinstansi rawat inap BRSD Kepanjen Kabupaten Malang*.
- Sukardja, dkk., (2002). *Standar Pelayanan Profesi Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia*. Jakarta.
- Suriadi (2004). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Stres Klien Intra operasi di RS.PKU Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Sastroasmoro & Ismail. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: CV. Sagung Seto,



- Susilowati (2007). Faktor Tingkat Pengetahuan Klien Terhadap Mobilisasi Dini Pasca Operasi sectio ceasaria Abdomen Di RSUD Dr RM Djoelham Binjai. 12 Maret 2010. *Wibe site:*[http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01\\_archive.html](http://contoh-askep.blogspot.com/2008-09-01_archive.html)
- Smeltzer, S.C., & Bare, B. (2008). *Text book medical-surgical nursing Brunner-Suddarth*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith (2004), *Psikologi Kesehatan Keluarga*, Gramedia Media Sarana Indonesia. Jakarta.
- Slamet (2006). *Hubungan pelaksanaan mobilisasi d,pasien pasca bedah abdomen dengan proses penyembuhan luka operasi di RSUD .Purworejo*.
- Slamet, N. (2003) Peranan keluarga dalam pendidikan. 12 Juni 2010. *Wibe site:*<http://www.reseachengines.com>
- Unruh, A.M., & Henriksson, C. (2002). Psychological, environmental and behavioural dimensions of the pain experience, dalam Strong, J., Unruh, A.M., Wright, A., & Baxter, G.D. (Eds), *Pain: A textbook for therapists*. (hlm.65-81). Canada: Harcourt.
- Wildan (2006). Pengaruh Penyuluhan Pre Operasi terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Pasien Bedah Abdomen. 12 Maret 2010. *Wibe site:*<http://contoh-askep.blogspot.com>



LAMPIRAN



**SURAT KETERANGAN**

No. 471 / Dik.Lit NM / RSUDU / 2010

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**N a m a** : **Akhmad hipni Nur, S. Kep**  
**N i p** : 19650806 198903 1 016  
**Jabatan** : Kepala Bidang Dik.lit RSUD Ulin Banjarmasin

Dengan ini memberikan Surat Keterangan bahwa yang bersangkutan dibawah ini :

**N a m a** : **SOLIKIN**  
**N I M** : 0806446901  
**Jurusan** : Magester Ilmu Keperawatan Ilmu Keperawatan  
**Institusi** : Universitas Indonesia ( FIK-UI )

Telah melakukan penelitian pada tanggal **7 -22 Mei 2010**, dengan judul "**Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan Mobilisasi Dini pasien Paska Bedah Digestif di Rumah Sakit Ulin Banjarmasin**".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarmasin, 24 Mei 2010

Kepala Bidang Dik.Lit  
RSUD Ulin Banjarmasin



**Akhmad Hipni Nur, S. Kep**  
Nip. 19650806 198903 1 016



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah Digesif di RSUD. Ulin Banjarmasin.**

Nama peneliti utama : Solikin

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 Mei 2010

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada : Yang Terhormat Bapak/Ibu/Saudara(i) Responden

Dengan hormat.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Solikin

NIM : 0806446901

Status : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan

Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dengan segala hormat, memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk mengisi kuesioner yang telah saya sediakan. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu/Saudara(i). Informasi yang diberikan akan saya gunakan sebagai wahana pengembangan mutu pelayanan keperawatan, tidak akan digunakan untuk maksud dan tujuan lain.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui "Hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif yang dirawat inap di RSUD.Ulin Banjarmasin".

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mohon kesediaan mengisi data pada lembaran yang disediakan.

Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara(i) dalam pengisian kuesioner ini sangat bermanfaat dan saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya.

Banjarmasin, Mei 2010

Hormat saya

( Peneliti )

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Umur : Tahun

Jenis kelamin : L/P

Tanggal :

No. Responden :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang bernama : **Solikin**, mengenai **“Hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca bedah digestif di RSUD.Ulin Banjarmasin”**.

Saya mengetahui dan menyadari bahwa informasi yang akan saya berikan ini bermanfaat bagi saya, peneliti dan pihak rumah sakit.

Banjarmasin, Mei 2010

Responden

(.....)

## KUESIONER PENELITIAN

### KUESIONER A : Faktor–faktor pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif

NO	:	
Umur	:	
Tanda Tangan	:	
Ruang	:	

#### Data Karakteristik Pasien

**Petunjuk : Pilihlah salah satu jawaban di bawah ini yang sesuai dengan anda**

1. Tingkat Pendidikan terakhir anda:
  - a. Pendidikan dasar (SD/MTs/ sederajat)
  - b. SLTP/ sederajat
  - c. SLTA/ Sederajat
  - d. Sarjana Muda/ Diploma
  - e. Sarjana/ S1/ S2
  
2. Kecukupan nutrisi anda terpenuhi
  - a. Makan 3xperhari sesuai porsi yang dihidangkan rumah sakit
  - b. Makan 2xperhari sesuai porsi yang dihidangkan rumah sakit
  - c. Makan 1xperhari sesuai porsi yang dihidangkan rumah sakit
  
3. Anda berasal dari suku :
  - a. Suku Banjar
  - b. Suku Dayak
  - c. Suku Jawa
  - d. Suku Madura

- e. Suku Bugis
- f. Lain-lain

4. Pernahkah anda menjalani tindakan operasi sebelumnya:

- a. Pernah
- b. Belum pernah

Pertanyaan Penelitian : Dukungan Keluarga

**Petunjuk: Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang menurut anda paling tepat**

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah keluarga anda menyarankan anda untuk bergerak sesudah lebih dari 2 jam operasi selesai dilakukan ?		
2.	Apakah keluarga anda membebani pikiran anda dengan biaya perawatan anda?		
3.	Apakah keluarga anda selalu ada mendampingi anda selama perawatan ?		
4.	Apakah keluarga anda member semangat untuk anda agar mau melakukan mobilisasi pasca operasi?		
5.	Apakah keluarga anda mengetahui pentingnya pergerakan setelah operasi sangat penting untuk mempercepat terjadinya buang angin?		
6.	Apakah keluarga anda memberikan dorongan pada anda agar cepat bergerak setelah operasi selesai ?		
7.	Apakah keluarga anda membantu anda dalam memenuhi kebutuhan anda setelah operasi ?		



**Pernyataan Observasi : Nyeri**

**Petunjuk: Berikan tanda Check (√) pada pernyataan yang menurut anda paling tepat**

Katagori	0	1	2	Skor		
				0	1	2
Muka	Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu dan tidak mencari perhatian	Wajah menyeringai, dari berkerut, menyendiri	Dagu gemetar, rahang menegang atau menggigit bibir			
Kaki	Tidak ada posisi atau rileks	Gelisah, resah atau menegang	Menendang atau kaki disiapkan			
Aktivitas	Berbaring posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat menaikkan punggung dan maju atau menegang	Menekuk, kaku atau menghentak			
Menangis	Tidak menangis	Merintih atau merengek, kadang-kadang mengeluh	Menangis keras, sedu sedan atau sering mengeluh			
Hiburan	Isi, rileks	Berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur, sulit mencari kenyamanan			

## KUESIONER PENELITIAN

### KUESIONER B : Mobilisasi dini pasca bedah digestif

Nama/No	:	
Tanda Tangan	:	
Ruang	:	

#### Data Karakteristik Pasien :

**Petunjuk : Pilihlah salah satu jawaban di bawah iniyang sesuai dengan anda**

1. Jenis Kelamin anda:
  - a. Pria
  - b. Wanita
2. Usia anda:
  - a. Remaja (13-17 tahun)
  - b. Dewasa muda (18-25 tahun)
  - c. Dewasa pertengahan (25-38 tahun)
  - d. Dewasa akhir (38-65tahun)
3. Tingkat Pendidikan terakhir anda:
  - a. Pendidikan dasar (SD/MTs/ sederajat)
  - b. SLTP/ sederajat
  - c. SLTA/ Sederajat
  - d. Sarjana Muda/ Diploma
  - e. Sarjana/ S1
4. Pekerjaan anda:
  - a. Tidak bekerja
  - b. Petani/ Nelayan/ Buruh/ Peternak/ Pedagang
  - c. Pegawai swasta
  - d. Pegawai Negeri
  - e. Polisi/ TNI

**Observasi : Pelaksanaan mobilisasi dini pasca bedah digestif**

**Petunjuk : Berikan tanda Check (√) pada jawaban yang menurut anda paling tepat**

No	Pernyataan Observasi	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Pasien menggerakkan tubuh miring kanan/kiri setelah 2 jam selesai operasi dilakukan ?		
2	Pasien melakukan mobilisasi dini setelah 2 jam operasi selesai dilakukan, seperti miring kanan –kiri sambil menahan rasa nyeri luka operasi?		
3	Pasien terlihat dibantu oleh keluarga saat akan miring kanan –kiri setelah 2 jam operasi selesai dilakukan?		
4	Pasien melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini setelah operasi, seperti berubah-ubah posisi miring kiri kemudian miring kanan 2-4 jam setelah operasi ?		
5	Pasien melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini setelah operasi, seperti berubah-ubah posisi miring kiri kemudian miring kanan (minimal 15-30 menit), 2-4 jam setelah operasi ?		
6	Pasien melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini setelah operasi, seperti berubah-ubah posisi miring kiri kemudian miring kanan 4-6 jam setelah operasi ?		
7	Pasien setelah 6-8 jam setelah operasi dapat melakukan pergerakan/ mobilisasi dini dengan cara meninggikan kepala dan badan ?		
8	Pasien melakukan mobilisasi dini setelah 8-10 jam operasi selesai dilakukan, seperti melakukan batuk efektif?		

9	Pasien melakukan pergerakan tubuh setelah 8-10 jam operasi selesai dilakukan sambil menahan nyeri luka operasi?		
10	Pasien melakukan teknik menarik napas dalam bila melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini ?		
No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
11	Pasien setelah 12 jam operasi dapat mengerakan sendi-sendi tubuh seperti semula?		
12	Pasien dapat duduk sendiri setelah 1-2 hari operasi tanpa bantuan orang lain?		
13	Pasien melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini setelah operasi dengan cara berdiri tegak setelah 3-4 hari operasi selesai dilakukan ?		
14	Pasien melakukan pergerakan tubuh/mobilisasi dini setelah operasi dengan cara berdiri tegak setelah 3-4 hari operasi selesai dilakukan dengan bantuan orang lain?		
15	Pasien setelah 4 hari sesudah operasi dapat berjalan tanpa bantuan orang lain?		
16	Pasien setelah 4 hari sesudah operasi dapat berjalan dengan bantuan orang lain?		

### Kuesioner stres pasca pembedahan :

**Keterangan :** Isilah dengan memberi tanda Check (√) pada pernyataan yang anda anggap paling sesuai dengan apa yang anda alami

- 0 : Saya tidak mengalami
- 1 : Saya mengalami beberapa kali ( 1-3 kali)
- 2 : Saya sering mengalami (4-7 kali)
- 3 : Saya selalu mengalami (setiap saat mengalami)

No	Pertanyaan	0	1	2	3
1.	Saya merasa mulut saya kering				
2.	Saya mengalami kesulitan bernapas (napas sangat cepat, sesak napas tanpa bantuan otot pernapasan tambahan)				
3.	Saya menggigil (badan gemetar)				
4.	Saya khawatir terhadap situasi dimana mungkin saya panik dan membuat kesalahan sendiri				
5.	Saya merasa sering panik				
6.	Saya merasa jantung saya berdebar tanpa ada aktivitas fisik (misalnya merasa jantung berdebar – debar kencang atau denyut jantung bahkan terasa hilang)				
7.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				

### Instrumen Obsevasi:

**Petunjuk :** Diisi oleh peneliti dengan melihat data rekam medik jalannya operasi

1. Lama tindakan operasi dilakukan:
  - a. < 1 jam
  - b. 1-2 jam
  - c. > 2 jam