

SKRIPSI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST LAPARATOMI
DI RSUP DR M DJAMIL
PADANG**

Penelitian Keperawatan Bedah

**ANDI PRAMAYOZA
NIM. 2111316033**

Pembimbing 1

**Dr. Ns. Meri Neherta, M.Biomed
Pembimbing 2**

Ns. Devia Putri Lenggogeni, M.Kep, Sp.Kep.MB

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

2023

SKRIPSI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST LAPARATOMI
DI RSUP DR M DJAMIL
PADANG**



Penelitian Keperawatan Bedah

UNIVERSITAS ANDALAS

**ANDI PRAMAYOZA
NIM. 2111316033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

2023

UNTUK

KEDJAJAAN

BANGSA

SKRIPSI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST LAPARATOMI
DI RSUP DR M DJAMIL
PADANG**

Penelitian Keperawatan Bedah

**SKRIPSI Untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.kep)
pada Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas**

**ANDI PRAMAYOZA
NIM. 2111316033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

2023





KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala nikmat dan rahmatNya yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhluk-Nya. Shalawat beserta salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan hidayah-Nya, penulis telah dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang tahun 2023”.

Terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada Ibu Dr. Ns. Meri Neherta, M.Biomed dan Ibu Ns. Devia Putri Lenggogeni, M.Kep, Sp.Kep.MB, sebagai pembimbing saya, yang telah dengan telaten dan penuh kesabaran membimbing saya dalam menyusun skripsi ini. Terima kasih yang tak terhingga juga disampaikan kepada Pembimbing Akademik saya Ns. Arif Rahman Mansur, M.Kep yang telah memberi bimbingan selama saya mengikuti perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Selain itu saya juga mengucapkan terima kasih pada:

1. Ibu Hema Malini, S.Kp, MN, Ph.D selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
2. Ibu Dr. Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep, Sp.Kep.J selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
3. Dewan penguji yang telah memberikan kritik beserta saran demi kebaikan proposal skripsi ini
4. Seluruh Dosen dan Civitas Akademika Fakultas Keperawatan Universitas Andalas yang telah memberikan berbagai ilmu pengetahuan kepada peneliti selama masa perkuliahan
5. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan penuh, doa, serta saran kepada peneliti dalam seluruh tahapan proses pembuatan skripsi ini

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata kesempurnaan, maka saran dan kritik yang konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan demi penyempurnaan selanjutnya.

Akhirnya harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.



Nama : Andi Pramayoza
NIM : 2111316033

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI
PADA PASIEN POST LAPARATOMI
DI RSUP DR M DJAMIL
PADANG**

ABSTRAK

Masalah yang timbul pada pasien post laparatomi adalah nyeri sehingga pasien tidak toleran terhadap aktifitas sehari - harinya. Nyeri pada post laparatomi sering dirasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang digunakan selama operasi mulai menghilang. Perawat memiliki peran untuk dapat mengurangi skala nyeri pada pasien dengan tindakan asuhan keperawatan mandiri yaitu mobilisasi dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode *quasy experiment design* dengan *pretest-posttest with control group*. Pengambilan sampel secara purposive sampling dengan jumlah responden sebanyak 20 orang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat adanya pengaruh dari mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri dengan $p \text{ value} = < 0.05$. Pada penelitian ini terdapat perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi mobilisasi dini pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi laparatomi. Penelitian ini menunjukkan bahwasanya mobilisasi dini dapat digunakan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan dalam menanggapi masalah nyeri pada pasien post laparatomi di ruangan

Kata Kunci : mobilisasi dini, nyeri, post laparatomi

Daftar Pustaka : 41 (2014-2021)

**FACULTY OF NURSING
ANDALAS UNIVERSITY
FEBRUARY 2023**

Name : Andi Pramayoza
Student ID 2111316033

**EFFECT OF EARLY MOBILIZATION ON PAIN LEVEL
IN POST LAPARATOMY PATIENTS
DR. M. DJAMIL PADANG
HOSPITAL**

ABSTRACT

The problem that arises in post-laparotomy patients is pain so that patients are not tolerant of their daily activities. Post laparotomy pain is often felt after the operation is completed because the effects of the anesthetic drugs used during surgery begin to disappear. Nurses have a role in reducing the pain scale in patient with independent nursing care, namely early mobilization therapy. This study aims to solidify the effect of early mobilization on pain levels in post-laparotomy patients at Dr.M Djamil General Hospital, Padang. This study used quantitative approach with the quasi experiment design method with the pretest-posttest with control group approach. Sampling was sec purposive sampling with a total of 20 respondent. The results of the researchers showed that there was an effect of early mobilization on a decrease in the a p value =0.000 <0.05. In this study, there were differences in pain scales before and after the early mobilization intervention in the intervention group and the control group. The result of this study indicate that there ia an effect of early mobilization on changes in the pain level of post laparotomy clients. This study shows that early cars can be used as in independent nursing intervention on overcoming pain problems in post laparotomy patient in the emergency room.

Keyword : early mobilization, painful, post laparotomy

Bibliography : 41 (2014-2022)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Prasyarat	iii
Lembar Persetujuan Skripsi.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Bagan	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Profesi Keperawatan.....	6
1.4.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	6
1.4.3 Bagi Instansi Pelayanan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Laparatomi	7
2.1.1 Definisi Laparatomi	7
2.1.2 Tujuan Laparatomi.....	7
2.1.3 Indikasi Laparatomi	7
2.1.4 Penatalaksanaan /Jenis-Jenis Tindakan	10
2.1.5 Pemeriksaan penunjang	11
2.1.6 Komplikasi pasca operasi	12
2.2 Nyeri.....	13
2.2.1 Definisi Nyeri.....	13
2.2.2 Etiologi	13

2.2.3 Patofisiologi.....	14
2.3 Mobilisasi Dini	24
2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini.....	24
2.3.2 Tujuan Mobilisasi Dini.....	25
2.3.3 Manfaat Mobilisasi Dini	25
2.3.4 Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Nyeri.....	26
2.3.5 Dampak Jika Tidak melakukan Mobilisasi Dini	27
2.3.6 Prosedur Mobilisasi Dini	27
2.3.7 Peran dan Fungsi Perawat dalam Mobilisasi Dini	29
2.3.8 Rentang Gerak Mobilisasi Dini	30
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	
3.2 Kerangka Teori Penelitian.....	31
3.2 Kerangka Konsep.....	33
3.3 Hipotesis Penelitian.....	33
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian.....	34
4.2 Populasi dan Sampel.....	35
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	37
4.4 Variabel Penelitian	37
4.5 Definisi Operasional.....	38
4.6 Instrumen Penelitian.....	39
4.7 Etika Penelitian	41
4.8 Metode Pengumpulan Penelitian.....	43
4.9 Teknik Pengolahan Data	43
4.10 Teknik Analisa Data.....	45
BAB V HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisa Univariat	47
5.1.1 Karakteristik Responden.....	47
5.1.2 Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini pada kelompok	

intervensi dan kelompok Kontrol	48
5.2 Analisa Bivariat.....	48

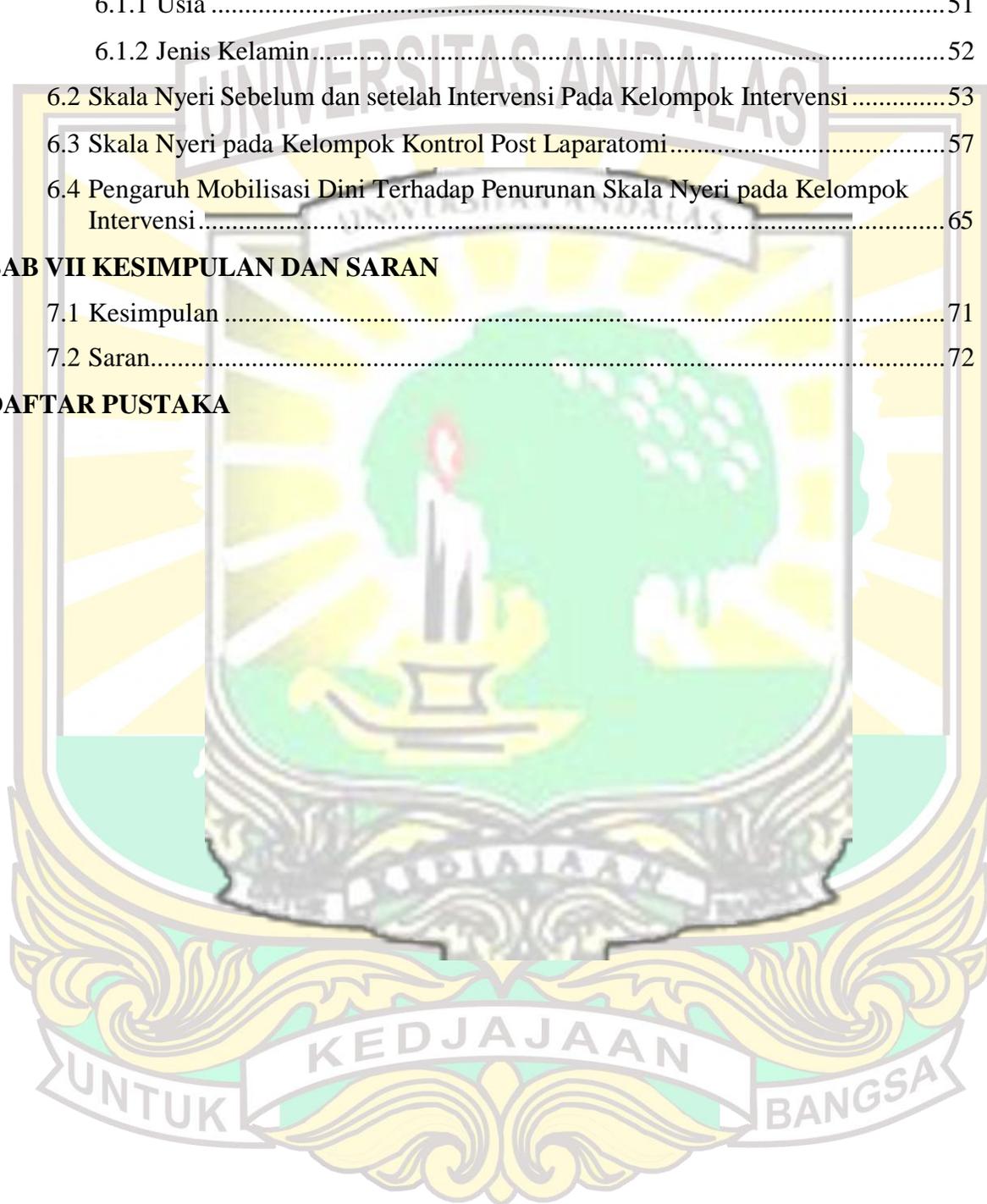
BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden.....	51
6.1.1 Usia	51
6.1.2 Jenis Kelamin.....	52
6.2 Skala Nyeri Sebelum dan setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi.....	53
6.3 Skala Nyeri pada Kelompok Kontrol Post Laparatomi.....	57
6.4 Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Kelompok Intervensi.....	65

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	71
7.2 Saran.....	72

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Teori	32
Bagan 3.2 Kerangka Konsep	33



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Desain Penelitian.....	34
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	38
Tabel 5.1 Karakteristik Respondek Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	47
Tabel 5.2 Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah Mobilisasi Dini Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	47
Tabel 5.3 Uji Normalitas.....	48
Tabel 5.4 Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini	48
Tabel 5.5 Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Kontrol.....	49



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Susanti,2021). Laparotomi merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Subandi, 2021). Laparotomi merupakan cara medis untuk menangani kondisi yang sulit apabila hanya dengan menggunakan obat- obatan yang sederhana (Banamtum ,2021). Tindakan laparotomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual pada integritas seseorang baik biopsikososial spiritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Rasa nyeri tersebut biasanya timbul setelah operasi (Black Joyyce, 2020).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pasien laparotomi di dunia meningkat setiap tahunnya sebesar 15%. Jumlah pasien laparotomi mencapai peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2020 terdapat 80 juta pasien operasi laparotomi diseluruh rumah sakit di dunia. Pada tahun 2021 jumlah pasien post laparotomi meningkat menjadi 98 juta pasien (Subandi,2021). Laparotomi di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus pembedahan lainnya. Pada tahun 2021, tindakan operasi mencapai 1,7 juta jiwa dan 37% diperkirakan merupakan tindakan

bedah laparatomi (Sutiono,2021). Berdasarkan data Riskesdas (2021) angka kejadian laparatomi di Sumatera Barat berjumlah 1.409 pasien. Sedangkan di Kota Padang berdasarkan data dari RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2020-2021 angka kejadian pembedahan laparatomi berjumlah 362 pasien.

Masalah yang timbul pada pasien post laparatomi adalah nyeri sehingga pasien tidak toleran terhadap aktifitas sehari - harinya. Nyeri pada post operasi laparatomi sering dirasakan setelah tindakan operasi selesai karena efek obat anestesi yang digunakan selama operasi mulai menghilang. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik (Herawati, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Rahmat (2020), menemukan bahwa sebanyak 27,1 % pasien post laparatomi mengeluhkan nyeri berat, 56,7% mengeluhkan nyeri sedang dan 16,2% mengeluhkan nyeri ringan.

Nyeri yang tidak teratasi akan berdampak pada lamanya penyembuhan, dan akan mengakibatkan lamanya waktu rawatan (Black Joiyce, 2020). Asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi sangat penting dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan seperti masalah nyeri. Tindakan laparatomi akan menimbulkan respon nyeri yang akan menimbulkan keterbatasan gerak. Pasien dengan nyeri yang tidak tertahankan menyebabkan ketidakberdayaan yang akan memperburuk kondisi pasien (Tamsuri, 2021).

Manajemen nyeri post laparatomi harus mencakup semua aspek, baik dalam aspek farmakologi maupun non-farmakologi karena nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh luka operasi saja tetapi juga dipengaruhi oleh emosi. Intervensi keperawatan yang digunakan dalam mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien salah satunya adalah manajemen nyeri dengan menggunakan teknik farmakologi yang berkolaborasi dengan tim medis atau pun intervensi mandiri dengan teknik non-farmakologi (Noorisa, 2021).

Salah satu dari perawatan pasien post laparatomi untuk mengurangi nyeri yakni dengan mobilisasi dini (Rustianawati, 2021). Mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post laparatomi, 5 kali pengulangan pelatihan. Latihan dilakukan pada hari pertama post laparatomi selama (15-30 menit per sesi) yang disesuaikan dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat dan dukungan keluarga (Sugiyono, 2020). Menurut Arianti (2021) mobilisasi dini dapat mempercepat penurunan skala nyeri yang timbul pada pasien pasca operasi serta dapat mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi. Terapi mobilisasi dini bermanfaat untuk peningkatan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri. Terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan oleh pasien secara mandiri agar dapat melakukan aktifitas salah satunya yaitu mobilisasi dini (Priyanto, 2020).

Menurut Handayani (2020), tujuan mobilisasi adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, membantu pernapasan menjadi lebih baik,

mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian. Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Menurut Wahid (2020) dalam penelitiannya bahwa pasien post laparatomi yang dilakukan mobilisasi dini memiliki lama rawat inap yang singkat dibandingkan pasien yang tidak mobilisasi dini. Disamping penelitian yang dilakukan oleh Zakaria Iskandar (2020) menyebutkan bahwa post operasi laparatomi yang dilakukan mobilisasi dini memiliki waktu penyembuhan yang lebih cepat dan tingkat nyeri yang rendah dibandingkan pasien yang tidak mobilisasi dini.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 20 Desember 2022 di RSUP Dr M Djamil Padang, didapatkan data pasien yang menjalani operasi laparatomi sejumlah 30 pasien dengan skala nyeri sedang (4-6) dari bulan Oktober- Desember 2022. Pada pasien post operasi laparatomi tindakan yang dilakukan kepada pasien berupa terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis sudah dilakukan dengan maksimal sesuai dengan SOP namun masih ada pasien yang mengeluh nyeri. Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan menggunakan metode wawancara di ruang bedah 1, terdapat 24 orang pasien takut untuk melakukan mobilisasi dini. Pasien dan keluarga beranggapan mobilisasi dini dapat memperlama proses penyembuhan luka dan membuat penyakit semakin parah. Berdasarkan hasil observasi di

ruang Bedah 1 RSUP Dr M Djamil Padang penerapan mobilisasi dini pada pasien post op hanya sebatas mengarahkan untuk miring kanan dan miring kiri saja tanpa ada mengukur skala nyeri pasien dan mengobservasi kembali apakah nyeri pada pasien berkurang atau tidak.

Merujuk pada pemaparan diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai “Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang tahun 2023”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang tahun 2023 ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang tahun 2023

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui distribusi karakteristik responden penelitian (usia, jenis kelamin).
2. Diketahui skala nyeri sebelum dan sesudah mobilisasi dini pada kelompok intervensi.

3. Diketahui skala nyeri pada kelompok kontrol pasien post laparatomi
4. Diketahui pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pasien post laparatomi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Profesi Keperawatan

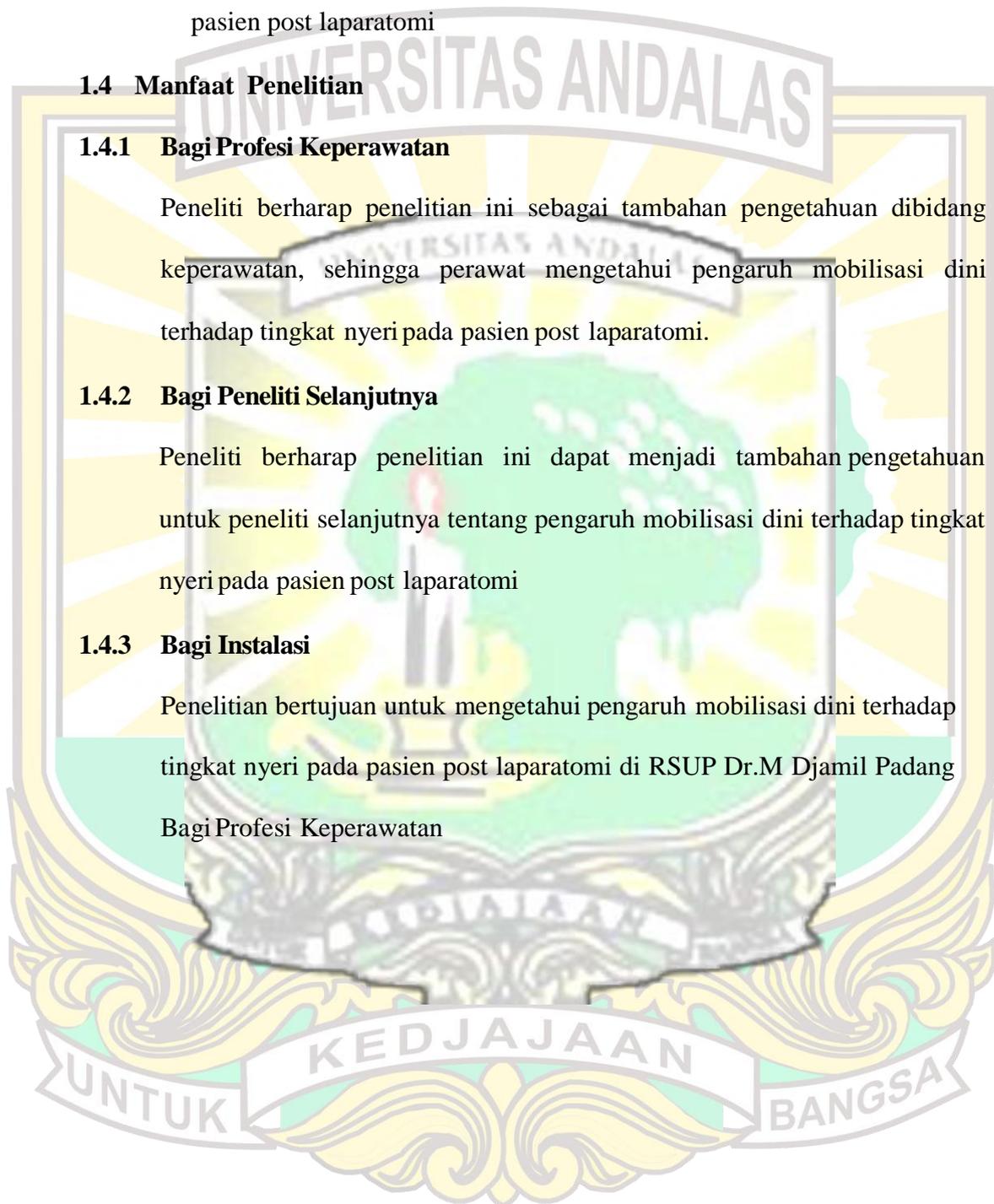
Peneliti berharap penelitian ini sebagai tambahan pengetahuan dibidang keperawatan, sehingga perawat mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi.

1.4.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berharap penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan untuk peneliti selanjutnya tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi

1.4.3 Bagi Instalasi

Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang
Bagi Profesi Keperawatan



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparotomi

2.1.1 Definisi Laparotomi

Laparotomy (laparotomi) adalah proses bedah dengan cara membuat sayatan di dinding perut. Laparotomi ini dilakukan untuk menyelidiki dan mencari tahu masalah atau penyakit yang ada dalam organ perut seperti empedu, pankreas, limpa maupun gangguan pada organ hati (Metasari, 2020). Laparotomi adalah prosedur medis yang melibatkan pembedahan pada perut guna melihat organ-organ pencernaan didalamnya (Karyati, 2020).

2.1.2 Tujuan Laparotomi

Tujuan Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2021).

2.1.3 Indikasi Laparotomi

1. Trauma abdomen

Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak

diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignatovicus, 2020). Dibedakan atas 2 jenis yaitu :

- a. Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh : luka tusuk, luka tembak.
- b. Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (sit-belt)

2. Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membrane serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier (Ignatovicus, 2020)

3. Pendarahan saluran pencernaan

4. Sumbatan pada usus besar

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus.

Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma

dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus.

Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), Intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignativicus, 2020)

5. Massa pada abdomen
6. Appendicitis mengacu pada radang appendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari appendicitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.

- a. Tumor abdomen
- b. Pancreatitis (inflammation of the pancreas)
- c. Abscesses (a localized area of infection)
- d. Adhesions (bands of scar tissue that form after trauma or surgery)
- e. Diverticulitis (inflammation of sac-like structures in the walls of the intestines)
- f. Intestinal perforation
- g. Ectopic pregnancy (pregnancy occurring outside of the uterus)
- h. Foreign bodies (e.g. a bullet in a gunshot victim)
- i. Internal bleeding (Sjamsurihidayat , 2020)

2.1.4 Penatalaksanaan/ Jenis-Jenis Tindakan

Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan, antara lain (Yenichrist, 2020):

a. Midline incision

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insis ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis (Yenichrist, 2020).

b. Paramedian yaitu : sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta splenektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah (Yenichrist, 2020).

c. *Transverse upper abdomen incision* yaitu : insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy (Yenichrist, 2020).

d. *Transverse lower abdomen incision* yaitu: insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya: pada operasi appendectomy (Yenichrist, 2020).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Wong, 2021) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar : kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung : dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
2. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
3. Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.

4. IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
5. Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan bulu-bulu terlebih dahulu.
6. Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium

2.1.5 Komplikasi Pasca Operasi

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi yang dilakukan. Bahaya yang akan terjadi pada tromboflebitis apabila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak.
2. Kerusakan integritas kulit apabila terjadi infeksi pasca operasi biasanya muncul pada 36-46 pasca operasi.
3. Nyeri hebat akibat luka operasi terjadinya Dehiscensi dan Eviserasi. Dehiscensi merupakan terbukanya tepi-tepi luka dan Eviserasi merupakan keluarnya organ- organ dalam melalui insisi. Faktor

penyebabnya adalah infeksi pada luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, batuk / muntah pascaoperasi (Saifullah, 2020)

2.2 Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2020). Nyeri menurut Rospond (2020) merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita.

Menurut Handayani (2020) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu. Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Kozier & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

2.2.2 Etiologi

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik

trauma 22 mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor

nyeri, serabut saraf ini terletak pada pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Kozier & Erb, 2021)

2.2.3 Patofisiologis

Menurut Kozier & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri berbagai menjadi 3 bagian :

1. Mekanisme Neurofisiologi Nyeri

Sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berdeda satu sama lain.

2. Transmisi Nyeri

Reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fasia, tendon, dan kornea juga merupakan

reseptor nyeri yang mempunyai potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.

3. Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden

Kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensori asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diterima secara sadar, neuron pada sistem asenden diaktifkan. Aktifitas terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam kornudorsalis yang ketika diaktifkan, menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden.

4. Faktor Predisposisi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Nyeri menurut Handayani (2020) :

a. Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa budaya beranggapan bahwa laki-laki lebih berani dan dapat menahan rasa nyeri dibandingkan perempuan.

c. Lingkungan

Lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien.

d. Keadaan Umum

Kondisi Fisik yang menurun, pasien dalam keadaan lemah dan kurang asupan nutrisi akan dapat meningkatkan intensitas nyeri begitu juga dengan haus / dehidrasi

e. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri biasanya dapat dirasakan dalam lokasi tertentu ada yang berupa nyeri ringan, sedang dan nyeri berat.

f. Kecemasan (anxientas)

Berdasarkan penelitian hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks, kecemasan yang dilakukan oleh seseorang sering kali meningkatkan persepsi nyeri.

5. Alat ukur nyeri

Menurut Masturah (2020) alat ukur nyeri terbagi atas beberapa kelompok :

a. Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale)

0 = Tidak ada rasa sakit.

1 = Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk.

2 = Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.

3 = Nyeri sangat terasa namun bisa ditoleransi, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4 = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5 = Kuat, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir

6 = Kuat, nyeri yang dalam dan menusuk begitu kuat sehingga mempengaruhi sebagian indra anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.

7 = Sama seperti skala 6, kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik.

8 = Nyeri yang kuat sehingga seseorang tidak dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian saat sakitnya kambuh dan berlangsung lama

9 = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya, sampai-sampai mengusahakan segala cara untuk menghilangkan rasa sakitnya, tanpa peduli apapun efek samping atau risikonya.

10 = Nyeri begitu kuat hingga tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini, karena sudah telanjur pingsan, seperti saat mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kehilangan kesadaran sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

b. Numerik rating scale (NSR)

Skala nyeri jenis ini adalah yang paling sering digunakan. Saat mengukur rasa nyeri, dokter akan meminta anda untuk memilih angka dari 0-10, dengan penjabaran sebagai berikut :

- 1) Angka 0 artinya tidak nyeri
- 2) Angka 1-3 nyeri ringan
- 3) Angka 4-6 nyeri sedang
- 4) Angka 7-10 nyeri berat

c. Visual Analogue Scale (VAS)

Selain kedua cara menilai skala nyeri di atas, ada juga metode VAS. *Visual Analogue Scale* adalah suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri secara terus-menerus. Skala ini

membuat pasien bebas untuk menentukan tingkat nyeri sesuai yang dirasakan.

- 1) Skala Nyeri 0 : Tidak terasa nyeri.
- 2) Skala Nyeri 1-3 : Nyeri ringan seperti gatal, kesetrum, nyut-nyutan, perih.
- 3) Skala Nyeri 4-6 : Nyeri sedang seperti kram, kaku, terbakar, ditusuk-tusuk.
- 4) Skala Nyeri 7-9 : Nyeri berat namun masih dapat dikontrol oleh pasien.
- 5) Skala Nyeri 10 : Nyeri berat yang tidak dapat dikontrol pasien

6. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non -farmakologi dan farmakologi

a. Penatalaksanaan Farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/ pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Helmi, 2020).

1) Analgesik

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang

tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik menurut Helmi (2020) yaitu :

(a) Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid

(NSAID) Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan episiotomy.

(b) Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.

(c) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesi

Peneliti berharap penelitian ini sebagai tambahan pengetahuan dibidang keperawatan, sehingga perawat mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi.

2) Analgesik Dikontrol Pasien (ADP)

Sistem pemberian obat yang disebut ADP merupakan metode yang aman untuk penatalaksanaan nyeri kanker, nyeri post operasi dan nyeri traumatik. Klien/pasien menerima keuntungan apabila ia mampu mengontrol nyeri (Helmi, 2020)

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Nur'aeni (2021), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan (Smeltzer, 2021). Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi (Noorisa, 2020).

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Tamsuri (2021) terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1) Teknik Distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus

yang lain. Jenis Teknik Distraksi Menurut Tamsuri (2021) teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) Distraksi visual dan audio visual cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukai seperti menonton animasi animasi.
- b) Distraksi pendengaran seperti mendengarkan music, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemeric air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.

- c) Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandangi fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan mundur 4 – 1 dan kemudian mengeluarkan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung mundur 4 – 1 (dalam hati). Anjurkan pasien untuk fokus pada irama pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, teknik ini dilakukan hingga terbentuk pola pernafasan yang ritmik.
- d) Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang digemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e) Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur-angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

2) Teknik Relaksasi

Menurut Tamsuri (2021) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat

memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsurangsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Asti Aristi, 2021).

Tujuan dari teknik relaksasi menurut Asti Aristi (2021) antara lain :

- a) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
- b) Penurunan konsumsi oksigen.
- c) Penurunan ketegangan otot.
- d) Penurunan kecepatan metabolisme.
- e) Peningkatan kesadaran secara umum.
- f) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
- g) Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
- h) Perasaan damai dan sejahtera.
- i) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

3) Teknik stimulasi kulit

Teknik stimulasi kulit yang digunakan adalah kompres dingin ataupun kompres hangat

4) Mobilisasi Dini

2.3 Mobilisasi Dini

2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan- miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Banamtum, 2021)

2.3.2 Tujuan dari mobilisasi

Menurut Banamtum (2021) tujuan dari mobilisasi antara lain :

1. Mempertahankan fungsi tubuh.
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka.
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
4. Mempertahankan tonus otot.
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urin.
6. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
7. Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi.

2.3.3 Manfaat Mobilisasi

Menurut Aiddina Fajri Manfaat mobilisasi pada post laparatomi (2020) :

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.

Setelah bergerak, otot - otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.

2. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Melakukan pergerakan akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
3. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan pasien segera untuk bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat (Sabella, 2021).
4. Hari rawat akan menjadi lebih pendek 2 hari mengurangi intensitas nyeri.

2.3.4 Mobilisasi dini terhadap penurunan nyeri

Membantu pasien untuk mengurangi nyeri yang dirasakan adalah prioritas utama dalam asuhan keperawatan. Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diberikan adalah mobilisasi dini pada pasien pasca operasi. Noorisa (2021) menyatakan mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.

Manfaat-manfaat tersebut akan dirasakan oleh pasien apabila melakukan mobilisasi dini setelah operasi. Mobilisasi dini yang dilakukan sesegera mungkin akan berpengaruh pada proses penurunan skala nyeri. Kemudian, tindakan ini dapat mempertahankan fungsi tubuh, mempertahankan tonus otot, dan memulihkan pergerakan sedikit demi sedikit sehingga pasien *post* pembedahan dapat memenuhi kebutuhan aktivitasnya kembali.

2.3.5 Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Sebagian besar pasien setelah operasi akan merasa keberatan jika dianjurkan untuk mobilisasi dini dikarenakan masih takut dengan luka jahitannya, namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya (Sugiyono,2020) :

- 1) Penyembuhan luka menjadi lama
- 2) Kulit di bagian punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
- 3) Badan menjadi mudah lelah dan terasa pegal akibat kurang gerak
- 4) Lama perawatan di rumah sakit bertambah.

2.3.6 Prosedur Mobilisasi Dini

Menurut Noorisa (2020), mobilisasi dini pasca operasi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah sebagai berikut : Program ini dibagi menjadi 4 tahap dan mudah digunakan. Informasi yang diberikan termasuk jenis pasien untuk siapa setiap fase yang tepat, mobilitas tidur, transfer,latihan terapeutik, pengaturan posisi, durasi dan frekuensi sesi mobilitas.

Mobilitas awal dan program berkelanjutan menyediakan pendekatan praktis untuk membantu petugas kesehatan dalam pengelolaan pasien di ruangan Bedah 1 terutama pasien yang membutuhkan ventilasi mekanik. Mobilitas dini dapat didefinisikan sebagai awal program mobilitas ketika pasien minimal mampu berpartisipasi dengan terapi, memiliki Status hemodinamik stabil, dan mampu menerima oksigen. Penekanan ditempatkan pada mobilitas progresif, kemampuan fungsional individu, dan ambulasi pasien yang memenuhi kriteria tertentu.

Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Sabella (2021) membahas tentang pelaksanaan mobilisasi dini dengan menggunakan lembar observasi, tahap pelaksanaan dalam penelitian ini dimulai dari melihat jadwal operasi pada pasien dan untuk tahapan mobilisasi terbagi 4 atas 3 bagian. Tahap 1 dilakukan pada 4-6 jam pertama setelah operasi dengan tindakan latihan ringan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana dilakukan pengulangan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan kemudian dilanjutkan dengan gerakan miring kiri dan miring kanan yang mana pasien sebelumnya pasien telah dinilai skala nyerinya berdasarkan comparative pain scale, tahap 3 dilakukan pada 12-24 jam setelah operasi dengan tindakan belajar duduk dan kemudian dianjurkan untuk berjalan.

Mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post laparatomi, 5 kali pengulangan pelatihan. Latihan dilakukan pada hari pertama post laparatomi selama (15-30 menit per sesi) yang disesuaikan dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat dan dukungan keluarga (Sugiyono, 2020).

2.3.7 Peran dan fungsi perawat dalam mobilisasi dini

Menurut Potter & Perry (2017) peran dan fungsi perawat dalam mobilisasi dini yaitu :

a. Peran perawat sebagai caregiver

Membuat diagnose dari hasil pengkajian. Kemudian dilanjutkan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terkait dengan masalah mobilisasi pasien. Diawali dengan melakukan pengkajian kepada pasien tentang aspek biologis pasien seperti usia, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pasien, setelah itu dilanjutkan dengan untuk membuat rencana asuhan keperawatan, lalu melakukan implementasi dan evaluasi pasien

b. Peran perawat sebagai educator

Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan mobilisasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sendiri semampu pasien.

c. Peran perawat sebagai *collaboration*

Melakukan kolaborasi dengan tim medis interdisiplin dengan partisipasi pasien dan keluarga mengenai tindakan mobilisasi pada pasien. Kolaborasi juga dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat serta suplementasi vitamin dan mineral.

2.3.8 Rentang Gerakkan Mobilisasi

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi menurut Potter & Perry (2017) yaitu :

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif.

Contoh perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

b. Rentang gerak aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan ototnya secara aktif. Contoh pasien yang berbaring di tempat tidur menggerakkan kakinya sendiri.

c. Rentang gerak fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

BAB III KERANGKA

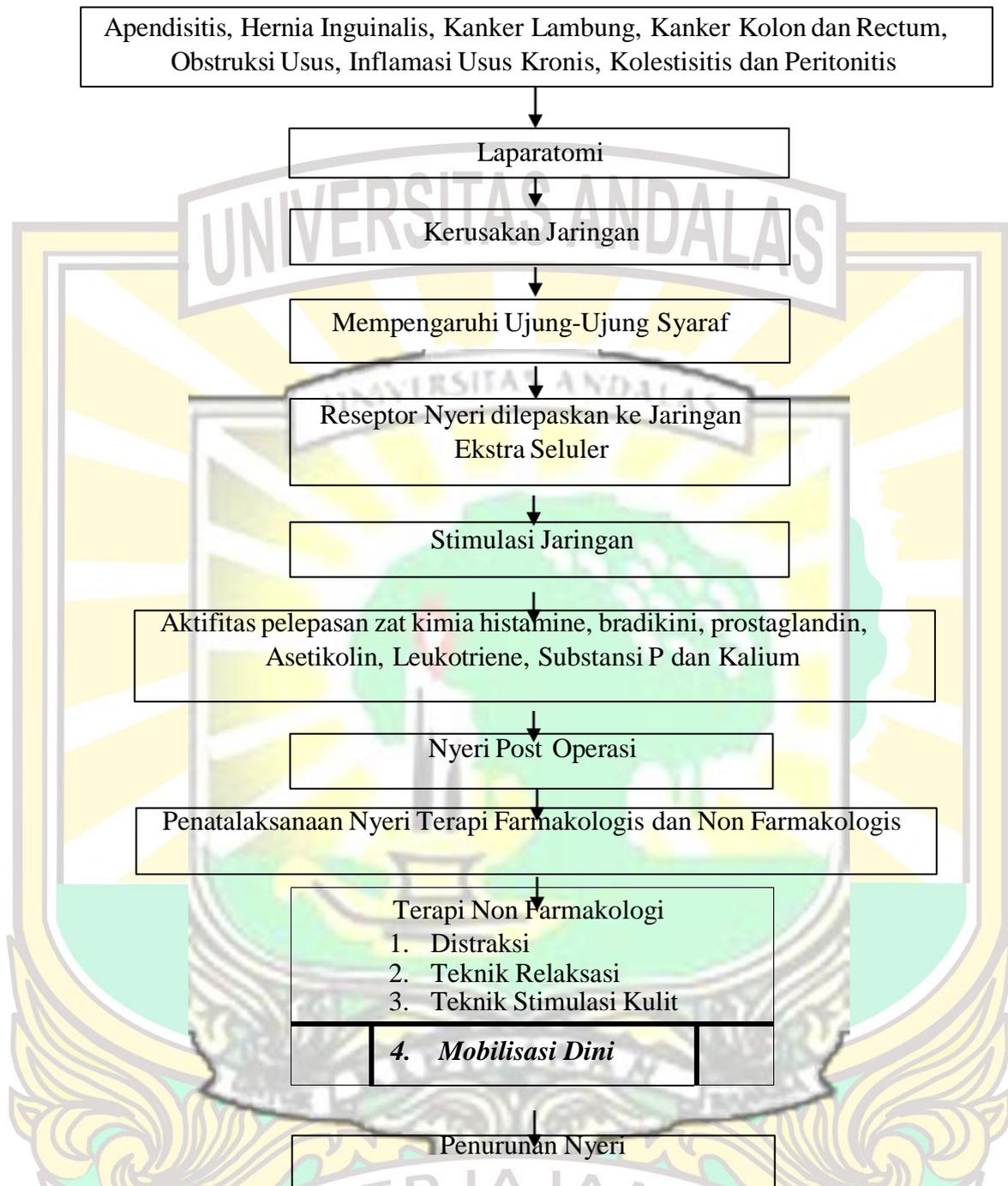
KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Teori Penelitian

Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Sjamsurihidayat, 2020). Laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparotomi ini adalah herniotomi, gasterektomi, kolesistoduodenostomi, hepatektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi (Andika, 2021).

Nyeri post-operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi (Despitari, 2020). Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi.

Secara skematis kerangka teori penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



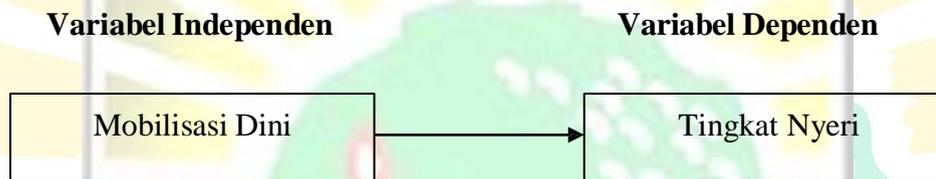
Bagian 3.1 Kerangka Teori Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Laparotomi

Keterangan : = Tidak diteliti Cetak Tebal dan Miring = Diteliti

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien laparatomi menimbulkan nyeri. Nyeri yang dialami pasien dapat diberikan penatalaksanaan non farmakologi yakni terapi bergerak yang bisa dilakukan dengan terapi latihan mobilisasi dini , sehingga dapat menurunkan skor nyeri pasien.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori diatas, maka digambarkan mengenai kerangka konsep yang digunakan sebagai dasar pada penelitian yang akan dilakukan.



3.3 Hipotesa Penelitian

Ha : Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan metode *Quaisy Experiment Design* pendekatan *Pretest-posttest With Control Group*. Dimana penelitian yang mengkaji perbedaan antar kelompok eksperimen dan kelompok control (Sugiono,2020). Penelitian ini melibatkan pasien post operasi laparatomi diruang rawat inap RSUP Dr. M Djamil Padang sebagai perlakuan.

Sebelum melakukan penelitian dilakukan pengukuran nyeri (*pre-test*) kepada pasien post laparatomi

Tabel 4.1 Desain Penelitian

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
Intervensi	01	X	02
Kontrol	01		02

Keterangan :

O1 = Pengukuran Pertama Responden

O2 = Pengukuran Kedua Responden

X = Mobilisasi Dini

4.2 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekumpulan orang yang mempunyai karakteristik secara umum ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari, kemudian dilakukan penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2020). Populasi penelitian ini yaitu pasien post operasi laparatomi di RSUP dr M Djamil Padang yang berjumlah 20.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya mewakili populasi yang dijadikan sumber data yang diperlukan untuk mendapatkan jawaban dari permasalahan yang diteliti (Sabella, 2021).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien post operasi laparatomi yang baru pindah dari ruang pemulihan
- 2) Memiliki kesadaran penuh (dapat berkomunikasi, kooperatif)
- 3) Pasien bersedia dijadikan sampel dengan menandatangani surat persetujuan.
- 4) Pasien post laparatomi yang dilakukan pembedahan pada bagian abdomen yang panjang sayatan $> 4 - \leq 12,5\text{cm}$
- 5) Pasien yang mendapatkan pengobatan farmakologis yang sama (seperti ketorolak)

b. Kriteria Eksklusi :

- 1) Dalam perawatan untuk kondisi kejiwaan yang serius
- 2) Pasien dalam keadaan koma.
- 3) Pasien post appendiktomi (sayatan ≤ 4 cm) dibagian kanan bawah perut

c. Cara Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Dimana pengambilan sampel penelitian sesuai dengan kriteria inklusi. Besar sampel yang dipergunakan didapatkan berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Isaac dan Michael dengan tingkat kesalahan 5%. (Sugiyono, 2020). Rumus untuk menghitung ukuran sampel dari populasi yang diketahui adalah :

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan:

λ^2 dengan dk = 1, taraf derajat kesalahan 5%

N = Jumlah populasi = 30

P = Peluang benar (0,5)

Q = Peluang salah (0,5)

d = Perbedaan antara rata-rata sampel dengan rata-rata populasi
0,05

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$S = \frac{0,05 \cdot 30 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05 \cdot (30-1) \cdot 0,05 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = \frac{7,5}{0,36} = 20$$

Responden yang memenuhi syarat menjadi sampel berjumlah 20 orang.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang Bedah 1 dan Ruang Bedah 2 RSUP Dr M Djamil Padang . Penelitian dimulai dari Desember 2022 sampai dengan Maret 2023.

4.4 Variabel Penelitian

Variabel yaitu objek penelitian yang di jadikan sebagai sasaran pada penelitian, atau biasa disebut sebagai gejala penelitian yang akan diteliti oleh peneliti. Variabel terdiri dari dua, yaitu (Donsu, 2021):

1) Variabel Bebas (Variabel Independen)

Variabel bebas yaitu variabel yang menjadi sebab terjadinya variabel terikat. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen yaitu mobilisasi dini.

2) Variabel Terikat (Variabel Dependen)

Variabel terikat ialah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas, biasanya disebut dengan variabel konsekuen, kriteria, dan output. Pada penelitian ini nyeri yang menjadi variabel terikat

4.5 Definisi Operasional

Variabel yaitu suatu atribut bagian atau sifat dari nilai seseorang objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan ketentuannya oleh peneliti untuk dipelajari atau kemudian diambil keputusan (Supranto, 2020).

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala ukur	Skor
Mobilisasi dini	Pasien melakukan gerak fungsi dasar atau mengubah Posisi tidur Tertentu untuk merangsang peningkatan sirkulasi darah pada daerah luka operasi yang meliputi latihan kelenturan sendi dan rentang pergerakan sendi, miring kiri dan miring kanan, duduk di atas tempat tidur menggoyang - goyangkan kaki, dan turun dari tempat tidur dengan dibantu dan berdiri yang dilakukan secara bertahap	- 4-6 jam pertama pasien harus tirahbaring dahulu, namun pasien dapat melakukan mobilisasi dini dengan menggerakkan lengan atau tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki -8-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli - 12-24 jam pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk -Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan (Herawati, 2020)	-Lembar observasi -Lembar checklis	Ordinal	0= Ya 1 = Tidak

Tingkat nyeri	Hasil pengukuran atau penilaian tingkat nyeri pada responden pasca operasi laparatomi yang dilakukan sebanyak 2x yaitu sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini.	Intensitas nyeri diukur menggunakan skala Comparative Pain Scale. Dengan rentang 0-10 nyeri diukur menggunakan skala Comparative Pain Scale. Dengan rentang 0-10	Observasi dan wawancara	Ratio	Skala nyeri 0-10
---------------	---	--	-------------------------	-------	------------------

Tabel 4.2 Definisi Operasional

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data merupakan alat ukur yang digunakan dalam pengumpulan data. Instrumen penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah bentuk lembar observasi untuk memberikan tindakan mobilisasi dini dan menggunakan skala *Comparative Pain Scale* untuk mengukur tingkat nyeri (Perry Potter, 2017).

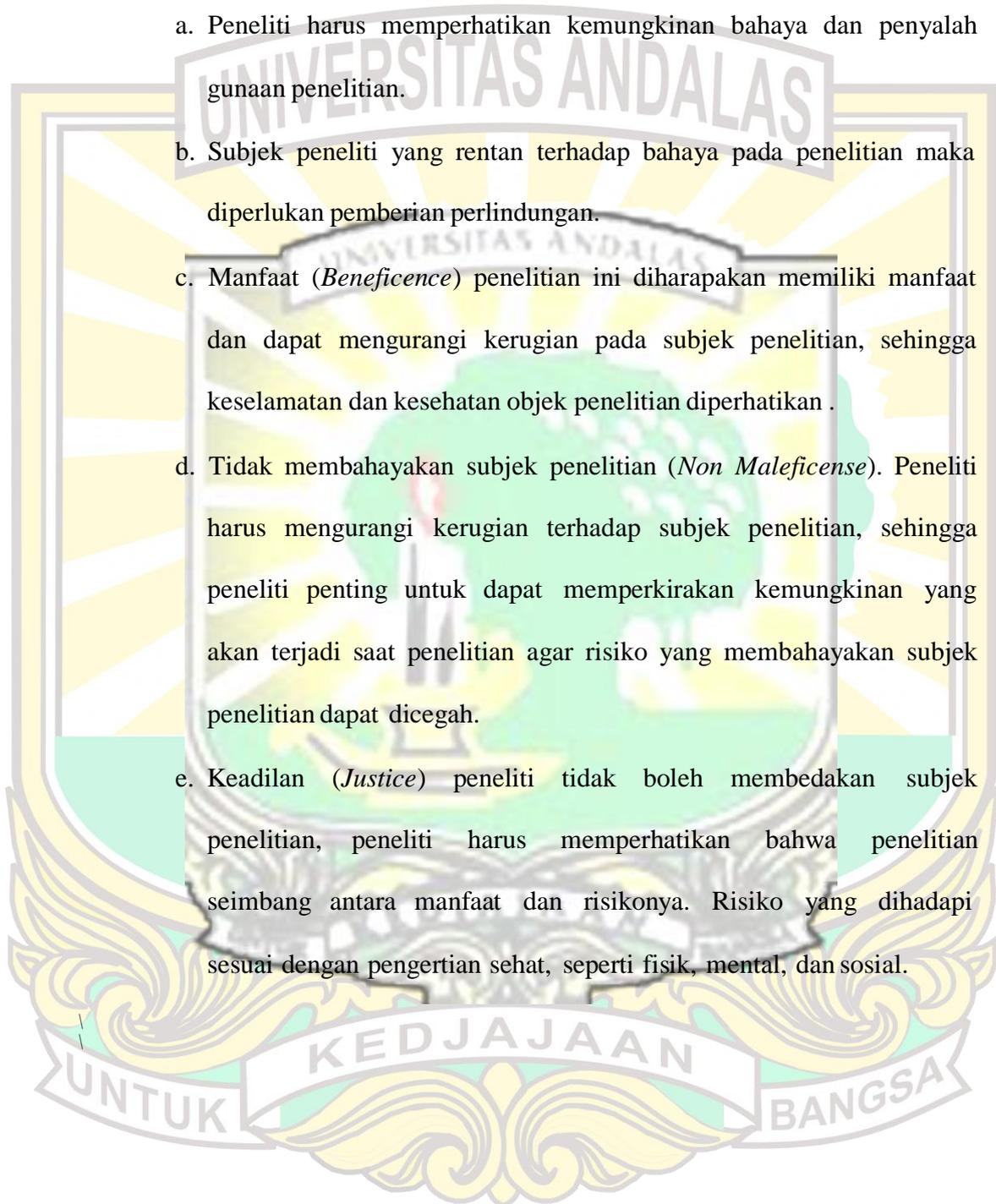
4.7 Etika Penelitian

Etika penelitian yaitu suatu aturan wajib yang diterapkan karena seluruh penelitian yang melibatkan manusia sebagai subjek. Berikut etika dalam penelitian yang harus diterapkan yaitu (Masturah, 2020) :

1. *Informed Consent* merupakan proses dimana subjek penelitian secara sukarela untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilaksanakan, serta setelah dijelaskan keseluruhan ruang lingkup, manfaat, dan resiko dari penelitian tersebut.

2. Menghormati atau menghargai subjek (*Respect For Person*) Hal-hal yang harus diperhatikan untuk menghormati atau menghargai subjek penelitian yaitu :

- a. Peneliti harus memperhatikan kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian.
- b. Subjek peneliti yang rentan terhadap bahaya pada penelitian maka diperlukan pemberian perlindungan.
- c. Manfaat (*Beneficence*) penelitian ini diharapkan memiliki manfaat dan dapat mengurangi kerugian pada subjek penelitian, sehingga keselamatan dan kesehatan objek penelitian diperhatikan .
- d. Tidak membahayakan subjek penelitian (*Non Maleficence*). Peneliti harus mengurangi kerugian terhadap subjek penelitian, sehingga peneliti penting untuk dapat memperkirakan kemungkinan yang akan terjadi saat penelitian agar risiko yang membahayakan subjek penelitian dapat dicegah.
- e. Keadilan (*Justice*) peneliti tidak boleh membedakan subjek penelitian, peneliti harus memperhatikan bahwa penelitian seimbang antara manfaat dan risikonya. Risiko yang dihadapi sesuai dengan pengertian sehat, seperti fisik, mental, dan sosial.



4.8 Metode Pengumpulan Data

Berdasarkan teori oleh Notoatmodjo (2014), pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Data Primer

Jenis data primer yang dikumpulkan adalah data umum pasien post operasi laparatomi sebagai subjek dari penelitian seperti umur, jenis kelamin, daerah asal, kondisi umum pasien terpilih sebagai sampel dari peneliti. Risiko yang dihadapi sesuai dengan pengertian sehat, seperti fisik, mental, dan sosial.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang digunakan sebagai penunjang dalam penelitian. Data penelitian ini meliputi sekunder adalah data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan jumlah pasien di ruang rawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Tahap Pengumpulan Data

a. Tahap Persiapan

- 1) Peneliti mengurus surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Andalas untuk izin pengambilan data awal dan penelitian di RSUP Dr M Djamil Padang.
- 2) Peneliti mengajukan surat izin yang diperoleh dari fakultas ke pihak RSUP Dr. M. Djamil Padang

RSUP Dr M Djamil Padang memberikan izin pengambilan data dan penelitian di RSUP Dr M Djamil Padang.

b. Tahap Pelaksanaan

- a) Mengkaji skala nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Peneliti mengkaji tingkat nyeri pada pasien post laparotomi dengan menggunakan metode wawancara dan mengisi kuesioner, begitu juga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- b) Intervensi

Sebelum dilakukan penelitian peneliti melakukan edukasi kepada responden yang akan dilakukan penelitian, setelah itu dilakukan responden diminta untuk mengisi inform consent. Penelitian ini dilakukan pada pasien post operasi laparotomi di ruang rawat inap bedah 1. Kemudian peneliti di bantu 3 orang enumerator (1 orang per shift) melakukan assesment data diri pasien yang mengalami nyeri dan dilakukan 1 x 24 jam. Tahap 1 dilakukan pada 4-6 jam pertama setelah operasi dengan tindakan latihan ringan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana dilakukan pengulangan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan kemudian dilanjutkan dengan gerakan miring kiri dan miring kanan yang mana pasien sebelumnya pasien telah dinilai skala nyerinya berdasarkan comparative pain scale,

tahap 3 dilakukan pada 12-24 jam setelah operasi dengan tindakan belajar duduk dan kemudian dianjurkan untuk berjalan. mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post laparatomi, 5 kali pengulangan pelatihan. Latihan dilakukan pada hari pertama post laparatomi selama (15-30 menit per sesi) yang disesuaikan dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat dan dukungan keluarga (Sugiyono, 2020).

c) Post test

Setelah dilakukan intervensi kemudian dilakukan post test terhadap responden kelompok intervensi pada hari kedua, pada responden kelompok kontrol juga dilakukan post test untuk mengetahui skala nyeri pada responden yang tidak dilakukan intervensi.

4.9 Teknik Pengolahan Data

Data yang diperoleh akan dikumpulkan, diolah dan melalui beberapa tahapan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014) :

1. Menyunting data (*Editing*)

Merupakan tahap pengecekan atau pengoreksian data yang telah dikumpulkan karena kemungkinan data yang masuk salah (raw data) atau ada data yang terkumpul tidak logis atau meragukan. Setelah data terkumpul maka dilakukan pengecekan terhadap lembar observasi. Langkah *editing* dilakukan setelah mobilisasi di ajarkan kepada pasien post laparatomi.

2. *Coding*

Tahap ini merupakan tahapan pemberian atau pembuatan kode-kode pada tiap data yang termasuk dalam kelompok yang sama. Dilakukan pemberian simbol, kode pada tiap lembar observasi.

Tahap pemberian Coding dilakukan pada hasil data yang telah ditemukan. Responden 1 diberi kode = 1, Responden 2 diberi kode = 2, Responden 3 diberi kode = 3 dan seterusnya.

3. Tabulating

Tahap ini merupakan tahap dimana peneliti membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberikan kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan.

4. Penyajian data

Setelah dilakukan pengolahan data dengan cara memasukkan semua kode jawaban dalam master tabel menggunakan program *Microsoft Excel*.

5. Menghitung Data

Langkah ini peneliti melakukan penghitungan data dan memasukkan dalam tabel frekuensi dan persentase.

6. Pembersihan Data

Proses pemeriksaan pada data yang sudah dimasukkan (*entry*) untuk melihat ada kesalahan atau tidak.

4.10 Teknik Analisa Data

Analisa data merupakan pengumpulan data dari seluruh responden yang dikumpulkan. Teknik analisa data dalam penelitian kuantitatif menggunakan uji statistik (Sugiyono, 2020)

Analisa data terdiri dari:

1. Analisis univariat

Analisa univariat merupakan teknik analisa data terhadap satu variabel secara mandiri, antar variable tidak ada kaitannya. Analisa ini menghasilkan distribusi dan persentasi dari tiap variable yang diteliti (Notoatmodjo, 2014). Analisa univariat pada penelitian ini adalah skala nyeri sebelum dan sesudah tindakan dari hasil penelitian (Sugiyono,2020)

2. Analisis bivariat

Analisa bivariat dilakukan dengan komputerisasi dengan menggunakan aplikasi SPSS 20 untuk mengetahui perbedaan antara sebelum (*pretest*) dan sesudah (*post test*) diberikan perlakuan mobilisasi dini. Sebelum dilakukan uji bivariat dilakukan uji normalitas menggunakan uji *shapiro wilk* didapatkan hasil $p < 0,05$ yaitu pretest intervensi ($p=0,014$) dan postest intervensi ($p=0,017$) serta pretest kontrol ($p=0,021$) dan postest intervensi ($p=0,001$) maka menunjukkan data berdistribusi tidak normal, sehingga peneliti menggunakan uji statistik *wilcoxon*.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisa Univariat

5.1.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 5.1
Karakteristik Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	Intervensi		Kontrol	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Usia				
17-25 tahun	1	5,0	1	5,0
26-36 tahun	3	15,0	3	15,0
36-45 tahun	4	20,0	1	5,0
46-55 tahun	7	35,0	6	30,0
56-66 tahun	5	25,0	9	45,0
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	14	70,0	10	50,0
Perempuan	6	30,0	10	50,0
Jumlah	20	100,0	20	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat dilihat usia responden pada kelompok intervensi lebih banyak pada usia 46 – 55 tahun (35,0%) dan usia responden pada kelompok kontrol lebih pada usia 56 – 66 (45,0%)tahun serta jenis kelamin pada kelompok intervensi lebih banyak pada laki-laki (70%) dan pada kelompok kontrol laki-laki (50%).

5.1.2 Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini pada kelompok intervensi dan kelompok Kontrol

Tabel 5.2
Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini pada kelompok intervensi dan kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	Median	Min	Max
Pre Intervensi	5,50	0,889	5,00	4	7
Post Intervensi	3,15	1,089	3,00	1	5
Pre Kontrol	5,55	0,887	5,50	4	7
Post Kontrol	4,85	0,813	5,00	3	6

Berdasarkan tabel 5.2 hasil penelitian diperoleh bahwa skala nyeri kelompok pre intervensi berada di antara 4-7 dengan rata-rata 5.50 dengan nilai minimal 4 dan nilai maksimal 7. Skala nyeri kelompok post intervensi berada di antara 1-5 dengan rata-rata 3.00 dengan nilai minimal 1 dan nilai maksimal 5. Pada kelompok pre kontrol berada diantara 4-7 dengan rata-rata 5.5 dengan nilai minimal 4 dan nilai maksimal 7. Post kontrol berada di antara 3-6 dengan rata-rata 4,85 dengan nilai minimal 3 dan nilai maksimal 6.

5.2 Analisa Bivariat

5.2.1 Uji Normalitas

Analisa bivariante dilakukan untuk melihat seberapa efektif penurunan skala nyeri ketika dilakukan mobilisasi dini, sebelum dilakukannya Uji Bivariante maka dilakukan terlebih dahulu uji normalitas

data dengan *Uji Shapiro Wilk* karena jumlah sampel < 50 dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.3
Uji Normalitas

Pengukuran	Shapiro-Wilk (<i>p-value</i>)
Pre Intervensi	0,014
Post Intervensi	0,017
Pre Kontrol	0,021
Post Kontrol	0,001

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa nilai *p-value* pada masing masing kelompok $p < 0.05$ maka dapat disimpulkan bahwa data tidak berdistribusi normal. Maka dari itu peneliti menggunakan uji statistik *wilcoxon*.

5.2.2 Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini

Tabel 5.4
Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah dilakukan Mobilisasi Dini

Skala Nyeri Kelompok Intervensi	N	Mean	Selisih	SD	<i>p value</i>
Pretest	20	5,50	2,35	0,889	0,000
Posttest	20	3,15		1,089	

Tabel 5.4 menunjukkan skala nyeri sebelum diberi perlakuan mobilisasi dini adalah 5,50 dan setelah diberikan perlakuan 3,15. Setelah dilakukan uji statistik *wilcoxon* didapatkan nilai *p value* (0,000) $< \alpha$ 0,05.

Maka disimpulkan ada pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi diRSUP Dr. M. Djamil Padang.

5.2.3 Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.5
Perbedaan Skala Nyeri pada Kelompok Kontrol

Skala Nyeri Kelompok Kontrol	N	Mean	Selisih	SD	<i>p value</i>
Pretest	20	5,55	0,7	0,887	0,000
Posttest	20	4,85		0,813	

Tabel 5.5 menunjukkan skala nyeri pada saat pretest adalah 5,55 dan pada saat post test 4,85 tanpa diberikan intervensi mobilisasi dini. Setelah dilakukan uji statistik *wilcoxon* didapatkan nilai *p value* (0,000) < α 0,05. Maka disimpulkan selisih nyeri pada kelompok kontrol pada pasien post laparatomi adalah 0,7.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

6.1.1 Usia

Hasil penelitian diperoleh bahwa 7 orang (35%) diantaranya berusia 46-59 tahun pada kelompok intervensi yang dapat di kategorikan menurut WHO kedalam usia pertengahan (*middle age*), dan pada kelompok kontrol diantaranya berusia 60-74 tahun menurut WHO merupakan lanjut usia (*elderly*). Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat nyeri seseorang karena semakin bertambahnya usia maka seseorang tersebut dapat mengontrol nyeri yang di alaminya. Pada orang dewasa dapat mengalami perubahan neurologis dan mengalami penurunan persepsi sensorik stimulus serta peningkatan ambang nyeri seiring dengan bertambahnya usia.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Priyanto (2020) dengan hasil rentang umur pada kelompok penelitiannya adalah antara 25 sampai 60 tahun, yang dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu dewasa muda dan dewasa tua dengan alasan rentang usia dewasa yang lebar sehingga dikategorikan antara dewasa muda dan dewasa tua. Berdasarkan tabel 5.1 berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pengalaman nyeri yang berumur dewasa muda adalah 8 orang (40,0%), sedangkan dewasa tua 12 (60,0%).

Dapat disimpulkan bahwa lebih banyak yang merasakan nyeri post op yang berumur dewasa tua.

Menurut Potter & Perry (2017) hubungan antara nyeri dengan usia dapat dibedakan berdasarkan kelompok usia anak-anak dengan lansia. Anak – anak belum memahami dan belum dapat mengatakan secara verbal bagaimana nyeri yang dirasakan dan mengekspresikan nyerinya kepada orang tua ataupun perawat, kebanyakan dari mereka menyembunyikan rasa nyeri karena takut akan tindakan yang akan dijalani selanjutnya. Pada lansia perawat dapat melakukan pengkajian secara rinci dan sering kali ketika adanya keluhan nyeri yang dirasakan karena pada lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Nyeri dapat timbul dari penyakit yang berbeda pada lansia akan tetapi menimbulkan keluhan yang sama

6.1.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan analisis didapatkan bahwa kelompok intervensi pada penelitian ini sebanyak 14 orang (70,0%) adalah laki-laki dan 6 orang (30,0%) adalah perempuan sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 orang (50,0%) adalah perempuan dan 10 orang (50,0%) adalah laki-laki. Jenis Kelamin biasanya tidak berpengaruh signifikan terhadap nyeri hanya saja laki- laki lebih cenderung tidak memiliki keluhan yang berat dibanding perempuan (Andarmoyo, 2021)

Penelitian yang telah dilakukan oleh Rospond (2020) terhadap sampel sebanyak 100 pasien untuk mengetahui perbedaan respon nyeri antara laki-laki dan perempuan. Hasilnya menunjukkan kesamaan pada

kelompok kontrol dan eksperimen sebanding. Jenis kelamin responden pada penelitian ini menunjukkan presentase yang sama antara laki-laki dan perempuan (50,0%). Hasil penelitian menunjukkan hasil bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan penurunan nyeri. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutiono (2012) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan efektifitas penurunan nyeri. Pada laki-laki dan perempuan tidak terdapat perbedaan yang signifikan ketika mereka merespon nyeri hanya saja hormon seks pada manusia dapat mempengaruhi terhadap toleransi tingkat nyeri seseorang. Hormon seks testosteron dapat menaikkan ambang nyeri sedangkan estrogen dapat meningkatkan sensitivitas nyeri. Namun pada dasarnya tergantung kepada individu bagaimana merespon nyeri yang dialami dan faktor-faktor lain juga dapat mempengaruhi seseorang baik dari sosial dan budaya (Joyce, 2020)

6.2 Skala Nyeri Pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Tindakan Mobilisasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala nyeri pada kelompok pre intervensi berada di antara 4-7 dengan rata-rata 5.50 dengan nilai minimal 4 dan nilai maksimal 7, dengan *p-value* 0,000. Pasca pembedahan yang dilakukan (pasca operasi), pasien merasakan nyeri yang sangat hebat dan 75% pasien mengalami pengalaman nyeri yang tidak menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat dan pasien merasakan kecemasan, ketegangan dengan hal ini nyeri yang dirasakan pasien semakin bertambah serta hal ini menjadi pusat perhatiannya (Rahmat, 2020).

Tingkat keparahan nyeri pasca operasi tergantung kepada fisiologis dan psikologis seseorang dan toleransi nyeri yang dirasakannya (Smeltzer, 2021). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sutiono (2020) intensitas nyeri pada responden pre intervensi mobilisasi dini sebanyak 20 orang (91%) berada pada intensitas nyeri 7- 9, dalam 8 jam pertama setelah efek anestesi hilang pasien dapat mengontrol nyerinya.

Hal ini dipengaruhi oleh faktor toleransi pasien terhadap nyeri yang dirasakannya. Nyeri pasca operasi yang dialami pasien merupakan hal yang fisiologis oleh karena itu pasien mengeluh dan meminta tindakan yang dapat mengurangi rasa nyeri. Sensasi nyeri dirasakan oleh pasien terasa ketika kesadaran pasien mulai kembali dan semakin meningkat ketika sudah berkurangnya pengaruh anestesi yang diberikan. Akan tetapi bentuk nyeri yang dirasakan pasien pasca operasi yaitu nyeri akut karena terjadi akibat luka insisi pasca pembedahan (Potter & Perry, 2017).

Nyeri pasca operasi yang dirasakan oleh pasien karena adanya rangsangan mekanik yaitu luka (insisi) dimana insisi ini akan merangsang mediator mediator kimia dari nyeri berupa histamine, bradikinin, asetikolin, dan substansi prostaglandin yang mengakibatkan zat-zat ini dapat meningkatkan sensitifitas reseptor. Selain zat yang mampu merangsang nyeri, tubuh juga memiliki zat yang mampu menghambat (inhibitor) nyeri yaitu endorphin dan enkefalin yang mampu meredakan nyeri (Smeltzer, 2021).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti sebelum melakukan mobilisasi nyeri yang timbul setelah operasi karena efek obat anestesi yang diberikan sudah tidak bekerja sehingga responden mulai merasakan nyeri pasca operasi, pada saat itu luka insisi ini akan merangsang mediator- mediator kimia dari nyeri seperti histamine, bradikinin, asetikolin, dan substansi prostaglandin dimana zat-zat ini di duga dapat meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri yang akan menimbulkan sensasi nyeri.

Penatalaksanaan terhadap penanganan nyeri yang dirasakan oleh pasien dapat berupa terapi farmakologis dan non-farmakologis, dalam penelitian ini melakukan penanganan non-farmakologis yang bersifat distraksi dengan tindakan mobilisasi dini. Tindakan berupa distraksi ini merupakan cara mengubah fokus pasien terhadap perhatiannya, membuat pasien berkonsentrasi pada gerakan yang dilakukan sehingga mengurangi aktifitas mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan reseptor nyeri, serta dapat menimbulkan transmisi syaraf nyeri menuju saraf pusat (Smeltzer,2021).

Penurunan skala nyeri setelah intervensi mobilisasi dikarenakan mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri, mengurangi aktifitas mediator kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, asetilkolin,substansi P, leukotrien, dan kalium pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi syaraf nyeri menuju saraf pusat (Wong,2021).

Gerakan mobilisasi dilakukan diatas tempat tidur seperti gerakan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan (Rahmat,2020).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahid (2020) membahas tentang pelaksanaan mobilisasi dini dengan menggunakan lembar observasi tahap pelaksanaan dalam penelitian ini dimulai dari melihat jadwal operasi pada pasien dan untuk tahapan mobilisasi terbagi atas 3 bagian. Tahap 1 dilakukan pada 4-6 jam pertama setelah operasi dengan tindakan latihan ringan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana gerakan miring kiri dan miring kanan pada pasien sebelumnya pasien telah dinilai skala nyerinya berdasarkan C.P.O.T, tahap 3 dilakukan pada 12- 24 jam setelah operasi dengan tindakan *Range Of Motion* pasif.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Masturah, 2020) dengan literatur review penilaian skala nyeri post operasi sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi dini dilakukan, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada artikel 1 nilai rata-rata nyeri pasien sebelum mobiliasi dini 7,77 dan sesudah mobilisasi dini 5,62 dengan $p \text{ value} = 0,000$. Nilai skala nyeri pada artikel 2 sebelum mobilisasi dini adalah 5,67 dan sesudah mobilisasi dini 3,00 dengan $p \text{ value} = 0,000$. Selain itu hasil artikel 3 nilai rata-rata skala nyeri sebelum mobilisasi dini 7,53 dan sesudah mobilisasi dini 3,47 dengan $p \text{ value} = 0,001$.

Hasil dari ketiga artikel diatas menunjukkan nilai rata-rata nyeri sebelum mobilisasi dini adalah 6,75 dan sesudah mobilisasi dini 3,68 dengan analisa data $p\text{ value} = <0,05$ yang berarti terdapat penurunan nilai rata-rata nyeri sebelum dan sesudah pemberian terapi mobilisasi dini dan ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi.

Penurunan skala nyeri setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini dapat mempengaruhi karena peran penting mobilisasi yaitu mengurangi nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri, tindakan mobilisasi dini memusatkan perhatian pasien pada gerakan yang dilakukan. Hal tersebut memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin (Priyanto,2020)

Hasil penelitian menemukan bahwa adanya penurunan yang terjadi pada pasien post operasi yang dilakukan tindakan mobilisasi dini, nilai nyeri sebelum dilakukan intervensi mobilisasi dini berada pada rata-rata 5,50 menjadi 3,15 dengan selisih 2,35 dengan $p\text{-value}$ 0,000.

6.3 Skala Nyeri pada Kelompok Kontrol.

Skala nyeri kelompok post kontrol berada di antara 5-7 dengan rata-rata 5,55 dengan nilai minimal 5 dan nilai maximal 7 dengan $p\text{-value}$ 0,005. Penilaian C.P.O.T digunakan dalam penelitian ini menurut *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) dan *American Society for Pain Management Nursing* (ASPMN) telah merekomendasikan pengukuran skala nyeri ini dapat dilakukan pada pasien post operasi karena sudah teruji sensitivitas dan spesifitasnya.

Kelebihan lain dari pengukuran skala nyeri menggunakan C.P.O.T ini adalah dapat digunakan pada pasien bedah dan non bedah (Ignativicus, 2020). Berdasarkan hasil penelitian semua responden mendapatkan terapi farmakologis berupa ketorolac dengan dosis 3x30 mg selama 2 hari post laparotomi untuk mengurangi skala nyeri walau tidak bekerja secara maksimal. Terapi diberikan pada pasien merupakan kolaborasi antara dokter dan perawat yang akan menjalankan asuhan keperawatan pasca operasi.

Hal ini dilakukan untuk mengurangi dan menangani masalah nyeri pada pasien, selain itu pemberian terapi farmakologis juga dapat sebagai penenang bagi pasien, membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stress, dan ketegangan sehingga efek yang ditimbulkan pada pasien membuat pasien tertidur (Priyanto, 2020)

Intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi berbeda-beda, namun akan menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Perubahan nilai relatif kecil dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya disebabkan dengan nyeri bersifat subjektif tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan memiliki respon yang identik ketika mengalami nyeri (Andarmoyo, 2021).

6.4 Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada kelompok Intervensi

Berdasarkan hasil Uji Statistik *Wilcoxon* diperoleh nilai *p-value* $0,000 < 0.05$ maka dapat disimpulkan adanya pengaruh dari Mobilisasi Dini terhadap penurunan skala nyeri. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Despitasi, 2020)

hasil penelitiannya dengan uji statistik dependent t-test, diperoleh nilai p value = $0,000 < 0.05$ yang artinya terdapat perbedaan bermakna antara skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini dengan skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Andarmoyo, 2020 hasil rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan tindakan mobilisasi dini sebesar 2.09 dan hasil uji Wilcoxon diperoleh nilai Z score = 3.947 dengan p-value = 0.000.

Berdasarkan hal ini adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri. Penelitian yang dilakukan oleh (Sutiono, 2021) tindakan operasi yang dilakukan menimbulkan rasa nyeri akibat sayatan pada lapisan kulit lapis demi lapis, jika dikaitkan dengan hasil uji bivariat adanya pengaruh penurunan mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri. Berdasarkan hal ini temuan pada penelitian terjadi perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi terjadi penurunan skala nyeri dari skala minimal 1 dan maksimal 5 sedangkan pada kelompok kontrol penurunan skala nyeri hanya dari skala minimal 3 dan maksimal 6. Dengan demikian dapat disimpulkan mobilisasi dini dapat memengaruhi penurunan skala nyeri seseorang.

Nyeri post operasi merupakan nyeri akut yang disertai oleh aktifitas sistem saraf pusat simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, diaphoresis. Pasien yang mengalami nyeri tampak memiliki respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang, kesakitan, dan mengerutkan wajah.

Pemulihan yang dibutuhkan pasien rata-rata 72,45 menit sehingga pasien akan merasa nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama setelah operasi karena pengaruh obat anestesi sudah hilang. Untuk mengurangi rasa nyeri perawat diterapkannya malakukan tindakan manajemen nyeri post operasi baik terapi farmakologi dan non farmakologi, metode terapi non farmakologi bukan merupakan pengganti obat-obatan, tindakan ini diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung, pengendalian nyeri non farmakologi menjadi lebih mudah, mudah, efektif, dan tanpa efek yang merugikan (Potter & Perry, 2017)

Penurunan skala nyeri dapat dipengaruhi oleh adanya pengalihan pemusatan perhatian pasien yang sebelumnya pasien berfokus kepada nyeri yang dialami, akan tetapi tindakan mobilisasi dini yang mengalihkan pemusatan perhatian terhadap nyeri nyeri yang dialami pasien akibat adanya rangsang tertentu seperti tindakan operasi, dapat diblok karena terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat (Susanti, 2021). Nyeri post operasi termasuk kedalam nyeri abdomen visceral. Nyeri viseral terjadi karena adanya rangsangan pada organ atau struktur dalam rongga perut akibat cedera atau radang.

Peritoneum viserale yang menyelimuti organ perut dipersarafi oleh sistem saraf otonom dan tidak peka terhadap perabaan atau pemotongan. Pasien post operasi mengalami sayatan atau penjahitan pada perut dapat dilakukan tanpa terasa oleh pasien. Akan tetapi bila dilakukan tarikan, regangan atau terjadi kontraksi yang berlebihan pada otot akan menimbulkan nyeri (Tamsuri,2021)

Tindakan mobilisasi dini merupakan latihan yang dilakukan dengan menggerakkan sendi, beraktifitas sesuai kemampuan dan kesejajaran tubuh, mobilisasi dini dapat dilakukan dengan awal miring kiri dan miring kanan atau bergerak secara pasif. Latihan mobilisasi tersebut bertujuan agar pasien memfokuskan dan berkonsentrasi terhadap gerakan yang dilakukan, hal ini memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin. Pelepasan senyawa ini menstimulus dan memodulasi system kontrol desenden yang terdiri dari pelepasan substansi P oleh Neuron delta-A dan delta-C, hal kedua yaitu mekanoresptor dan Neuron delta-B melepaskan neurotransmitter penghambat opiate endogen seperti endofin dan dinofrin, maka substansi P terhambat. Terhambatnya substansi P menurunkan tranmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri pada pasien (Wong,2021). Mobilisasi dini yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan dengan 3 tahapan setiap tahapannya di nilai berapa penurunan akan nyeri yang dirasakan oleh pasien. Banyak manfaat yang diperoleh ketika responden mengalami nyeri post operasi dan dilakukan tindakan mobilisasi dini seperti meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan, meningkatkan sirkulasi peredaran darah, meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urine, meningkatkan metabolisme, meningkatkan gerakan peristaltic (Sjamsurihidayat,2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Wahid, 2020) hasil penelitiannya mengatakan intervensi mobilisasi dini dilakukan dalam hal penurunan skala nyeri memperoleh hasil yang baik, selain itu tindakan mobilisasi dini yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan tidak menggunakan peralatan khusus, mudah dilakukan dimana saja, tidak membutuhkan keahlian khusus namun terbukti dalam menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi.

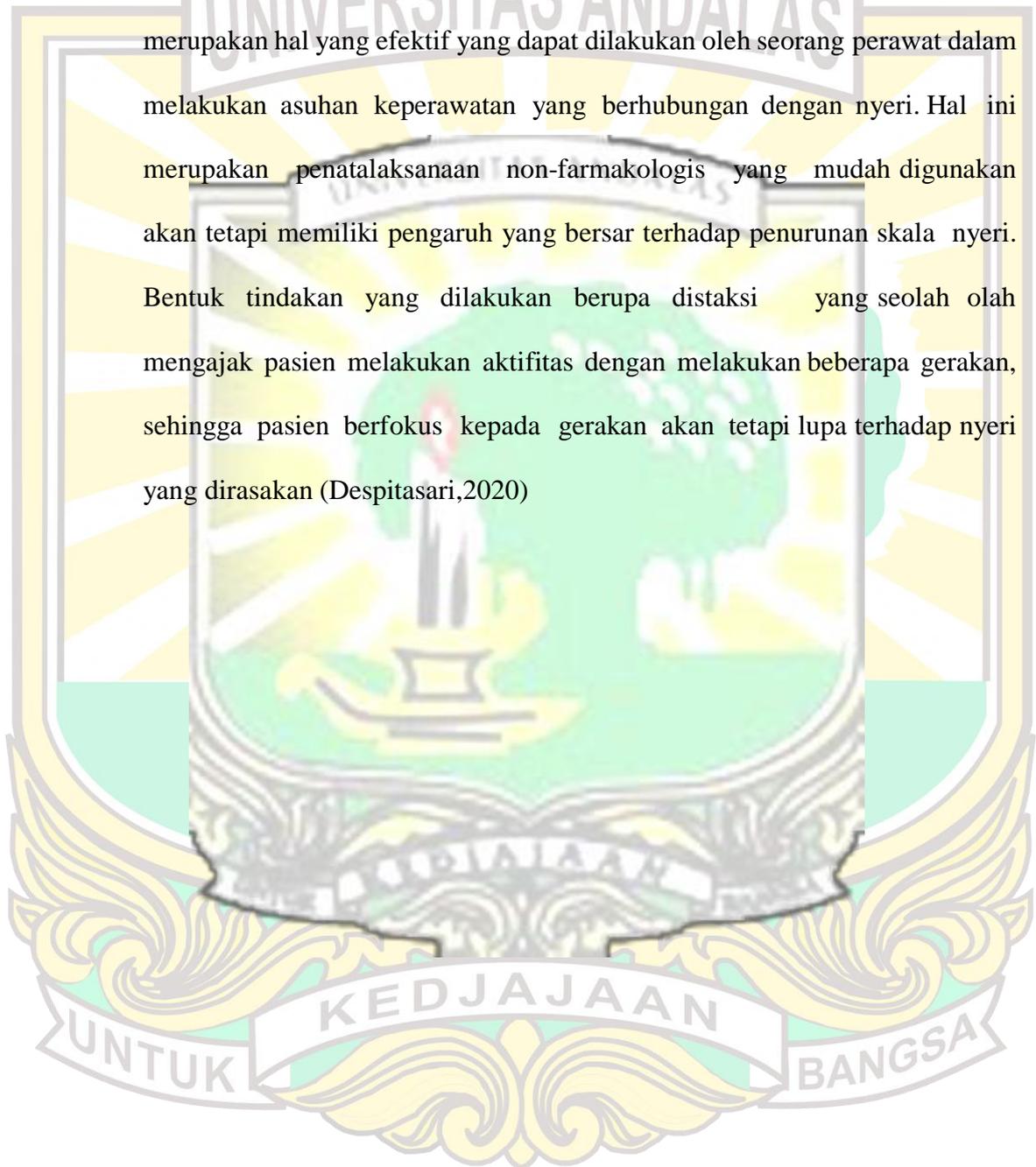
Keberhasilan mobilisasi dini juga dapat dilihat dari adanya dukungan perawat seperti niat, semangat untuk melakukan tindakan mobilisasi dini yang dapat membantu mengurangi rasa nyeri pada pasien, tentu tindakan mobilisasi dini dilakukan dengan tepat dan benar (Andarmoyo, 2021).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Priyanto (2018) mengatakan bahwa hasil penelitiannya terkait dengan penatalaksanaan mobilisasi dini mempunyai pengaruh terhadap penurunan skala nyeri post operasi karena adanya kesungguhan akan melaksanakan mobilisasi dini baik dari perawat ataupun pasien sehingga setelah melaksanakan tindakan adanya penurunan rasa nyeri dialami pasien. Hal ini juga dipengaruhi oleh pengetahuan pasien akan manfaat, tujuan dari mobilisasi dini dilakukan yang mengakibatkan pasien tidak lagi mengeluh akan dampak buruk yang akan ditimbulkan ketika melakukan mobilisasi dini post operasi.

Mobilisasi dini yang dilakukan ketika pasien post operasi dapat meningkatkan vasokonstriksi yang dapat menurunkan aliran darah ke daerah inflamasi sehingga dapat mengurangi peradangan dan edema yang akan terjadi, secara langsung mobilisasi dapat memengaruhi media-media inflamasi yang mengaktifkan dan secara sensitifitas memengaruhi syaraf-syaraf nyeri sehingga dapat dipersepsikan nyeri berkurang (Rahmat,2020)

Berdasarkan teori "*Gate Kontrol*" menjelaskan bahwa impuls yang nyeri ketika termodulasi aliran yang di timbulkan berupa rasa nyeri aferen yang dapat menghambat atau meneruskan substansi gelatinosa di korda spinalis sehingga dapat menimbulkan sensasi transisi bersama dan modifikasi terhambat.

Dalam hal ini, dianggap bahwa pintu gerbang juga dipengaruhi oleh serabut desenden pada sistem aktivitas retikuler dan ini merupakan mekanisme dimana masukan sensorik alternatif dapat menurunkan dan menghilangkan persepsi rasa sakit. Berdasarkan penelitian lain mengatakan pemusatan atau peralihan nyeri dengan melakukan mobilisasi dini merupakan hal yang efektif yang dapat dilakukan oleh seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan nyeri. Hal ini merupakan penatalaksanaan non-farmakologis yang mudah digunakan akan tetapi memiliki pengaruh yang besar terhadap penurunan skala nyeri. Bentuk tindakan yang dilakukan berupa distaksi yang seolah olah mengajak pasien melakukan aktifitas dengan melakukan beberapa gerakan, sehingga pasien berfokus kepada gerakan akan tetapi lupa terhadap nyeri yang dirasakan (Despitasari,2020)



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Adapun kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hasil penelitian ini memperoleh karakteristik responden pada jenis kelamin terdapat laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan pada kelompok intervensi terdapat 14 orang laki dan terdapat 6 orang perempuan.
2. Hasil penelitian ini memperoleh karakteristik responden berkisar antara 46-55 tahun dan dapat dikategorikan menurut WHO sebagai usia lansia awal.
3. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata nyeri yang dialami responden pre intervensi mobilisasi dini berada pada nilai 4-7 sama dengan rata-rata nyeri yang dialami responden kontrol
4. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata nyeri yang dialami oleh responden post intervensi mengalami penurunan menjadi 1-5.
5. Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi.
6. Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata nyeri yang dialami responden post kontrol berada pada nilai 3-6

7. Hasil Penelitian ini menunjukkan perbedaan skala nyeri pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi mempunyai selisih 2,35
8. Hasil Penelitian ini menunjukkan perbedaan skala nyeri pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi mobilisasi mempunyai selisih 0,7

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian maka peneliti menyarankan kepada :

1. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Dapat menginformasikan kepada seluruh perawat untuk dapat melaksanakan tindakan mobilisasi dini kepada pasien post operasi. Mempertimbangkan serta mengevaluasi tindakan terhadap pelaksanaan mobilisasi dini yang akan digunakan sehingga pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dapat diaplikasikan dengan baik

2. Bagi Perawat

Tindakan mobilisasi dini yang dilakukan dapat diperhatikan sesuai tahapannya. Tindakan mobilisasi dini dapat dilakukan oleh perawat 4-24 jam pasca operasi dan dapat dilakukan dengan 3 Tahapan, Tahap pertama dapat dilakukan dengan menggerakkan kaki, tahap ke dua dengan tindakan miring kanan dan miring kiri dan tahapan ke tiga dengan tindakan duduk dan berdiri. Mobilisasi dini dapat menjadi salah satu intervensi yang dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post laparatomi.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Tindakan mobilisasi dini dapat membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeri sehingga proses kesembuhan akan penyakit dapat dipersingkat.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dilanjutkan berupa penelitian experiment dengan tingkat penilaian yang lebih akurat dan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar.



DAFTAR PUSTAKA

- Andika dkk. 2021. *Pengantar Ilmu Bedah*, Cetakan ke-I, Ujung Pandang. 360-361.
- Andarmoyo.2021. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Post Operasi laparatomi Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di RSUD Koja Jakarta Utara*. Jurnal Seminar Nasional Multi Disiplin Ilmu Volume 1. 2021.
- Arianti.2021. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jilid 2. Jakarta : EGC.
- Aristi, Asti. 2021. *Penerapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Laparatomi Dengan Gangguan Mobilitas Fisik*. Publikasi Ilmiah diterbitkan. Prodi. Surakarta: DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diambil dari <http://eprints.ums.ac.id/45340/7/KTI%20ELHAM.pdf> diakses pada 20 September 2022 pukul 20:39 WIB.
- Banamtum.2021. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta : Salemba
- Despitasari.2020. *Pengaruh Penatalaksanaan Terapi Latihan Terhadap Kepuasan Pasien Laparatomi Di central Pria RSUP Dr M Djamil Padang*, Vol 1, No. 1, Halaman 24. Diambil dari <https://media.neliti.com/media/publications/92740-ID-pengaruh-penatalaksanaan-terapi-latihan.pdf> diakses pada 07 September 2020 pukul 06:07.
- Donsu. 2021. *Langkah – Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto.
- Fajri, Aiddina. 2020. *Asuhan Keperawatan Gangguan Integumen*. Jakarta :Salemba Medika.
- Handayani.2020. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. (R. KR, Ed.). Jogjakarta: AR-Ruzz Media.
- Helmi.2020, *Farmakope Indonesia*, Edisi 3, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Herawati.2020. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Ignatovicus.2020. *Gambaran Karakteristik Pasien Laparatomi pada Orang Dewasa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2019*.E-Jurnal Medika.

Iskandar,Zakaria. 2020. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Ambulasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi Laparatomi Di Rindu B3 RSUP Adam Malik Medan*. Diperoleh tanggal 17 September 2022 dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14302/1/10E01074.pdf>.

Joiyce, Black. 2020. *Faktor-Faktor yang berpengaruh Terhadap Lamanya Perawatan pada Pasien Pasca Operasi Laparatomi di Instalasi Rawat Inap BRSU Tabanan*. Repository Universitas Udayana. Denpasar: PSIK-FK Universitas Udayana.

Karyati. 2020. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3.Jakarta: EGC.

Kozier,&Erb. 2021. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Masturah.2020. *Terapi Non Farmakologi Dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Pada Laparatomi : Systematic Review*. Journal of Islamic Nursing, 4(2), 77.

Metasari. 2020. *Pengolahan dan Analisa Data Kesehatan*. Bantul :Nuha Medika.

Mulyono. 2020. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 9.Jakarta : EGC.

Noorisa dkk. 2021. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jilid 2. Jakarta : EGC.

Notoatmodjo S. 2014. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nur'aeni. 2021. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi. 2*. Jakarta : EGC.

Potter, & Perry. 2017. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses, dan Praktik*. 4thed.Jakarta : EGC.

Priyanto. 2020. *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post laparatomi Di RSUP Dr. Soeharso Surakarta*. Publikasi Ilmiah diterbitkan. Prodi. Surakarta: DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diambil dari <http://eprints.ums.ac.id/45340/7/KTI%20ELHAM.pdf> diakses pada 20 September 2022 pukul 20:39 WIB.

Rahmat. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Defisiensi Pengetahuan Tentang Mobilisasi Di Ruang Siti Walidah Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Ponorogo*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Riskesdas. 2021.*Badan penelitian dan pengembangan kemenkes RI*.

Rospond.2020. *Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 2(1).

Rustianawati. 2021. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC.

Sabella.2021. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Saifullah. 2020. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Jilid 2*. Jogjakarta: Medi action Jogja.

Sjamsurihidayat.2020. *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Post laparatomi*. Naskah Publikasi Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Subandi. 2021. *Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Di Ruang Bedah*. Jakarta: Rekatama.

Sugiyono.2020. *Pengaruh latihan rom terhadap gerak sendi ekstremitas atas pada pasien post operasi Laparatomi*. Vol. VII, No. 02, September 2022. [http : /www.journal.stikeseub.ac.id](http://www.journal.stikeseub.ac.id).

Supranto. 2020. *Statistik I*. Jakarta : UI.

Susanti. 2021.*Farmakope Indonesia*, Edisi 3, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Sutiono. 2021. *Pengaruh rom exercise dini pada pasien post operasi laparatomi Terhadap lama hari rawat*. Vol.3 No. 28 September 2020. ISSN 2303-1433.

Smeltzer. 2021. *Keperawatan digestive & Trauma Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Tamsuri.2021. *Lectures Notes : Dokter Klinis (6th ed.)*. Jakarta: Erlangga.

Wahid.2020. *Pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi Secio Caesaria*. Vol. 1 No. 1.

Wong. 2021. *Pengaruh range of motion (rom) terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi*. Vol 2 No 2, Oktober 2021.

Yenichrist. 2020. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC.

LAMPIRAN 1

KUESIONER

Pengaruh Mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri

Pada pasien post laparatomi

A. Identitas Responden

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin : Laki- laki

Perempuan

Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah SMA

SD Perguruan Tinggi

SMP

Pekerjaan : Tidak Bekerja TNI/POLRI

Petani PNS

Wiraswasta Lain-lain

Karyawan Swasta

Alamat :

Skala Pengukuran Nyeri

Comparative Pain Scale

1. Sebelum di lakukan mobilisasi dini

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (√) pada salah satu angka di bawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan pada saat ini. Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri

8 : Nyeri begitu kuat sehingga tidak dapat lagi berpikir jernih dan aktifitas fisik .
sangat terbatas

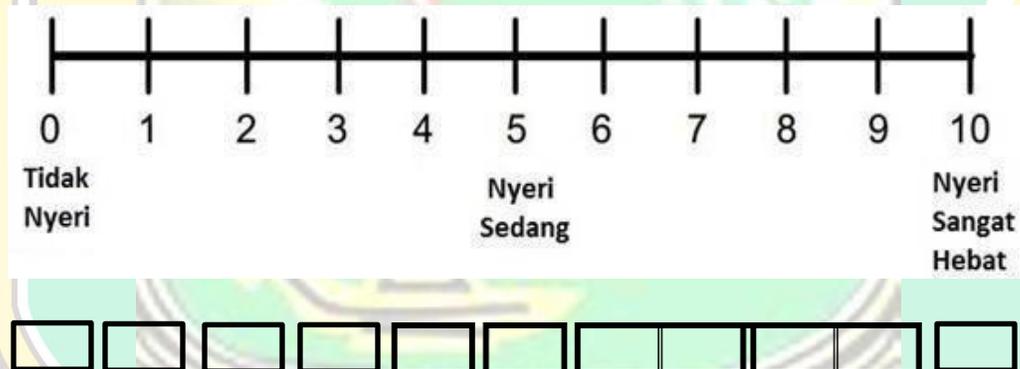
9 : Nyeri begitu kuat sehingga tidak bisa berkomunikasi menangis atau mengerang
tak terkendali

10 : Nyeri begitu kuat dan terbaring di tempat tidur tidak bisa berbuat apa-apa bahkan
tak sadarkan diri

2. Setelah dilakukan mobilisasi dini

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (√) pada salah satu angka di bawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri
yang anda rasakan pada saat ini. Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri



Skala diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan intensitas nyeri yang dirasakan
responden dengan skala nyeri numerik 0-10, yaitu

0 : Tidak ada rasa sakit (merasa normal)

1 : Rasa nyeri hampir tak terasa (sangat ringan seperti gigitan nyamuk)

2 : Rasa nyeri seperti cubitan ringan pada kulit mengganggu dan mungkin memiliki
kedutan kuat sekali

- 3 : Rasa nyeri terasa seperti suntikan dari dokter , nyeri terlihat dan mengganggu namun masih bisa beradaptasi dan berkomunikasi..
- 4 : Nyeri yang dalam seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah masih bisa melakukan kegiatan sehari-hari tapi ini cukup mengganggu
- 5 :Rasa nyeri yang menusuk seperti pergelangan kaki terkilir. Rasa sakit tidak dapat di abaikan dalam beberapa menit.
- 6 : Nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya cenderung mempengaruhi indra dan menyebabkan tidak fokus , komunikasi terganggu dan mengganggu aktivitas
- 7 : Nyeri berat mendominasi indra, tidak dapat berkomunikasi dengan baik bahkan mengganggu tidur
- 8 : Nyeri begitu kuat sehingga tidak dapat lagi berpikir jernih dan aktifitas fisik . sangat terbatas
- 9 : Nyeri begitu kuat sehingga tidak bisa berkomunikasi menangis atau mengerang tak terkendali
- 10 : Nyeri begitu kuat dan terbaring di tempat tidur tidak bisa berbuat apa-apa bahkan tak sadarkan diri

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan 4-

6 : Nyeri sedang 7-10

: Nyeri berat

Kuesioner

Pengaruh Mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri Pada pasien post laparatomi

Petunjuk : beri tanda (√) pada jawaban yang

dipilih! Keterangan jawaban :

P : pernah

TP : tidak pernah

No	Pernyataan	P	TP
1	4-6 jam pertama saya menggerakkan lengan atau tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki		
2	8-10 jam, saya telah melakukan miring ke kiri dan ke kanan		
3	Setelah 12-24 jam saya belajar duduk		
4	Setelah saya duduk, kemudian saya belajar berjalan.		

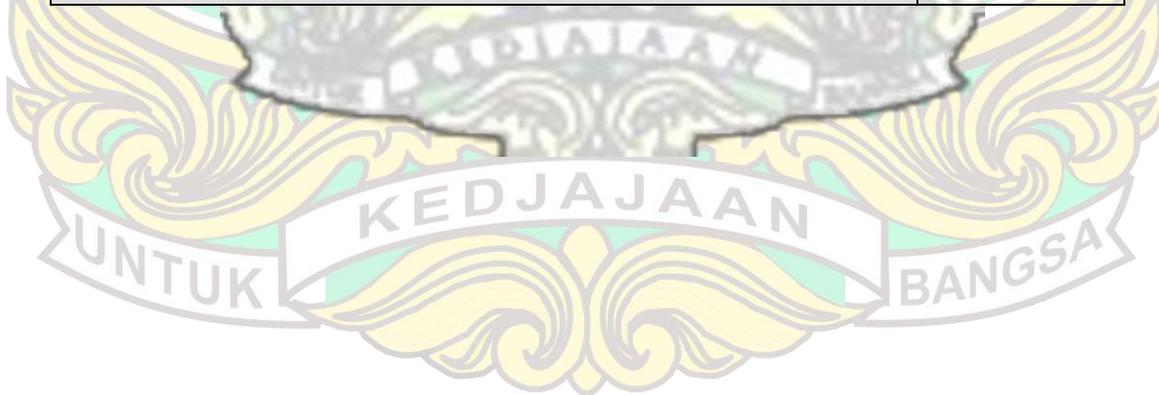
LAMPIRAN 2

G. JADWAL PENELITIAN

No.	Uraian Kegiatan	2022	2023			
		Des	Jan	Feb	Mar	Apr
1.	Pengajuan tema/judul penelitian					
2.	Penyusunan, konsultasi, dan perbaikan proposal penelitian					
3.	Pengambilan data sekunder dibagian rekam medik					
4.	Seminar/ujian proposal penelitian					
5.	Perbaikan proposal pasca seminar/ujian dan konsultasi					
6.	Pelaksanaan penelitian					
7.	Pengolahan data hasil penelitian					
8.	Penyusunan pembahasan(Bab V – Bab VII)					
9.	Konsultasi dan perbaikan draftskripsi (hasil dan pembahasan)					
10.	Seminar hasil/ujian skripsi					
11.	Perbaikan skripsipasca seminar/ujian hasil					

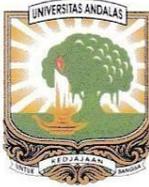
LAMPIRAN 3

No.	Uraian	Vol.	Satuan	Harga Satuan (Rp.)	Jumlah (Rp.)
1.	Biaya peralatan dan ATK				
	- Kertas A4 80 gram	2	rim	37.500	75.000
	- Map kertas	6	buah	2.000	12.000
	- Pena/ <i>ballpoint</i>	3	buah	5.000	15.000
	- Buku catatan (<i>block note</i>)	1	buah	25.000	25.000
2.	Biaya operasional penelitian, seminar, dan sidang				
	- Pembelian paket data dan pulsa	-	-	500.000	500.000
	- Biaya lainnya (tak terduga)	-	-	250.000	250.000
3.	Biaya cetak, penggandaan, dan penjiilidan				
	- Cetak/ <i>print out draft</i> proposal/skripsi, proposal/skripsi final, dan bahan lainnya	250	lembar	500	125.000
	- Penggandaan/fotocopy draft proposal/skripsi, proposal/skripsi final, dan bahan lainnya	600	lembar	150	90.000
	- Penjiilidan skripsi (7 eks, <i>hardcover</i>)	7	eks.	30.000	210.000
TOTAL					1.302.000



LAMPIRAN 4

SURAT PENGAMBILAN DATA AWAL



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KEPERAWATAN

Alamat : Dekanat Fakultas Keperawatan Kampus Unand Limau Manis Padang 25163
Telp. (0751) 779233 Fax. (0751) 779233 Website : <http://fkep.unand.ac.id/> /
Email : sekretariat@fkep.unand.ac.id

Nomor : 23/UN16.13.D/PG/2023

10 Februari 2023

Hal : *Izin Penelitian dan Pengambilan Data*

Yth. Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Bersama ini kami sampaikan bahwa sebagai bagian dari pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tersebut dibawah ini akan melakukan penelitian dan memerlukan data dari instansi yang Bapak/ Ibu pimpin:

Nama : Andi Pramayoza
Nim : 2111316033
Judul Penelitian : Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Besar harapan kami Bapak/Ibu dapat memberikan izin untuk kegiatan tersebut.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Wakil Dekan I



Netwati, S.Kp, MN, PhD
NIP. 19771025 200112 2 001

LAMPIRAN 5

SURAT HASIL UJI ETIK PENELITIAN



HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : LB.02.02/5.7/131/2023

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : **Andi Pramayoza**
Principal Investigator

Nama Institusi : **Fakultas Keperawatan**

Name of the Institution : **Universitas Andalas**

vcDenganJudul :
Title

"Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Laparotomi di RSUP Dr M Djamil Padang Tahun 2022"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu Januari 2023 sampai dengan Januari 2024

This declaration of ethics applies during the period January 2023 until January 2024

Padang, 28 Februari 2023
Chairperson

Dr. dr. Qaira Anum, SpKK(K), FINSDV FAADV
NIP. 19681126 200801 2 014

LAMPIRAN 6

KARTU BIMBINGAN / KONSULTASI TUGAS AKHIR/SKRIPSI



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS**

Kampus Limau Manis Padang - 25163 Telp. (0751) 779233 Fax. (0751) 779233
Website : http : fkep.unand.ac.id / email : sekretariat@fkep.unand.ac.id

**KARTU BIMBINGAN / KONSULTASI
TUGAS AKHIR / SKRIPSI**



NAMA : ANDI PRAMAYOGA
NO. BP. : 2111316033
PEMBIMBING : Dr. Ns. Meri Nehrta, M. Biomed
JUDUL : Pengaruh Mobilitas dan terhadap
tingkat nyeri pada pasien post laparotomi

NO.	PERTEMUAN		TANDA TANGAN PEMBIMBING	
	TANGGAL	KEGIATAN / SARAN PEMBIMBING	I	II
1	21/11-22	Konsul rumusan masalah dan judul		
2	4/12-21	konsul BAB I		
3	7/12-22	Konsul BAB I - III		
4	9/12-22	Perbaikan BAB I - III		
5	16/12-22	Perbaikan BAB I - IV		
6	23/12-22	Konsul BAB IV		
	7/20/12-22	1 cc eska Paper		

NO.	PERTEMUAN		TANDA TANGAN PEMBIMBING	
	TANGGAL	KEGIATAN / SARAN PEMBIMBING	I	II
1.	24/12.22	Konsul Rumusan masalah dan judul.		Jef
2	2/12.22	Konsul BAB I		Jef
3	7/12.22	Perbaikan BAB I		Jef
4	15/12.22	Konsul BAB I - III		Jef
5	24/12.22	Perbaikan BAB I - III		Jef
6	23/12.22	Konsul BAB IV		Jef
7	28/12.22	Perbaikan BAB I, III, IV acc per ujian proposal		Jef Jef

Catatan :

- Lembar ini dibawa setiap kali konsultasi
- Lembaran ini diserahkan saat mendaftar

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

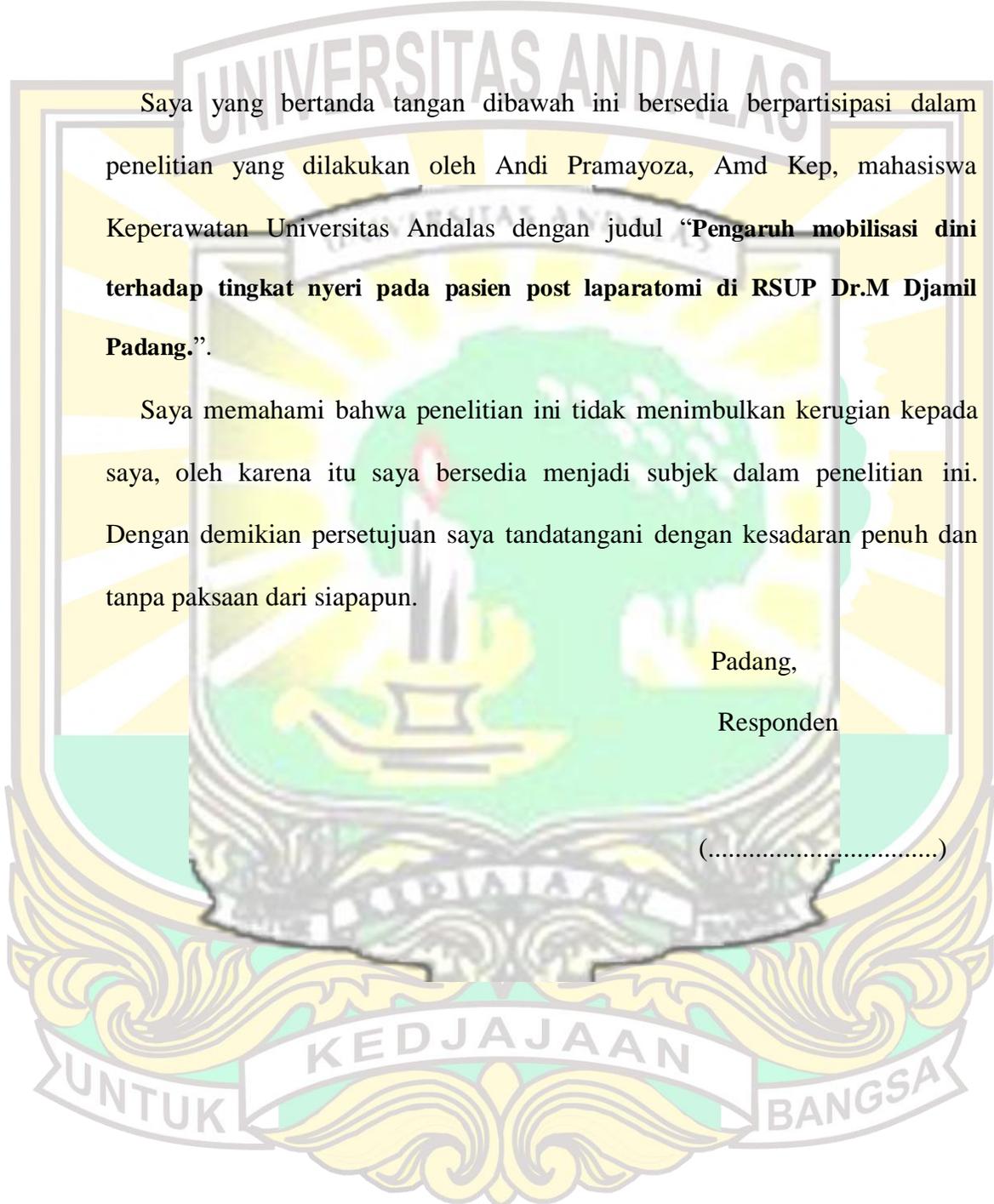
Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Andi Pramayoza, Amd Kep, mahasiswa Keperawatan Universitas Andalas dengan judul **“Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post laparatomi di RSUP Dr.M Djamil Padang.”**.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian kepada saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi subjek dalam penelitian ini. Dengan demikian persetujuan saya tandatangani dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan dari siapapun.

Padang,

Responden

(.....)



LAMPIRAN 8



MASTER TABEL
PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP TINGKAT NYERI PADA PASIEN LAPARATOMI
DI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

No. Resp	Inisial	Umur (Tahun)	JK	Pddk	Pkrj	Intervensi				Inisial	Umur (Tahun)	JK	Pddk	Pkrj	Kontrol	
						Pretest (Hari I)	Kategori	Posttest (Hari II)	Kategori						Pretest	Posttest
1	K	65	L	SMA	Dagang	6	Sedang	4	Sedang	H	63	L	SMA	Dagang	5	5
2	A	77	L	SMA	Buruh	5	Sedang	3	Ringan	A	72	P	SMP	IRT	6	5
3	E	54	P	SMP	IRT	7	Berat	5	Sedang	J	52	P	D-III	IRT	7	5
4	K	49	L	SMA	Swasta	5	Sedang	3	Ringan	W	56	L	SMA	Dagang	5	5
5	H	65	P	SMA	IRT	5	Sedang	1	Ringan	K	29	L	SMA	Dagang	4	3
6	S	53	L	S1	PNS	6	Sedang	4	Sedang	M	34	L	S-1	PNS	6	5
7	S	61	L	SMA	Dagang	4	Sedang	2	Ringan	S	40	P	SMA	IRT	5	5
8	S	71	L	SMA	Swasta	5	Sedang	2	Ringan	S	53	L	D-III	Dagang	5	5
9	F	39	L	SMA	Swasta	4	Sedang	2	Ringan	T	59	L	SMA	Buruh	4	3
10	A	37	P	SMA	Swasta	6	Sedang	3	Ringan	Y	66	P	SMP	IRT	5	4



11	B	33	L	SMA	Dagang	7	Berat	4	Sedang	M	51	P	SMA	Swasta	6	5
12	S	53	L	D III	Swasta	5	Sedang	3	Ringan	M	77	P	SMA	IRT	5	4
13	U	47	L	SMP	Buruh	6	Sedang	5	Sedang	A	19	L	SMA	Pelajar	7	6
14	S	44	P	SMA	IRT	5	Sedang	3	Ringan	J	52	L	SMA	Buruh	5	5
15	H	51	L	D III	Swasta	5	Sedang	4	Sedang	S	26	P	SMA	IRT	6	5
16	S	33	P	SMA	IRT	7	Berat	4	Sedang	N	64	L	SD	Dagang	6	5
17	J	37	L	SMA	Dagang	5	Sedang	2	Ringan	A	70	L	SMP	Buruh	7	6
18	M	54	L	S1	PNS	5	Sedang	2	Ringan	S	66	P	SMA	IRT	5	5
19	F	28	L	SMA	Dagang	6	Sedang	4	Sedang	R	55	P	D-III	IRT	6	6
20	D	18	P	SMA	Pelajar	6	Sedang	3	Ringan	L	54	P	SMA	IRT	6	5



Hasil Pengolahan Data

Frekuensi Karakteristik

Umur Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 tahun	1	5,0	5,0	10,0
	26-36 tahun	3	15,0	15,0	20,0
	36-45 tahun	4	20,0	20,0	35,0
	46-55 tahun	7	35,0	35,0	60,0
	56-66 tahun	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Jenis Kelamin Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	14	70,0	70,0	70,0
	Perempuan	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Umur Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 tahun	1	5,0	5,0	10,0
	26-36 tahun	3	15,0	15,0	20,0
	36-45 tahun	1	5,0	5,0	35,0
	46-55 tahun	6	30,0	30,0	60,0
	56-66 tahun	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

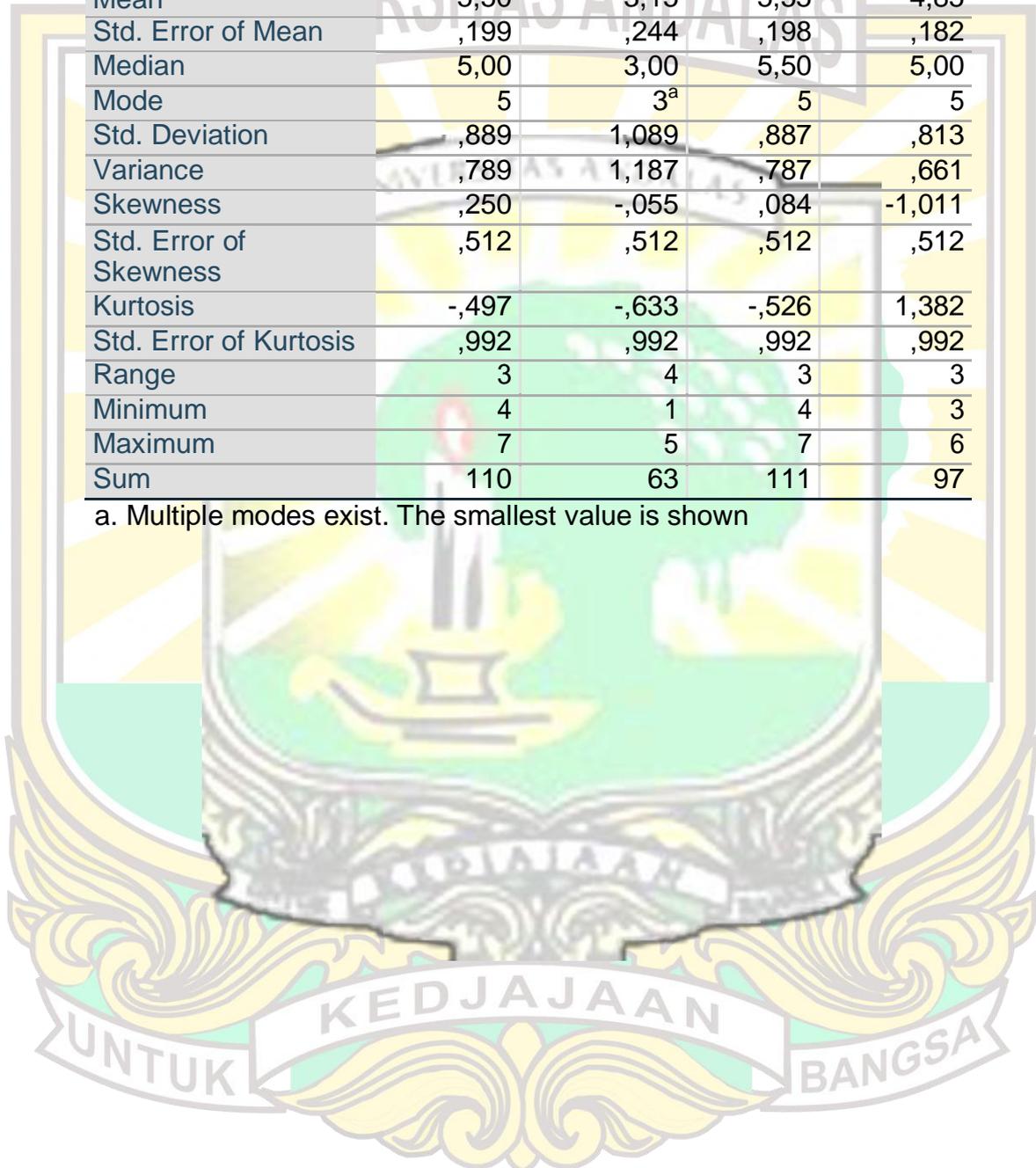
Jenis Kelamin Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	10	50,0	50,0	50,0
	Perempuan	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frequencies

		Statistics			
		Pretest Intervensi	Posttest Intervensi	Pretest Kontrol	Posttest Kontrol
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
Mean		5,50	3,15	5,55	4,85
Std. Error of Mean		,199	,244	,198	,182
Median		5,00	3,00	5,50	5,00
Mode		5	3 ^a	5	5
Std. Deviation		,889	1,089	,887	,813
Variance		,789	1,187	,787	,661
Skewness		,250	-,055	,084	-1,011
Std. Error of Skewness		,512	,512	,512	,512
Kurtosis		-,497	-,633	-,526	1,382
Std. Error of Kurtosis		,992	,992	,992	,992
Range		3	4	3	3
Minimum		4	1	4	3
Maximum		7	5	7	6
Sum		110	63	111	97

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



Frequency Table

Pretest Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	2	10,0	10,0	10,0
	5	9	45,0	45,0	55,0
	6	6	30,0	30,0	85,0
	7	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Posttest Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	5,0	5,0	5,0
	2	5	25,0	25,0	30,0
	3	6	30,0	30,0	60,0
	4	6	30,0	30,0	90,0
	5	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Pretest Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	2	10,0	10,0	10,0
	5	8	40,0	40,0	50,0
	6	7	35,0	35,0	85,0
	7	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Posttest Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	10,0	10,0	10,0
	4	2	10,0	10,0	20,0
	5	13	65,0	65,0	85,0
	6	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest Intervensi	,263	20	,001	,875	20	,014
Posttest Intervensi	,182	20	,080	,924	20	,017
Pretest Kontrol	,232	20	,006	,884	20	,021
Posttest Kontrol	,358	20	,000	,791	20	,001

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Intervensi - Pretest Intervensi	Negative Ranks	20 ^a	10,50	210,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	20		
Posttest Kontrol - Pretest Kontrol	Negative Ranks	14 ^d	7,50	105,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	6 ^f		
	Total	20		

a. Posttest Intervensi < Pretest Intervensi

b. Posttest Intervensi > Pretest Intervensi

c. Posttest Intervensi = Pretest Intervensi

d. Posttest Kontrol < Pretest Kontrol

e. Posttest Kontrol > Pretest Kontrol

f. Posttest Kontrol = Pretest Kontrol

Test Statistics^a

	Posttest Intervensi - Pretest Intervensi	Posttest Kontrol - Pretest Kontrol
Z	-3,998 ^b	-3,557 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.



LAMPIRAN 9

RIWAYAT HIDUP PENELITI



A. Data Pribadi

1. Nama : **Andi Pramayoza**
2. Tempat/Tanggal Lahir : Solok/ 2 Juni 1986
3. Asal Instansi : RSUP dr. M. Djamil Padang
4. Unit Kerja/Bagian : Instalasi Rawat Inap Bedah
5. Alamat Kantor : Jl. Perintis Kemerdekaan, Padang
6. Alamat Rumah Sungai Sapih : Air Paku RT 003/RW 006 Kelurahan
7. E-mail : andypramayoza3155@gmail.com
9. No. Telp./HP : 085263738586
10. Orang Tua
 - Ayah : Jaumir
 - Ibu : Yendri Nevi
11. Status Perkawinan : Menikah, dua anak
12. Istri : TM Sepsrihayati
13. Anak : Cheryl Cindy Amberly, Muhammad Zayn Amberl

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 33 Subarang Koto Baru; 1992 – 1998
2. SLTPN 05 Kota Solok ; 1998–2001

3. SMAN 2 Kota Solok; 2001– 2005

4. Akper Poltekkes Kemenkes, Solok ; 2006 – 2009

C. Riwayat Pekerjaan

Staf perawat RSUP dr. M. Djamil Padang, Maret 2010 – sekarang



FOTO DOKUMENTASI









UNTUK KEDJAJAAN BANGSA



