



**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN  
TINGKAT NYERI KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI  
DI RUANG BEDAH MAWAR RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA KABUPATEN  
JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
NIM 112310101024**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN  
TINGKAT NYERI KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI  
DI RUANG BEDAH MAWAR RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA KABUPATEN  
JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan pembelajaran di Program Studi Ilmu Keperawatan  
dan memenuhi gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)

Oleh

**Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
NIM 112310101024**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa memberikan Berkah, Rahmat, dan Karunia-Nya;
2. ayahanda Johannes Sigid Dwi Hartono, SH, S.Pd., Ibunda Anastasia Kartini, Amd. Keb, Adik saya R. Christianus Yubileo Bima Narapati, sahabat saya Rosita Debby Irawan dan Siti Muawanah, serta Anton Suprayogi yang selalu menemani setiap langkah, memberikan dorongan berupa doa, semangat dan materi;
3. keluarga besar Kakek Hermanus Maria Agung Wijaya, Nenek Rr. Caecilia Sugiyem Sumarsiti dan Bibi Agatha Ninuk Intiarsih, S. Pd. yang saya sayangi;
4. dosen Pembimbing Akademik Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep., Dosen Pembimbing Utama skripsi Bapak Murtaqib, M. Kep; Dosen Pembimbing Anggota skripsi Ns. Siswoyo, M. Kep; penguji pertama skripsi Ns. Rondhianto, M. Kep; penguji kedua skripsi Ns. Nur Widayati, M.N.
5. guru-guruku di TK Siswa Rini I Jember, SDK Maria Fatima Jember, SMPK Maria Fatima Jember, dan SMAK Santo Paulus Jember;
6. seluruh dosen, staf, serta karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh teman-teman Angkatan 2011;
8. seluruh pihak yang turut membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang belum dapat saya sebutkan satu persatu.

**MOTTO**

Tuhan adalah gembalaku, takkan kekurangan aku, Ia membaringkan aku di padang yang berumput hijau, Ia membimbing aku ke air yang tenang, Ia menuntun aku di jalan yang benar oleh karena namaNya. Sekalipun aku berjalan di lembah kekelaman, aku tidak takut bahaya, sebab Engkau besertaku, gadaMu dan tongkatMu itulah yang menghibur aku.

(Mazmur 23: 1-4)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Anonim. 1992. *Alkitab*. Jakarta: Lembaga Alkitab Indonesia.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

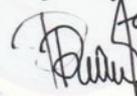
NIM : 112310101024

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Juni 2015

Yang menyatakan,



Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

NIM 112310101024

**SKRIPSI**

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN  
TINGKAT NYERI KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI  
DI RUANG BEDAH MAWAR RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA KABUPATEN  
JEMBER**

oleh

Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
NIM 112310101024

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Murtaqib, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Siswoyo, M.Kep

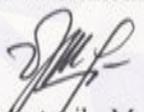
**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Rabu, 24 Juni 2015

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

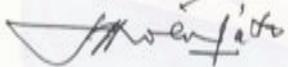
Dosen Pembimbing Utama,

  
Murtaqib, M. Kep  
NIP. 19740813 200112 1 002

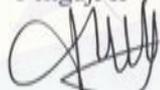
Dosen Pembimbing Anggota,

  
Ns. Siswoyo, M. Kep.  
NIP. 19800412 200604 1 002

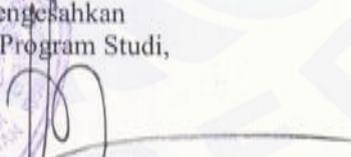
Penguji I,

  
Ns. Rondhianto, M. Kep  
NIP. 198303242006041002

Penguji II

  
Ns. Nur Widayati, MN  
NIP. 198106102006042001

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,

  
Ns. Lantin Sulistyofini, S. Kep., M. Kes.  
NIP. 197801232005012002

Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember (*The Effect of Early Mobilization on The Change of Pain Level in Clients With Post Appendectomy Operation at Mawar Surgical Room of Baladhika Husada Hospital Jember Regency*)

**Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas**

*School of Nursing, the University of Jember*

**ABSTRACT**

*Appendectomy is a procedure that can cause pain. The clients with post appendectomy operation need the maximal treatment to return the body function quickly. One of non pharmacological therapy that can be used to decrease the pain is early mobilization. Early mobilization is useful to distract clients from the pain. The objective of this research was to analyze the effect of early mobilization on the change of pain level in clients with post appendectomy operation at Mawar Surgical Room of Baladhika Husada Hospital Jember Regency. Independent variable of this research was early mobilization and dependent variable was the change of pain level. This research used pre experimental: one group pretest posttest design. The sampling collection technique used was consecutive sampling involving 8 individuals. Data analysis used t-dependent testing with the significance level of 95% ( $\alpha=0,05$ ). Data analysis regarding dependent t-test showed that there was a significant difference between pretest and posttest after early mobilization ( $p=0,000$ ). The conclusion of this research suggested that there is an effect of early mobilization on the change of pain level. The early mobilization is expected to be applied as one of methods in providing nursing care to clients with post appendectomy operation.*

**Key Word:** *early mobilization, appendectomy, pain*

## RINGKASAN

**Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember;** Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas, 112310101024; 2015; 144 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tindakan apendektomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual pada integritas seseorang baik biopsikososial spiritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang merupakan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial dan merupakan suatu hal yang dapat mengganggu dan menyulitkan bagi sebagian besar orang yang mengalami hal ini. Rasa nyeri dapat dikurangi secara farmakologis seperti obat-obatan analgesia dan non farmakologis salah satunya adalah melakukan mobilisasi dini untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri menuju aktivitas gerak yang dilakukan sesuai panduan. Mobilisasi dini adalah tindakan yang dilakukan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember, menunjukkan bahwa mobilisasi di Ruang Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada selalu dilakukan pada klien post operasi apendektomi dan biasa dilakukan setelah 24 jam pertama post operasi apendektomi, namun mobilisasi dini untuk klien post operasi apendektomi belum memiliki Standart Operasional Prosedur (SOP) yang tetap. Perawat ruangan mengatakan bahwa klien post operasi apendektomi tetap merasakan nyeri yang cukup hebat meskipun diberikan pereda nyeri atau analgesik, terapi yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri adalah dengan teknik distraksi dengan disarankan menonton televisi dan memberikan pelayanan keperawatan yang baik.

Tujuan umum dalam penelitian adalah untuk menganalisis pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien dengan post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *pre experiment* dengan desain *one group pretest and posttest*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik

*non probability sampling* yaitu *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 8 orang yakni  $< 50$ , maka dilakukan uji normalitas menggunakan uji *Shapiro wilk*. Hasil uji normalitas pada skala nyeri klien sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah 0,139 ( $p \text{ value} > 0,05$ ) dan skala nyeri klien setelah dilakukan mobilisasi dini adalah 0,099. Hasil tersebut menunjukkan bahwa data bersifat normal. Data yang normal tersebut menunjukkan bahwa data dapat dianalisis menggunakan uji parametrik. Uji parametrik yang digunakan adalah uji *dependent t-test* untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan skala nyeri klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

Hasil analisa data menggunakan *dependent t-test* menunjukkan nilai  $p \text{ value}$  0,000 ( $p \text{ value} < \alpha = 0,05$ ), sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh signifikan mobilisasi terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi. Berdasarkan penelitian ini, pemberian mobilisasi dini dapat diterapkan dalam pelayanan kesehatan khususnya paada klien post operasi apendektomi untuk mengurangi nyeri post operasi sebagai pelengkap terapi farmakologis yang telah diberikan.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember“ ini.

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah mendukung dalam penyusunan skripsi ini, yaitu kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M. Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Murtaqib, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan bimbingan dan saran untuk kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Siswoyo, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan bimbingan dan saran untuk kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Rondhianto, M. Kep selaku dosen penguji pertama yang telah memberikan arahan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Nur Widayati, MN. selaku dosen penguji kedua yang telah memberikan arahan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep yang telah membimbing dan memberikan nasihat selama menjalankan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. seluruh staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah membantu dalam kelancaran penelitian ini
8. Perawat, responden, seluruh staf dan karyawan Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember yang telah membantu dan mendukung memberikan data dan informasi dalam penelitian ini;
9. Kedua orang tua saya Bapak Johannes Sigid Dwi Hartono, S.H., S. Pd dan Ibu Anastasia Kartini, Amd. Keb, serta adik saya R. Christianus Yubileo Bima Narapati yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini;

10. Orang-orang terdekat khususnya Anton suprayogi, Rosita Debby Irawan, dan Siti Muawanah yang telah membantu selama penyusunan proposal, proses penelitian hingga pembahasan hasil penelitian;

11. seluruh pihak yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Saran dan kritik dari semua pihak penulis harapkan demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua yang membacanya.

Jember, Juni 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>LEMBAR PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>8</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>8</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>9</b>
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>9</b>
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	<b>9</b>
1.4.2 Manfaat bagi Perawat .....	<b>10</b>
1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat.....	<b>10</b>
1.4.4 Manfaat bagi Institusi Pendidikan .....	<b>10</b>
1.4.5 Manfaat bagi Rumah Sakit.....	<b>11</b>
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>11</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>14</b>

<b>2.1 Mobilisasi Dini .....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Definisi Mobilisasi .....	14
2.1.2 Tujuan dan Manfaat Mobilisasi .....	14
2.1.3 Dampak Imobilisasi .....	17
2.1.4 Jenis Mobilisasi .....	19
2.1.5 Definisi Mobilisasi Dini .....	21
2.1.6 Tingkat Mobilisasi Dini .....	22
2.1.7 Tahap Mobilisasi Klien Post Operasi .....	22
<b>2.2 Konsep Nyeri .....</b>	<b>23</b>
2.2.1 Definisi Nyeri .....	23
2.2.2 Klasifikasi Nyeri .....	24
2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri .....	26
2.2.4 Karakteristik Nyeri .....	31
2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri .....	37
<b>2.3 Konsep Dasar .....</b>	<b>43</b>
2.3.1 Anatomi .....	43
2.3.2 Fisiologi .....	43
<b>2.4 Konsep Apendisititis .....</b>	<b>44</b>
2.4.1 Definisi .....	44
2.4.2 Etiologi .....	45
2.4.3 Patofisiologi .....	46
2.4.4 Tanda dan Gejala .....	47
2.4.5 Komplikasi .....	48
2.4.6 Penatalaksanaan .....	49
<b>2.5 Konsep Apendektomi .....</b>	<b>50</b>
2.5.1 Fase Operasi .....	50
2.5.2 Masalah Keperawatan Post Operasi .....	52
2.5.3 Intervensi Post Operasi .....	52
<b>2.6 Pengaruh Mobilisasi Dini dengan Perubahan Intensitas Nyeri     Klien Post Operasi Apendik .....</b>	<b>53</b>
<b>2.7 Kerangka Teori .....</b>	<b>58</b>

<b>BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>59</b>
<b>3.1 Kerangka Konseptual.....</b>	<b>59</b>
<b>3.2 Hipotesis .....</b>	<b>60</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1 Desain Penelitian .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel .....</b>	<b>62</b>
4.2.1 Populasi .....	62
4.2.2 Sampel .....	62
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	62
4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian .....	63
<b>4.3 Lokasi Penelitian .....</b>	<b>64</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>64</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>64</b>
<b>4.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	<b>67</b>
4.6.1 Sumber Data .....	67
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	68
4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data .....	72
<b>4.7 Rencana Pengolahan dan Analisa Data .....</b>	<b>74</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	74
4.7.2 <i>Coding</i> .....	74
4.7.3 <i>Entry</i> .....	75
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	75
<b>4.8 Analisis Data .....</b>	<b>75</b>
4.8.5 Analisis Univariat.....	76
4.8.6 Analisis Inferensial.....	76
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>78</b>
4.9.1 Lembar Persetujuan .....	78
4.9.2 Menghormati Harkat dan Martabat Manusia .....	78
4.9.3 Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian .....	79
4.9.4 Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan ..	79
4.9.5 Keadilan dan Inklusivitas atau Keterbukaan .....	81

<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>81</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian</b> .....	<b>81</b>
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	81
5.1.2 Karakteristik Responden .....	82
5.1.3 Gambaran Penilaian Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini .....	83
5.1.4 Gambaran Penilaian Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini .....	84
5.1.5 Perbedaan Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum dan Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini .....	86
<b>5.2 Pembahasan</b> .....	<b>87</b>
5.2.1 Karakteristik Responden .....	87
5.2.2 Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini .....	91
5.2.3 Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini .....	96
5.2.4 Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri..	99
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	<b>103</b>
<b>BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>105</b>
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	<b>105</b>
<b>6.2 Saran</b> .....	<b>106</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>108</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>113</b>

**DAFTAR GAMBAR**

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Skala Nyeri Deskriptif .....	34
Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik .....	34
Gambar 2.3 Skala Nyeri Numerik dalam Penelitian Dian Novita (2012) .....	36
Gambar 2.4 Skala Nyeri Visual.....	37
Gambar 2.5 Kerangka Teori Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat nyeri Klien Post Operasi Apendektomi .....	58
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat nyeri Klien Post Operasi Apendektomi .....	59
Gambar 4.1 Rancangan desain <i>pre experimental</i> .....	61

**DAFTAR TABEL**

	<b>Halaman</b>
Tabel 4.1 Waktu Pelaksanaan Skripsi.....	64
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	65
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember .....	82
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember .....	83
Tabel 5.3 Distribusi Rerata Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini .....	83
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kategori Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini .....	84
Tabel 5.5 Distribusi Rerata Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini .....	84
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kategori Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini.....	85
Tabel 5.7 Perbedaan Nilai Skala Nyeri pada Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum dan Setelah Intervensi Mobilisasi Dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember .....	86
Tabel 5.8 Hasil Analisis Nilai Skala Nyeri pada Klien Post Operasi Apendektomi dengan Menggunakan Dependent T-Test Sebelum dan Setelah Intervensi Mobilisasi Dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember .....	87

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i> .....	113
Lampiran B. Lembar <i>Consent</i> .....	114
Lampiran C. Instrumen Penelitian .....	115
Lampiran D. Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini.....	116
Lampiran E. Data Pantau Responden .....	120
Lampiran F. Analisis Deskriptif .....	121
Lampiran G. Analisis Inferensial.....	124
Lampiran H. Dokumentasi Perijinan .....	126
Lampiran I. Dokumentasi Kegiatan.....	136
Lampiran J. Dokumentasi Bimbingan .....	138

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Apendisitis adalah peradangan dari apendik vermiformis, dan merupakan penyebab masalah abdomen yang paling sering (Dermawan & Rahayuningsih, 2010). WHO menyatakan insidens apendisitis di dunia tahun 2007 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia. Angka kejadian apendisitis di negara maju lebih besar daripada di negara berkembang, namun di negara berkembang seperti Indonesia mengalami kenaikan sejalan dengan pertumbuhan ekonomi dan perubahan gaya hidup manusia. Apendisitis merupakan penyakit dengan urutan keempat terbanyak di Indonesia pada tahun 2006 (Eylin, 2009).

Satu dari 15 orang pernah menderita apendisitis dalam hidupnya, yakni jumlah penderita apendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan angka kejadian apendisitis meningkat pada tahun 2009 sebesar 596.132 orang. Insiden tertingginya terdapat pada laki-laki usia 10-14 tahun dan wanita yang berusia 15-19 tahun. Laki-laki lebih banyak menderita apendisitis dari pada wanita pada usia pubertas dan pada usia 25 tahun. Data Depkes 2008 didapatkan bahwa insidens apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya (Eylin, 2009).

Berdasarkan data yang didapatkan dari studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2014), pada tahun 2013 terdapat 227 kasus apendisitis di wilayah kerja puskesmas yang berada di Kabupaten Jember pada tahun 2013. Pada

urutan pertama terdapat Puskesmas Kecamatan Patrang dengan total kasus 22 kasus, pada urutan kedua terdapat Puskesmas Kecamatan Puger dengan total kasus 18 kasus, dan urutan ketiga, terdapat Puskesmas Kecamatan Rambipuji dengan total 13 kasus, dan untuk kecamatan lain memiliki total kasus di bawah 13 kasus. Data tersebut menunjukkan hampir semua wilayah di Kabupaten Jember memiliki kasus kejadian apendisitis, sehingga diperlukan tindakan dalam menangani apendisitis yang telah terjadi.

Apendektomi merupakan salah satu bentuk *laparatomy* atau prosedur pembedahan abdomen. Apendektomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Muttaqin & Sari, 2009). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember, didapatkan data kasus apendektomi yang terjadi pada tahun 2013 sebanyak 64 dan 2014 sebanyak 71 kasus.

Studi pendahuluan di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember juga melakukan wawancara dengan perawat di ruangan tersebut. Menurut hasil wawancara, perawat ruangan mengatakan bahwa klien post operasi apendektomi tetap merasakan nyeri yang cukup hebat meskipun diberikan pereda nyeri atau analgesik, terapi yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri adalah dengan teknik distraksi dengan disarankan menonton televisi dan memberikan pelayanan keperawatan yang baik. Pada umumnya klien post apendektomi memiliki lama rawat inap selama 3 hari. Menurut keterangan perawat di ruangan tersebut, mobilisasi dini sangat penting

dilakukan untuk sedini mungkin mengembalikan proses metabolisme tubuh sehingga klien dapat beraktivitas sesegera mungkin.

Mobilisasi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada selalu dilakukan pada klien post operasi apendektomi dan biasa dilakukan setelah 24 jam pertama post operasi apendektomi, namun mobilisasi dini untuk klien post operasi apendektomi belum memiliki Standart Operasional Prosedur (SOP) yang tetap. Studi pendahuluan ini juga mengkaji nyeri klien post operasi apendektomi 8 jam setelah operasi, sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi dini dengan pengawasan perawat dan bersama calon peneliti. Klien mengatakan sebelum dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 10, dan setelah dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 4 berdasarkan skala *Numerik Rating Scale (NRS)*.

Prosedur apendektomi merupakan bagian dari prosedur *laparatomy*. Pasien post *laparatomy* memerlukan perawatan yang maksimal untuk mempercepat pengembalian fungsi tubuh. Perawatan post *laparatomy* merupakan bentuk perawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani operasi pembedahan abdomen. Tujuan perawatannya adalah mengurangi komplikasi, meminimalkan nyeri, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri dan mempersiapkan pulang, hal ini dilakukan sejak pasien masih di ruang pulih sadar. Hal-hal yang berhubungan dengan perawatan klien post operasi dan

dilakukan segera setelah operasi diantaranya adalah dengan melakukan latihan napas dalam, batuk efektif serta latihan mobilisasi dini. (Muttaqin & Sari, 2009).

Salah satu dari perawatan klien post operasi adalah dengan dilakukannya mobilisasi (Smeltzer dan Bare, 2002). Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah komplikasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi adanya nyeri (Hidayat, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Zetri Akhrita pada tahun 2011 dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di Irna B (Bedah Umum) RSUP dr. M. Djamil Padang”, menyebutkan bahwa klien post operasi yang melakukan mobilisasi dini memiliki waktu penyembuhan yang lebih cepat dibandingkan klien yang tidak melakukan mobilisasi dini.

Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien post *laparotomy* meliputi *impairment, functional limitation, disability*. *Impairment* meliputi nyeri akut pada bagian lokasi operasi, takut dan keterbatasan lingkup gerak sendi, *Functional limitation* meliputi ketidakmampuan berdiri, berjalan, serta mobilisasi. *Disability* meliputi aktivitas yang terganggu karena keterbatasan gerak akibat nyeri dan prosedur medis. Tindakan apendektomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual pada integritas seseorang baik biopsikosial spiritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Rasa nyeri tersebut biasanya timbul setelah operasi. Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang merupakan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial dan merupakan suatu hal yang dapat

mengganggu dan menyulitkan bagi sebagian besar orang yang mengalami hal ini (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Potter & Perry (2006), nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Klien post operasi dengan anestesi umum, akan merasakan nyeri saat klien sadar dari anestesi. Nyeri akan terasa sebelum kesadaran klien kembali penuh. Nyeri akut akibat insisi menyebabkan klien gelisah dan mungkin nyeri ini yang dapat mempengaruhi tanda-tanda vital. Nyeri yang dirasakan pada pasien post operasi apendektomi akan memperparah keadaan pasien dan bahkan menyebabkan timbulnya berbagai komplikasi pada apendiks. Untuk mencegah komplikasi pada pasien post operasi apendektomis, pasien harus dilakukan mobilisasi dini. Oleh karena setelah mengalami apendektomi, pasien disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi, pasien harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak akan semakin baik, namun mobilisasi harus tetap dilakukan secara hati-hati.

Menurut Hidayat (2006), mobilitas atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk dapat bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Sehingga segala aktivitas yang dilakukan oleh seorang individu merupakan mobilisasi. Setiap orang memiliki rentang kemampuan untuk mobilisasi yang berbeda-beda antara yang satu dengan yang lain. Seseorang yang sehat berbeda intensitas mobilisasinya dengan seseorang yang sakit. Seperti seseorang yang telah menjalani operasi, akan memiliki intensitas mobilisasi yang lebih sedikit daripada seseorang yang tidak menjalani operasi. Untuk melatih

seseorang yang telah menjalani operasi, maka dibutuhkan latihan mobilisasi secara lebih dini, untuk memandirikan individu tersebut melakukan aktivitas dan mobilisasi dari yang paling ringan hingga yang mencakup seluruh aktivitas sehari-harinya.

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

Mobilisasi dini adalah tindakan yang dilakukan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Hal ini menjelaskan, bahwa pasien post operasi atau bedah, diperbolehkan untuk bergerak, dari mobilisasi yang ringan hingga aktivitas yang lebih berat. Namun mobilisasi yang dilakukan post operasi sangat bermanfaat dalam mendukung kesembuhan pasien. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek penting pada fungsi fisiologis karena merupakan komponen esensial guna mempertahankan kemandirian. Mobilisasi dini berfungsi untuk melatih otot, sistem saraf, tulang, maupun sirkulasi darah sehingga diharapkan mampu mempercepat proses penyembuhan luka apendektomi (Carpenito, 2009).

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Mobilisasi dini juga dapat merupakan salah satu cara untuk dapat merileksasikan otot-otot dan membiasakan diri dalam melakukan aktivitas dari yang sederhana hingga yang lebih rumit. Pasien post operasi apendektomi merasa lebih sehat dan kuat dengan mobilisasi dini. Dengan gerakan miring kanan dan kiri 6 jam post operasi, otot perut dan panggul akan kembali normal, sehingga otot perut menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit. Dengan demikian klien merasa sehat, meningkatkan peristaltik usus, membantu memperoleh kekuatan dan mempercepat penyembuhan (Fitriyahsari, 2009).

Klien yang merasakan nyeri dan melakukan gerakan, dapat mengalihkan fokus perhatiannya dari nyeri yang dirasakan menjadi fokus terhadap gerakan yang dilakukan. Seperti halnya distraksi yang berproses dengan cara menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan stimuli nyeri ke otak lebih sedikit. Bergerak juga dapat semakin membantu dalam merileksasikan ketegangan otot, dan rileksasi juga dapat menjadi distraksi dalam mengurangi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Terdapat jurnal kesehatan dari Stikes Satriya Bhakti Nganjuk volume 1, nomor 1, yang berjudul “Mobilisasi terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Ibu Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesia Care Unit RSUD Dr. Harjono Ponorogo oleh Puji Astutik dan Ida Hermawati pada tahun 2012 yang menjelaskan bahwa tingkat nyeri sebelum mobilisasi pada ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anestesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo dengan 35 responden (67,3%) mengalami nyeri

tingkat berat dan tingkat nyeri sesudah mobilisasi pada ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anestesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo dengan 28 responden (53,8%) mengalami nyeri tingkat sedang, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh mobilisasi terhadap penurunan nyeri ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anestesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo.

Hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh mobilisasi yang paling dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi, sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini, sehingga dapat diketahui tingkat nyeri yang dialami klien sebelum melakukan mobilisasi yang paling dini dan setelah melakukan mobilisasi yang paling dini post operasi apendektomi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Mengidentifikasi karakteristik klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.
2. Mengidentifikasi tingkat nyeri klien post operasi apendektomi sebelum dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.
3. Mengidentifikasi tingkat nyeri klien post operasi apendektomi setelah dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.
4. Menganalisis perbedaan tingkat nyeri sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) dilakukan mobilisasi dini pada klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti baik tentang konsep dan teori keperawatan klinik untuk memperhatikan aktivitas dan kebutuhan mekanik pada individu setelah menjalani operasi apendektomi, serta mampu memahami cara-cara mengurangi nyeri post

operasi apendektomi yang mampu dilakukan oleh klien baik mandiri atau pun dengan bantuan keluarga dan petugas kesehatan.

#### 1.4.2 Manfaat bagi Perawat

Hasil penelitian ini, hendaknya dapat semakin memotivasi perawat, agar dapat memberikan pengajaran dan tambahan pengetahuan pada klien terkait mobilisasi dini post operasi apendektomi, sehingga klien dan keluarga mampu menerapkan dan melakukan mobilisasi dini setelah dilakukan pembedahan (post operasi apendektomi), serta mampu menerapkan mobilisasi dini post operasi apendektomi untuk menunjang peningkatan kesembuhan dan kesehatan klien post operasi apendektomi.

#### 1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat

Memberikan gambaran pada masyarakat mengenai pentingnya melakukan mobilisasi setelah dilakukan prosedur operasi apendektomi dan dapat menjadikan mobilisasi dini pada klien post operasi apendektomi sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kesembuhan dan kesehatan klien post operasi apendektomi.

#### 1.4.4 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Memberikan tambahan pustaka yang dapat melengkapi wawasan dan ilmu pengetahuan dalam cabang ilmu Keperawatan Klinik terutama dalam peningkatan pemberian pengajaran terkait mobilisasi dini post operasi apendektomi kepada

keluarga dan klien post operasi apendektomi, sehingga penerapan mobilisasi dini pada klien post operasi apendektomi semakin meningkat dalam pelaksanaannya.

#### 1.4.5 Manfaat bagi Rumah Sakit

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

### 1.5 Keaslian Penelitian

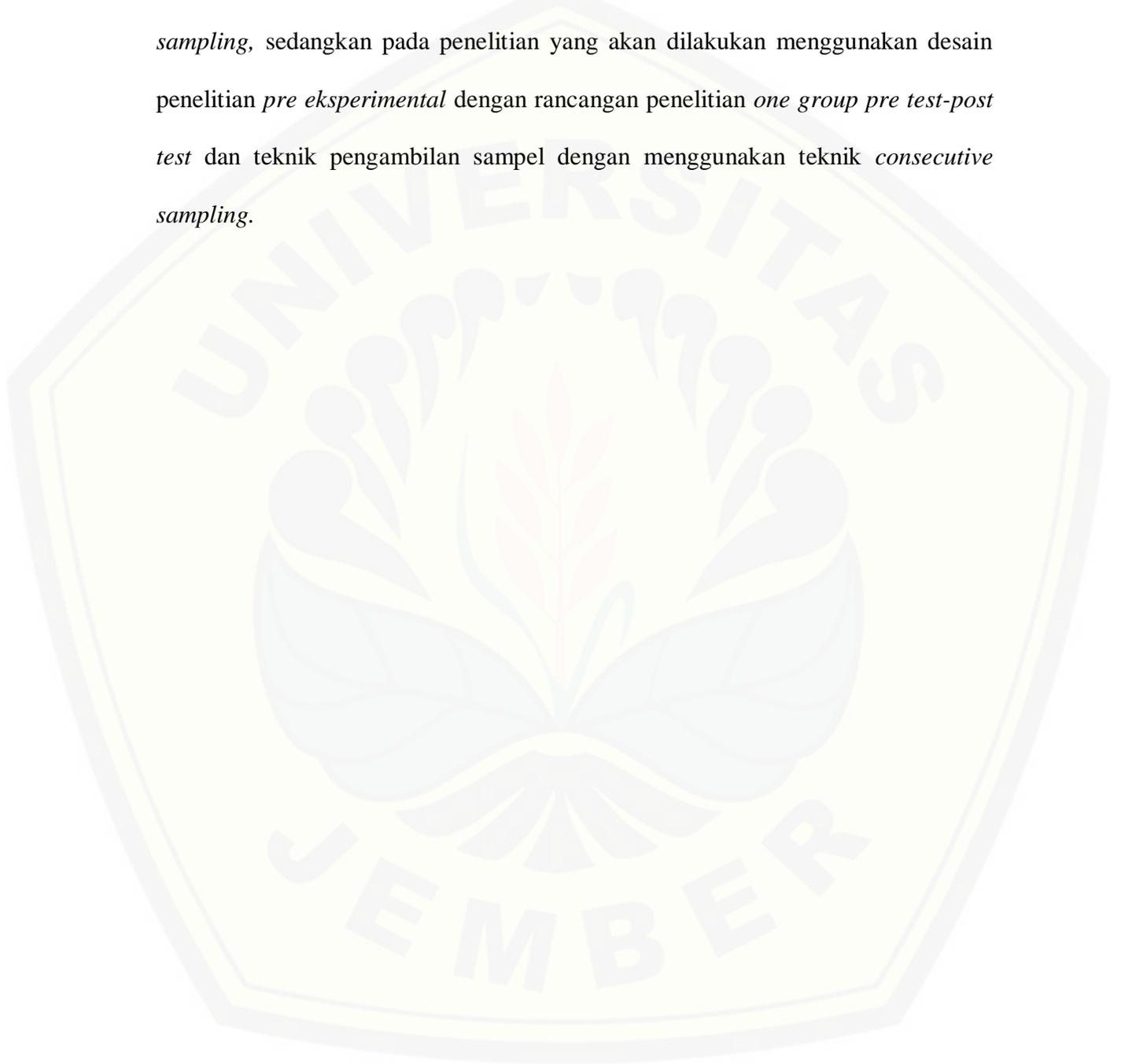
Penelitian “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember” sebelumnya belum pernah dilakukan. Terdapat penelitian lain yang berfokus pada pemulihan kandung kemih pasca pembedahan klien dengan anastesi spinal oleh Zetri Akhrita pada tahun 2011 dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anastesi Spinal di Irna B (Bedah Umum) RSUP dr. M. Djamil Padang Tahun 2011”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dilakukannya mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anastesi spinal. Penelitian dilakukan dengan dengan pendekatan kuantitatif, Penelitian bersifat pre-eksperimental dengan

menggunakan *static group comparison* dengan jumlah responden sebanyak 20 orang, diambil secara quota sampling yaitu 10 orang kelompok eksperimen dan 10 orang kelompok kontrol. Teknik pengumpulan data dengan observasi.

Penelitian “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember” yang akan dilakukan ini bertujuan menganalisa pengaruh dilakukannya mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien dengan post operasi apendektomi. Desain penelitian ini adalah *pre experimental* dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar penilaian skala nyeri numerik (*Numeric Rating Scale*, NRS) untuk menilai perubahan tingkat nyeri klien dengan post operasi apendektomi sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini.

Perbedaan penelitian sebelumnya dan penelitian yang akan dilakukan terletak pada tujuan. Tujuan pada penelitian terdahulu adalah untuk mengetahui pengaruh dilakukannya mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan bertujuan menganalisa pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien dengan post operasi apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. Pada variabel penelitian, penelitian sebelumnya menggunakan variabel mobilisasi dini dan pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal, sedangkan variabel penelitian ini adalah pelaksanaan mobilisasi dini dan perubahan tingkat nyeri pada klien post

operasi apendektomi. Pada penggunaan desain penelitian, penelitian terdahulu menggunakan desain *pre eksperimental* dengan rancangan penelitian *static group comparison* dan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *quota sampling*, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan desain penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan penelitian *one group pre test-post test* dan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*.



## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Mobilisasi Dini**

#### **2.1.1 Definisi Mobilisasi**

Mobilisasi adalah suatu kegiatan untuk melatih hampir semua alat tubuh dan meningkatkan fleksibilitas sendi. Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Potter & Perry, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2006).

Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas, sehingga dalam mempertahankan mobilisasi fisik secara optimal maka sistem saraf, otot, dan skeletal harus tetap utuh dan berfungsi baik (Potter & Perry, 2006).

#### **2.1.2 Tujuan dan Manfaat Mobilisasi**

Mekanik dan gerak tubuh sangat bermanfaat bagi seseorang, diantaranya dapat membuat tubuh menjadi lebih segar, memperbaiki tonus otot dan sikap tubuh, mengontrol berat badan, mengurangi stres, serta dapat meningkatkan relaksasi, merangsang peredaran darah ke otot dan organ tubuh lain sehingga meningkatkan kelenturan tubuh, pada anak dapat merangsang pertumbuhan

(Asmadi, 2008). Latihan mobilisasi juga dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi adanya nyeri (Hidayat, 2006).

Selain itu, tujuan untuk mobilisasi yaitu untuk mencegah terjadinya bronkopneumonia, kekakuan sendi, mencegah tromboflebitis, atrofi otot, penumpukan sekret, memperlancar sirkulasi darah, mencegah kontraktur, dekubitus serta memelihara faal kandung kemih agar tetap berfungsi secara baik dan pasien dapat beraktivitas. Mobilisasi juga memiliki banyak tujuan seperti mengekspresikan emosi dengan gerakan nonverbal, pertahanan diri, pemenuhan kebutuhan dasar, aktivitas hidup sehari-hari dan kegiatan rekreasi (Potter & Perry, 2006).

Menurut Koziar, et al. (2004), manfaat yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut.

a. Sistem muskuloskeletal

Ukuran, bentuk, tonus, dan kekuatan rangka dan otot jantung dapat dipertahankan dengan melakukan latihan yang ringan dan dapat ditingkatkan dengan melakukan latihan yang berat. Dengan melakukan latihan, tonus otot dan kemampuan kontraksi otot meningkat serta dapat meningkatkan fleksibilitas tonus otot dan range of motion.

b. Sistem kardiovaskular

Melakukan latihan atau mobilisasi yang adekuat dapat meningkatkan denyut jantung (*heart rate*), menguatkan kontraksi otot jantung, dan menyuplai darah ke jantung dan otot. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (*cardiac*

*output*) meningkat karena aliran balik dari aliran darah. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (*cardiac output*) normal adalah 5 liter/menit, dengan mobilisasi dapat meningkatkan *cardiac output* sampai 30 liter/ menit.

c. Sistem respirasi

Jumlah udara yang dihirup dan dikeluarkan oleh paru (*ventilasi*) meningkat. Ventilasi normal sekitar 5-6 liter/menit. Pada mobilisasi yang berat, kebutuhan oksigen meningkat hingga mencapai 20x dari kebutuhan normal. Aktivitas yang adekuat juga dapat mencegah penumpukan sekret pada bronkus dan bronkiolus, menurunkan usaha pernapasan.

d. Sistem gastrointestinal

Beraktivitas dapat memperbaiki nafsu makan dan meningkatkan tonus saluran pencernaan, memperbaiki pencernaan dan eliminasi seperti kembalnya mempercepat pemulihan peristaltik usus dan mencegah terjadinya konstipasi serta menghilangkan distensi abdomen.

e. Sistem metabolik

Dengan latihan dapat meningkatkan kecepatan metabolisme, dengan demikian peningkatan produksi dari panas tubuh dan hasil pembuangan. Selama melakukan aktivitas berat, kecepatan metabolisme dapat meningkat sampai 20x dari kecepatan normal. Berbaring di tempat tidur dan makan diit dapat mengeluarkan 1.850 kalori per hari. Dengan beraktivitas juga dapat meningkatkan penggunaan trigliserid dan asam lemak, sehingga dapat mengurangi tingkat trigliserid serum dan kolesterol dalam tubuh.

#### f. Sistem urinari

Karena aktivitas yang adekuat dapat menaikkan aliran darah, tubuh dapat memisahkan sampah dengan lebih efektif, dengan demikian dapat mencegah terjadinya stasis urinary. Kejadian retensi urin juga dapat dicegah dengan melakukan aktivitas.

#### 2.1.3 Dampak imobilisasi

Immobilisasi adalah ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi di mana gerakan terganggu atau dibatasi secara terapeutik (Potter & Perry, 2006). Menurut Asmadi (2008), terdapat beberapa dampak apabila seseorang tidak bergerak atau imobilisasi. Beberapa dampak tersebut adalah sebagai berikut:

##### a. Sistem Integumen

*Bedrest* yang lama dapat menyebabkan abrasi dan dekubitus. Hal tersebut disebabkan karena pada immobilisasi terjadi gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain, dan penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan. Kondisi yang dapat memperburuk hal tersebut antara lain seperti kegemukan, adanya infeksi, trauma, berkeringat, dan nutrisi yang buruk. Selain itu, sirkulasi darah yang lambat mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi pada area yang tertekan menurun, sehingga laju metabolisme jaringan menurun.

#### b. Sistem Kardiovaskuler

Beberapa dampak imobilisasi terhadap sistem kardiovaskuler, diantaranya menyebabkan penurunan *Cardiac reserve* yakni imobilisasi menyebabkan pengaruh simpatis atau sistem adrenergik lebih besar daripada sistem kolonegk. Hal ini menyebabkan peningkatan denyut jantung. Peningkatan denyut jantung mengakibatkan waktu pengisian diastolik mmendek dan terjadi penurunan kapasitas jantung untuk merespon kebutuhan meta bolisme tubuh. Pada kondisi *bedrest* yang lama juga dapat terjadi hipotensi ortostatik yang mengakibatkan klien merasa pusing saat bangkit dari *bedrest* yang lama tersebut.

#### c. Sistem Respirasi

Dampak imobilisasi pada sistem respirasi diantaranya terjadi penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi volunter maksimal, penurunan ventilasi atau perfusi setempat, mekanisme batuk yng menurun.

#### d. Sistem Pencernaan

Dampak pada sistem pencernaan antara lain anoreksia yang diakibatkan penurunan kebutuhan kalori pada klien imobilisasi yang dapat menguragi napsu makan, konstipasi yang diakibatkan karena jumlah adrenergik yang banyak pada imobilisasi dapat menghambat peristaltik dan *sphincter* menjadi konstiksi, faktor lain dari terjadinya konstipasi karena kurang gerak, perubahan makan dan minum, meningkatnya absorpsi air, rendahnya *intake* cairan dan serat. Pada klien imobilisasi juga mempengaruhi metabolisme tubuh karena penurunan mobilitas dapat mengakibatkan penurunan energi yang

dibutuhkan oleh sel-sel tubuh. *Bedrest* yang terus-menerus akan menurunkan aktivitas pankreas, di mana insulin yang diproduksi tidak cukup untuk mentoleransi glukosa, sehingga menyebabkan kadar glukosa dalam serum, dan efek tersebut dapat kembali normal bila klien melakukan aktivitas.

e. Sistem Perkemihan

Pada kondisi normal, urin mengalir dari pelvis renalis masuk ke ureter lalu ke kandung kemih yang disebabkan oleh gaya gravitasi, namun pada kondisi terlentang, ginjal dan ureter berada pada posisi yang sejajar, sehingga urin tidak dapat melewati ureter dengan baik, akibatnya urin banyak tersimpan di pelvis renalis. Hal ini meningkatkan potensi untuk terjadinya infeksi saluran kemih.

f. Sistem Muskuloskeletal

Imobilisasi menyebabkan penurunan massa otot sebagai akibat dari kecepatan metabolisme yang turun dan kurang beraktivitas. Selain itu imobilisasi juga dapat mengakibatkan pemendekan serat otot yang mengakibatkan kekakuan sendi yang dapat menimbulkan hambatan dalam pergerakan selanjutnya.

#### 2.1.4 Jenis Mobilisasi

Mobilisasi dibagi menjadi beberapa jenis. Jenis mobilisasi diantaranya adalah mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi mobilisasi sebagian temporer dan mobilisasi sebagian permanen.

a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

b. Mobilitas sebagian

Mobilitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

Mobilitas sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

- 1) Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya: dislokasi sendi dan tulang.
- 2) Mobilitas sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem syaraf motorik dan sensorik (Hidayat, 2006).

### 2.1.5 Definisi Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry (2005) mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri.

Mobilisasi dini di atas tempat tidur dapat dilakukan dengan melakukan latihan umum di atas tempat tidur dalam 24 jam pertama, tujuan latihan ini untuk meningkatkan sirkulasi dan mencegah terjadinya kontraktur dan juga memungkinkan klien kembali secara penuh fungsi fisiologisnya (Smeltzer & Bare, 2002).

Pada saat awal pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan. Pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik (Kusmawan, 2008).

### 2.1.6 Tingkat Mobilisasi Dini

Tingkat Mobilisasi dini dikategorikan menjadi 5 tingkatan yaitu tingkat 0 hingga tingkat 4. Tingkat 0 menggambarkan klien yang tidak dapat melakukan mobilisasi secara aktif, sedangkan tingkatan menuju ke tingkat 4 menunjukkan kemampuan klien yang semakin mampu melakukan mobilisasi secara mandiri.

- a. Tingkat 4 : mampu melakukan mobilisasi secara mandiri
- b. Tingkat 3 : memerlukan bantuan alat
- c. Tingkat 2 : memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
- d. Tingkat 1 : memerlukan bantuan dan pengawasan dari orang lain disertai dengan bantuan alat.
- e. Tingkat 0 : tidak dapat melakukan mobilisasi dini secara aktif

Kontraindikasi mobilisasi adalah syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, kifosis, lordosis, skoliosis, infark miokard akut, disritmia jantung, atau syok sepsis (Wilkinson, 2005).

### 2.1.7 Tahap Mobilisasi Klien Post Operasi

Mobilisasi pasca operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Tahap-tahap mobilisasi pada pasien pasca operasi meliputi (Cetrione dalam Rismalia, 2010) :

a. Pada saat awal (6 sampai 8 jam setelah operasi)

Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.

b. Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi

Badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak-gerakkan.

c. Pada hari kedua pasca operasi

Rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal.

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Potter & Perry, 2005). Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang merupakan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau

potensial dan merupakan suatu hal yang dapat mengganggu dan menyulitkan bagi sebagian besar orang yang mengalami hal ini. Dalam keperawatan, definisi tentang nyeri adalah, apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan oleh individu yang mengalami dan ada kapanpun individu tersebut mengeluhkannya (Smeltzer & Bare, 2002).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual, karena respon setiap individu berbeda dengan individu yang lainnya, sehingga hal tersebut menjadi sebuah dasar bagi perawat dalam menentukan intervensi untuk mengatasi nyeri pada klien. Nyeri diartikan berbeda-beda setiap individu bergantung pada persepsinya, namun persepsi nyeri dapat diartikan secara sederhana, yakni suatu sensasi yang tidak menyenangkan secara sensori dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan dan faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa dan mengganggu psikis, aktivitas sehari-hari dan lainnya (Asmadi, 2008).

### 2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan, yakni nyeri berdasarkan:

#### a. Tempat nyeri

- 1) *Pheriperal pain*, tempat nyeri yang dirasakan di area permukaan tubuh seperti kulit dan mukosa.
- 2) *Deep pain*, tempat nyeri yang dirasakan di area permukaan tubuh yang lebih dalam seperti nyeri pada organ-organ visceral.

- 3) *Referred Pain*, nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh lain dan bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central Pain*, Tempat nyeri yang berasal dari akibat perangsangan oleh sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dll.

b. Sifat nyeri

- 1) *Incidental pain*, nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu hilang.
- 2) *Steady pain*, nyeri yang timbul dan menetap dalam waktu lama.
- 3) *Paroxymal pain*, nyeri yang memiliki intensitas tinggi dan sangat kuat. Menetap  $\pm$  10-15 menit, lalu hilang, kemudian timbul kembali.

c. Berat ringan Nyeri

- 1) Ringan, nyeri dengan intensitas rendah.
- 2) Sedang, nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Berat, nyeri dengan intensitas tinggi.

d. Waktu Lamanya Serangan

- 1) Nyeri akut, nyeri yang dirasakan dalam waktu singkat, berakhir kurang dari enam bulan, sumber nyeri diketahui dengan jelas, nyeri terasa tajam seperti ditusuk atau disayat, respon sistem saraf simatis seperti takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil, serta klien tampak cemas, gelisah, dan ketegangan otot.
- 2) Nyeri kronis, nyeri dirasakan lebih dari enam bulan, memiliki pola beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun, daerah

nyeri menyebar, respon sistem saraf parasimpatis seperti penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, dan pupil konstiksi, klien tampak depresi dan menarik diri (Asmadi, 2008)

### 2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

#### a. Usia

Faktor usia sangat mempengaruhi nyeri yang dirasakan oleh individu. Hal ini dilatarbelakangi oleh kemampuan fisik dan psikologis dalam menanggapi nyeri. Usia mempengaruhi nyeri khususnya anak-anak dan lansia, dimana perbedaan perkembangan dapat mempengaruhi anak-anak dan lansia dalam menanggapi nyeri yang dialami. Anak-anak belum mampu memahami nyeri dan prosedur yang dapat menimbulkan nyeri. Anak-anak belum mampu mengkomunikasikan dengan baik nyeri yang dirasakannya kepada orang tua dan petugas kesehatan. Berbeda dengan lansia, apabila lansia mengalami nyeri dan bingung, maka lansia mengalami kesulitan dalam mengingat pengalaman nyeri yang dialami dan menceriterakan secara rinci kepada keluarga atau petugas kesehatan. Lansia memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengalami kondisi patologis yang menyertai nyeri. Apabila lansia memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu, maka petugas kesehatan harus mengumpulkan data pengkajian secara lebih rinci, untuk mendapatkan hasil pengkajian yang maksimal, semua proses dari pengkajian, diagnosis, dan penatalaksanaan harus dilaksanakan secara agresif (Potter & Perry, 2006).

#### b. Jenis Kelamin

Laki-laki dan perempuan secara umum tidak berbeda dalam merespon nyeri, namun terdapat beberapa hal seperti kebudayaan dapat mempengaruhi seorang laki-laki ataupun perempuan dalam menanggapi nyeri yang terjadi. Beberapa kebudayaan memiliki aturan bahwa seorang laki-laki tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama (Potter & Perry, 2006).

#### c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai kebudayaan dapat mempengaruhi seorang individu dalam mengatasi nyeri. Kebudayaan yang satu dengan kebudayaan lain dapat berbeda dalam cara mengekspresikan nyeri. Sebagian besar orang akan meringis atau bahkan menangis dalam menanggapi nyeri yang dialami, namun beberapa kebudayaan justru mengartikannya berbeda, tidak selalu apabila seseorang meringis atau menangis merupakan salah satu bentuk ekspresi nyeri. Beberapa kebudayaan juga menganggap nyeri merupakan suatu hukuman akibat kesalahan yang pernah dilakukan. Suatu pemahaman tentang nyeri yang berbeda inilah yang dapat membantu petugas kesehatan khususnya perawat dalam merancang asuhan yang tepat bagi klien (Potter & Perry, 2006).

#### d. Makna Nyeri

Setiap makna yang di pahami oleh setiap individu, maka akan mempengaruhi dalam menginterpretasikan nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, seperti sebagai sebuah ancaman, hukuman, atau bahkan suatu tantangan. Misalnya, seorang wanita

yang sedang bersalin akan berbeda dalam mempersepsikan nyeri dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat pukulan. Makna nyeri juga dapat menentukan derajat dan intensitas nyeri setiap individu yang mengalaminya (Potter & Perry, 2006).

e. Perhatian

Perhatian merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri. Perhatian seseorang yang besar terhadap nyeri yang dialami, akan menimbulkan sensasi nyeri yang semakin meningkat, sebaliknya, seseorang yang meminimalkan perhatiannya terhadap suatu nyeri, maka akan mengalami sensasi nyeri yang lebih menurun. Dunia keperawatan pun memanfaatkan perhatian sebagai salah satu metode untuk mengurangi nyeri. Metode tersebut disebut distraksi, dimana perhatian klien yang mengalami nyeri, dialihkan terhadap suatu hal selain nyeri (Potter & Perry, 2006).

f. Ansietas

Ansietas dan nyeri merupakan dua hal yang saling berkaitan. Ansietas dapat memicu peningkatan sensasi nyeri, sebaliknya, nyeri dapat menimbulkan ansietas pada individu. Nyeri dapat memberikan stimulus yang dapat mengaktifkan sistem limbik yang diyakini untuk mengatur emosi seseorang, terutama ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri. Nyeri dapat menjadi hilang bahkan menjadi lebih buruk. Nyeri yang lama dan tidak kunjung hilang, bahkan dapat menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian (Potter & Perry, 2006).

g. Keletihan

Keletihan juga merupakan faktor yang mempengaruhi nyeri. Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan koping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka hal ini dapat memperberat persepsi nyeri. Seseorang yang mengalami nyeri dan mengalami periode tidur yang lelap, maka sensasi nyeri akan cenderung berkurang (Potter & Perry, 2006).

h. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman dapat mempengaruhi seseorang dalam menginterpretasikan nyeri. Setiap individu belajar dari pengalaman sebelumnya dalam menanggapi nyeri. Apabila seorang individu mengalami nyeri untuk pertama kalinya, maka hal ini akan dapat mengganggu koping individu tersebut terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami sensasi nyeri sebelumnya, dan individu tersebut mampu untuk menghilangkannya, maka akan menjadi lebih mudah bagi individu tersebut dalam menginterpretasikan nyeri. Berbeda dengan individu yang pernah mengalami nyeri berat, namun sulit untuk mengalihkan sensasi tersebut, maka individu akan merasa lebih ansietas, dan takut yang mampu sensasi nyeri menjadi lebih berat (Potter & Perry, 2006).

i. Gaya Koping

Koping setiap individu dalam menghadapi nyeri akan berbeda dengan individu yang lain. Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian atau keseluruhan. Sumber-sumber koping individu dalam menghadapi nyeri sangat penting untuk dipahami, seperti komunikasi dengan keluarga,

melakukan latihan, dan menyanyi dapat menjadi cara dalam pengalihan nyeri, khususnya perawat dalam melakukan asuhan keperawat (Potter & Perry, 2006).

j. Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan keluarga dan sosial juga merupakan hal yang dapat mempengaruhi nyeri setiap individu. Hal ini berhubungan dengan sikap orang-orang terdekat dalam memberikan perhatian terhadap klien. Individu yang mengalami nyeri seeringkali membutuhkan dukungan, bantuan, dan perlindungan. Kehadiran orang terdekat akan mengurangi rasa kesepian, cemas, dan ketakutan. Apabila tidak ada orang terdekat seperti keluarga atau teman, maka pengalaman nyeri akan lebih membuat klien tertekan. (Potter & Perry, 2006)

k. Stimulus Nyeri

Ada beberapa jenis stimulus nyeri menurut Hidayat (2006), diantaranya adalah trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah (operasi) akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor, gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri, tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri, iskemia pada jaringan, misalnya terjado blockade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat, spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

#### 2.2.4 Karakteristik Nyeri

Dunia keperawatan melakukan asuhan keperawatan dimulai dari anamnesis atau pengkajian, analisis masalah yang ada, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian pada klien dengan nyeri, dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan PQRST. Hal ini dapat membantu perawat dalam menentukan intervensi yang sesuai.

##### a. *Provoking Incident (P)*

*Provoking Incident* merupakan pengkajian nyeri yang menekankan identifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri. Identifikasi nyeri ini juga dilakukan dengan mengkaji hal yang dapat menimbulkan nyeri, kondisi yang dapat meningkatkan nyeri, atau pun peristiwa yang mendorong nyeri terjadi. Selain itu *provoking incident* juga mengidentifikasi hal atau faktor yang dapat mengurangi nyeri (Mutaqqin & Sari, 2013). Menurut Potter & Perry (2006), faktor yang mempengaruhi karakter nyeri disebut dengan pola nyeri. Faktor-faktor tersebut dapat membantu perawat dalam mengkaji kondisi spesifik yang mempresipitasi atau memperburuk nyeri. Faktor ini cukup berpengaruh dan sangat penting dibandingkan kualitas nyeri dalam memberikan data mengenai mekanisme nyeri. Salah satu contoh apabila nyeri berkaitan dengan bernapas, menelan dan defekasi menyebabkan perhatian terfokus pada masing-masing sistem yang berkaitan (Price & Wilson, 2006).

b. *Quality of Pain (P)*

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui dan menilai rasa nyeri yang dirasakan subjektif. Identifikasi ini dapat membantu klien dalam mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Pada umumnya sifat dan rasa nyeri sulit dideskripsikan, namun melalui pengkajian ini dapat membantu klien mengungkapkan nyeri, bahkan menggunakan bahasanya sendiri atau melalui bantuan petugas kesehatan dalam mendeskripsikannya (Muttaqin & Sari, 2013). Menurut Potter & Perry (2006), karena tidak terdapat perbendaharaan kata nyeri yang khusus atau umum, maka kata-kata yang seorang klien pilih untuk mendeskripsikan nyeri dapat diterapkan pada suatu hal dengan jumlah berapapun. Klien dapat mendeskripsikan nyeri sebagai sensasi remuk (*crushing*), berdenyut (*throbbing*), tajam, atau tumpul, bahkan nyeri klien seringkali tidak dapat dijelaskan.

c. *Region: radiation, relief (R)*

Identifikasi *Region (Radiation, Relief)* ini digunakan untuk mengidentifikasi letak nyeri, penyebaran nyeri secara tepat, dan mengkaji adanya radiasi. Identifikasi ini meminta klien untuk menunjukkan lokasi rasa nyeri yang dirasakan dan menanyakan kepada klien apakah rasa nyeri yang dirasakan menyebar di area sekitar atau tidak (Muttaqin & Sari, 2013).

d. *Severity (Scale) of Pain (S)*

Pengkajian ini digunakan untuk mengetahui seberapa jauh rasa nyeri yang dialami klien. Pengkajian ini dapat dilakukan berdasarkan skala nyeri atau gradasi dan pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi

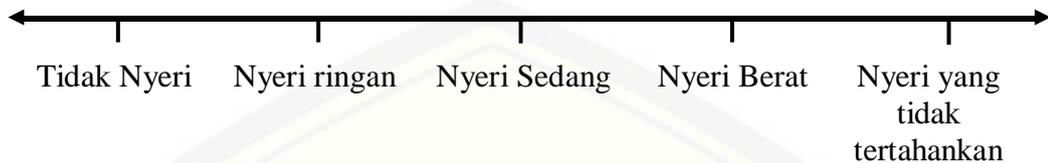
kemampuan fungsinya (Muttaqin & Sari, 2013). Menurut Potter & Perry (2006), karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri. Klien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang, atau parah.

Potter & Perry (2006), juga mengungkapkan bahwa nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-Ray atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien. Oleh karena itu, untuk mengkaji dan mengidentifikasi nyeri klien, maka digunakan skala nyeri. Beberapa skala nyeri diantaranya adalah:

1) skala nyeri deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pedeskripsian verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri”

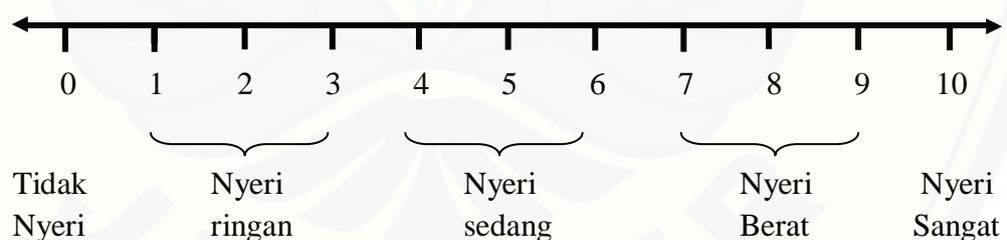
hingga “nyeri tak tertahankan”, dan klien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat itu (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.1. Skala Nyeri Deskriptif

## 2) skala nyeri numerik

Skala penilaian nyeri numerik (*Numerical Rating Scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Skala yang biasa digunakan berupa angka, dari angka 0-10. Skala ini paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi dan biasanya jarak antara angka 0-10 direkomendasikan 1 cm, sehingga dapat menggunakan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.2. Skala Nyeri Numerik

Menurut Potter & Perry (dalam Farida, 2010) , intensitas nyeri numerik dibedakan menjadi empat bagian yaitu :

- a). 0 : Tidak nyeri
- b). 1-3 : Nyeri ringan

Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

c). 4-6 : Nyeri sedang

Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

d). 7-9 : Nyeri berat terkontrol

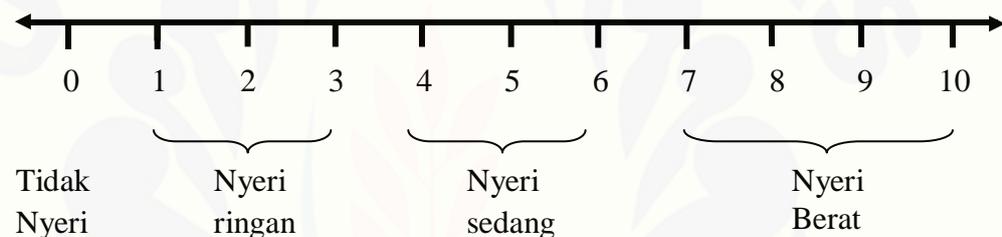
Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

e). 10 : Nyeri sangat berat tidak terkontrol

klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, klien dapat memukul.

Menurut Nilssons dan Reospond (dalam Novita, 2012) NRS lebih bermanfaat untuk digunakan pada periode post operasi. NRS sangat mudah digunakan dan merupakan skala ukur yang sudah valid (Brunelli dalam Novita, 2010). Menurut McCaffrey dan Bebbe (dalam Novita, 2012) penggunaan NRS direkomendasikan untuk penilaian skala nyeri post operasi pada pasien berusia diatas 9 tahun. Skala nyeri NRS memiliki beberapa skala didalamnya, yang pertama adalah skala 0 yang dideskripsikan sebagai tidak ada nyeri, skala 1-3 dideskripsikan sebagai nyeri ringan yaitu ada rasa nyeri (mulai terasa tapi masih dapat ditahan).

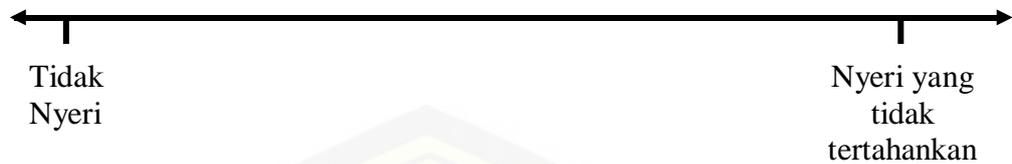
Skala 4-6 dideskripsikan sebagai nyeri sedang yaitu ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya. Kemudian terdapat skala 7-10 yang dideskripsikan sebagai nyeri berat yaitu ada nyeri, terasa sangat mengganggu atau tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit atau berteriak (MacCeffery dan Beebe dalam Novita, 2012). NRS merupakan skala nyeri yang telah dikembangkan dari VAS (*Visual Analog Scale*) dan sangat efektif untuk pasien pembedahan, post anestesi awal dan saat ini digunakan secara rutin untuk pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi.



Gambar 2.3. Skala Nyeri Numerik dalam Penelitian Novita ( 2012).

### 3) skala analog visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*, VAS) merupakan suatu garis lurus yang mewakili alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan bagi klien untuk mengungkapkan nyerinya, sehingga perawat meminta klien untuk menunjuk keadaan nyerinya saat ini. Pada skala ini ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau nyeri yang paling buruk (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.2. Skala Nyeri Visual

*e. Time (T)*

Pengkajian ini berguna untuk mendeteksi berapa lama nyeri berlangsung, kapan timbul nyeri, dan makin bertambah buruk pada siang atau malam hari. Identifikasi juga dilakukan dengan menanyakan tanda gejala nyeri timbul pada klien dan apakah gejala tersebut muncul terus-menerus atau hilang timbul, serta menanyakan kapan klien merasa nyaman atau sehat (Muttaqin & Sari, 2013). Menurut Price & Wilson (2006), Identifikasi waktu ini dapat berguna sebagai salah satu bagian dari identifikasi untuk menilai saat muncul atau timbulnya nyeri. Kemudian untuk frekuensi nyeri, digunakan sebagai referensi pengkajian untuk mengidentifikasi jumlah munculnya nyeri, sering atau tidaknya nyeri yang muncul tersebut. Durasi digunakan untuk menanyakan kepada klien tentang lamanya klien menemui nyeri tersebut.

### 2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri terdapat beberapa, namun dikelompokkan ke dalam dua kelompok, yakni penatalaksanaan nyeri farmakologis dan penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis.

#### a. Farmakologis

Penanganan nyeri melalui intervensi farmakologis, dilakukan dalam dengan berkolaborasi, antara dokter, pemberi perawatan utama, serta klien. Intervensi farmakologis diantaranya seperti Analgesia Dikontrol-Pasien (ADP), agen anestetik, opioid, serta obat-obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) (Smeltzer & Bare, 2002).

##### 1) Analgesia Dikontrol-Pasien (ADP)

Analgesia Dikontrol-Pasien (ADP) merupakan salah satu penatalaksanaan nyeri yang biasa digunakan untuk menangani nyeri post operasi. ADP dapat memungkinkan klien untuk pemberian medikasi sendiri dalam batas aman yang telah ditetapkan sebelumnya. ADP dapat digunakan dalam lingkungan rumah sakit atau pun di rumah. Terdapat Pompa ADP yang dikontrol secara elektronik dengan alat pengatur waktu, sehingga klien yang mengalami nyeri dapat memberikan sejumlah kecil medikasi ke dalam intravena, subkutan, atau kateter epidural dengan cara menekan tombol yang tersedia dan telah ditentukan (Smeltzer & Bare, 2002).

##### 2) Agen Anestetik

Agen anestetik lokal bekerja dengan memblok konduksi saraf saat diberikan langsung ke serabut saraf. Anestesi lokal dapat diberikan langsung di tempat cedera, langsung ke serabut saraf melalui suntikan atau saat pembedahan. Penggunaan anestesi lokal telah berhasil dalam menurunkan nyeri yang berkaitan dengan bedah torak atau abdomen melalui interkostal (Smeltzer & Bare, 2002). Anestesi lokal biasanya juga digunakan dalam

menjahit luka, persalinan, dan pembedahan sederhana. Anestesi loka memiliki risiko yang lebih kecil daripada anestesi umum, yang menyebabkan kehilangan kesadaran dan menekan fungsi vital. Anestesi lokal dapat diberikan melalui topikal atau injeksi. Topikal langsung dioleskan pada kulit dan membran mukosa, sedangkan injeksi dilakukan dengan menyuntikkannya di bagian tubuh tertentu (Potter & Perry, 2006).

### 3) Opioid

Tujuan pemberian opioid adalah untuk meredakan nyeri dan memperbaiki kualitas hidup klien, sehingga dosis pemberian telah ditentukan pada setiap individu. Opioid (narkotik) dapat diberikan melalui beberapa rute, diantaranya adalah rute oral, intravena, subkutan, intraspinal, rektal, dan rute transdermal. Pemberian opioid mempertimbangkan beberapa faktor seperti karakteristik nyeri klien, status klien secara keseluruhan, respon klien terhadap analgesik, dan laporan klien tentang nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

### 4) Obat-obat Antiinflamasi Nonsteroid (NSAID)

Salah satu penatalaksanaan nyeri secara farmakologis, adalah pemberian obat-obat Antiinflamasi Nonsteroid (NSAID) yang diduga dapat menurunkan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan-jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Salah satu obat antiinflamasi nonsteroid yang paling umum adalah aspirin. Namun efek aspirin yang berat dan sering, menyebabkan aspirin jarang digunakan untuk mengatasi nyeri akut maupun kronis. Selain itu ibuprofen juga digunakan

untuk menghilangkan nyeri ringan hingga nyeri sedang dan ibuprofen mempunyai efek merugikan yang rendah (Smeltzer & Bare, 2002).

b. Non Farmakologis

Selain penatalaksanaan farmakologis, penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan secara non farmakologis. Beberapa diantaranya adalah sebagai berikut.

1) Stimulasi dan masase kutaneus

Salah satu penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis adalah dengan cara menggosok kulit atau melakukan pijatan Masase, merupakan salah satu cara yang digunakan untuk mengurangi nyeri yang merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang biasanya dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat relaksasi otot, sehingga klien akan merasa nyaman. Masase tidak mentimulasi reseptor tidak nyeri, namun mempunyai dampak terhadap sistem kontrol desenden (Smeltzer & Bare, 2002).

2) Terapi es dan panas

Terapi ini merupakan salah satu terapi yang cukup efektif dalam beberapa keadaan, namun keefektifan dan mekanisme kerjanya memerlukan studi lebih lanjut. Menurut dugaan, terapi es dan panas ini menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam reseptor yang sama seperti cedera. Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain dengan cara menghambat proses inflamasi. Penggunaan es harus dilakukan segera setelah cedera terjadi. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah ke suatu area

sehingga dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat kesembuhan (Smeltzer & Bare, 2002).

### 3) Stimulasi saraf elektrik transkutan

Penggunaan terapi ini melibatkan teknologi elektronik. Stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) menggunakan alat yang dijalankan dengan baterai dan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan efek kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan untuk nyeri akut ataupun nyeri kronis. TENS diduga dapat menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam area sama seperti serabut yang mentransmisikan nyeri. Sebagai contoh, TENS digunakan pada klien pasca operasi di sekitar luka bedah (Smeltzer & Bare, 2002).

### 4) Distraksi

Distraksi merupakan salah satu penatalaksanaan nyeri dengan cara memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri. Klien yang merasakan nyeri namun fokus perhatiannya tidak pada nyeri tersebut, maka toleransi terhadap nyeri akan menjadi lebih baik. Distraksi diduga dapat mengurangi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang dapat membuat lebih sedikit stimuli nyeri ke otak. Distraksi dapat berkisar dari pencegahan yang monoton hingga melakukan aktivitas fisik ataupun mental. Beberapa orang dapat meredakan nyeri melalui permainan dan aktivitas (Smeltzer & Bare, 2002).

#### 5) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa relaksasi efektif menurunkan nyeri post operasi. Pengajaran teknik relaksasi ini akan sangat perlu untuk diajarkan berulang kali agar klien memahami. Klien dapat memejamkan mata dan bernafas dengan nyaman, atau bernafas dengan konstan dan berirama saat inhalasi ataupun ekshalasi. Hampir semua orang yang melakukan metode ini, merasakan manfaat dalam mengurangi nyeri yang dirasakan. Relaksasi yang dilakukan teratur dapat membantu keletihan dan ketegangan otot (Smeltzer & Bare, 2002).

#### 6) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing merupakan salah satu penatalaksanaan nonfarmakologis yang memanfaatkan imajinasi klien. Penggunaan imajinasi terbimbing ini dapat dipadukan dengan teknik relaksasi bernafas, sehingga saat klien menghirup nafas, klien dapat diminta untuk membayangkan hal-hal indah yang tentu saja dapat membuat klien lebih tenang. Saat klien menghembuskan nafas, klien dapat diajak untuk membayangkan, bahwa saat klien menghembuskan nafas, semua nyeri akan pergi seiring dengan hembusan nafas tersebut. Biasanya klien diminta untuk melakukan imajinasi terbimbing selama 5 menit, tiga kali sehari. Namun keefektifannya masih memerlukan riset lebih lanjut, dan imajinasi terbimbing hanya digunakan sebagai tambahan dari sebuah bentuk pengobatan (Smeltzer & Bare, 2002).

## 7) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri dan mengurangi jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri. Hipnosis harus dilakukan oleh orang yang terlatih dan pada klien yang bersedia dihipnosis. Perbedaan dalam memberi sugesti pada setiap individu akan berbeda, sehingga keberhasilan hipnosis juga bergantung dari setiap individu (Smeltzer & Bare, 2002).

## 2.3 Konsep Dasar

### 2.3.1 Anatomi

Apendiks disebut juga umbai cacing. Apendiks merupakan suatu organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) dengan diameter 0,5-1 cm dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal. Pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkal dan menyempit ke arah ujung, keadaan ini menjadi sebab rendahnya kejadian apendisitis pada usia tersebut. ( Sjamsuhidayat & de Jong, 1997 )

Apendik, disebut juga apendik vermiformis merupakan organ yang sempit dan berbentuk tabung yang mempunyai otot serta terdapat jaringan limfoid pada dindingnya. Letak apendik sekitar satu inci (2,5 cm) di bawah junctura ileocaecalis dan melekat pada permukaan posteromedial caecum. Apendik terletak di fossa iliaca dextra, dan dalam hubungannya dengan dinding anterior abdomen, pangkalnya terletak sepertiga ke atas di garis yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan umbilikus. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif, dan

lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi yang biasa disebut apendisitis (Snell, 2014).

### 2.3.2 Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut secara normal dicurahkan ke lumen dan selanjutnya mengalir menuju sekum. Adanya hambatan pada aliran lendir di muara apendiks dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya apendisitis. Di sepanjang saluran cerna terdapat imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associates Lymphoid Tissue) yakni IgA. Imunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun apabila seseorang menjalani prosedur apendektomi, maka tidak akan mempengaruhi imun tubuh, sebab jumlah jaringan limf di area ini sangat kecil dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan seluruh tubuh. (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997).

## 2.4 Konsep Apendisitis

### 2.4.1 Definisi

Apendisitis adalah peradangan/inflamasi pada apendiks. Apendisitis merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, untuk bedah abdomen darurat.

#### a. Apendisitis Akut

Apendisitis akut adalah apendisitis dengan gejala akut yang memerlukan intervensi bedah dan biasanya ditandai dengan nyeri di kuadran abdomen

kanan bawah dan dengan nyeri tekan lokal. Apendisitis merupakan salah satu akibat dari infeksi bakteri.

#### b. Apendisitis Kronik

Diagnosis apendisitis kronik dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat, seperti riwayat nyeri abdomen kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks, dan keluhan menghilang setelah appendectomy (Mubarak, 2009).

Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak yang berumur kurang dari satu tahun, kejadian ini jarang dilaporkan. Insiden tertinggi terjadi pada kelompok umur 20-30 tahun. Pada umumnya, insiden pada laki-laki dan perempuan seimbang dan sebanding, namun pada umur 20-30 tahun, insiden tertinggi terjadi pada laki-laki (Muttaqin & Sari, 2013)

#### 2.4.2 Etiologi

Banyak hal yang mempengaruhi terjadinya apendisitis. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris terdapat pula menyebabkan sumbatan. Selain hal tersebut, penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolyca*. (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997).

Berdasarkan studi epidemiologi, kebiasaan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi sangat berperan terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi

akan meningkatkan tekanan intrasekal, yang dapat berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendik dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Hal ini akan mempermudah timbulnya apendisitis akut (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997).

#### 2.4.3 Patofisiologi

Patofisiologi dari apendisitis dimulai dari terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat, kemungkinan disebabkan oleh fekalit (massa keras dari feses), tumor, atau benda asing. Proses inflamasi ini menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal, sehingga menimbulkan nyeri abdomen dan menyebar secara hebat dan progresif dalam beberapa jam terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen. Hal tersebut menyebabkan apendik yang terinflamasi tersebut berisi pus (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut bagian bedah staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (1995), patofisiologi apendisitis mula-mula disebabkan oleh sumbatan lumen. Obstruksi lumen apendiks disebabkan oleh penyempitan lumen akibat hiperplasia jaringan limfoid submukosa. Feses yang terperangkap dalam lumen apendiks mengalami penyerapan air dan terbentuklah fekalit yang akhirnya menjadi penyebab sumbatan tersebut. Sumbatan lumen tersebut menyebabkan keluhan sakit disekitar umbilikus dan epigastrium, mual dan muntah. Proses selanjutnya adalah invasi kuman *E. Koli* dan spesibakteroides dari lumen ke lapisan mukosa, submukosa, lapisan muskularis dan akhirnya ke peritoneum parietalis kemudian terjadilah peritonitis lokal kanan bawah, hal ini menyebabkan

suhu tubuh mulai naik. Gangren dinding apendiks disebabkan oleh oklusi pembuluh darah dinding apendiks akibat distensi lumen apendiks. Bila tekanan intra lumen meningkat maka akan terjadi perforasi yang ditandai dengan kenaikan suhu tubuh dan menetap tinggi. Tahapan peradangan apendisitis dimulai dari apendisitis akuta yakni sederhana tanpa perforasi, kemudian menuju apendisitis akuta perforata yang apendisitis gangrenosa.

#### 2.4.4 Tanda dan Gejala

Apendisitis sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala klasik apendisitis ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium di sekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang ada muntah dan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke kanan bawah ke titik Mc. Burney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997).

Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, dan hilangnya nafsu makan, dan selain itu nyeri tekan lepas juga sering dijumpai pada klien dengan apendisitis. Nyeri dapat dirasakan saat defekasi atau pun saat berkemih. Nyeri saat defekasi menunjukkan bahwa ujung apendik berada di dekat rektum, sedangkan nyeri saat berkemih menunjukkan bahwa letak ujung apendik dekat dengan kandung kemih atau ureter (Smeltzer & Bare, 2002). Apendiks yang terletak di rongga pelvis, bila meradang, dapat menimbulkan gejala dan

tanda rangsangan sigmoid atau rektum sehingga peristaltis meningkat, pengosongan rektum akan menjadi lebih cepat dan berulang-ulang. Jika apendiks tadi menempel ke kandung kemih, dapat terjadi peningkatan frekuensi kencing karena rangsangan dindingnya (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997)

#### 2.5.4 Komplikasi

Apendisitis merupakan penyakit yang jarang mereda dengan spontan, namun penyakit ini mempunyai kecenderungan menjadi progresif dan mengalami perforasi. Perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama, sehingga observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Perforasi dapat terjadi dengan menimbulkan tanda-tanda seperti nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, ileus, demam, malaise, dan leukositosis. Apabila perforasi dengan peritonitis umum telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat segera ditegakkan (Mansjoer, 2000).

Komplikasi seperti abses apendik, akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung ke arah rektum atau vagina. Tromboplebitis supuratif dari sistem portal jarang terjadi, tetapi merupakan komplikasi yang letal. Hal tersebut dapat dicurigai apabila ditemukan demam sepsis, menggigil, hepatomegali dan ikterus setelah terjadi perforasi apendiks. Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah abses subfrenikus dan fokal sepsis intraabdomen lain. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan (Mansjoer, 2000).

### 2.5.5 Penatalaksanaan

Peritonitis umum yang terjadi dapat dilakukan operasi untuk menutup asal perforasi dan tindakan penunjang adalah tirah baring dalam posisi *semi fowler*, pemasangan NGT, puasa, koreksi cairan dan elektrolit, pemberian penenang, pemberian antibiotik berspektrum luas dan dilanjutkan antibiotik yang sesuai hasil kultur, transfusi untuk mengatasi anemia, dan penanganan syok septik secara intensif. Apabila terbentuk abses apendik, terapi dini yang dapat diberikan adalah kombinasi antibiotik (ampisilin, gentamisin, metronidazol, atau klindamisin). Menggunakan sediaan ini, maka abses akan menghilang dan dapat dilakukan apendektomi 6-12 minggu kemudian. Pada abses yang tetap progresif dan abses yang menonjol ke arah rektum atau vagina dengan fluktuasi positif harus segera dilakukan drainase (Mansjoer, 2000).

Intervensi medis untuk apendisitis akut dan kronik perforasi adalah dengan apendektomi. Apendektomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendektomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut (komplikasi) seperti peritonitis atau abses (Marijata, 2006). Apendektomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablatif atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Muttaqin & Sari, 2009).

Apendektomi merupakan pembedahan atau operasi klasik pengangkatan apendiks. Apendektomi direncanakan pada infiltrate periapendikuler tanpa pus yang telah ditenangkan. Sebelumnya pasien diberi antibiotik kombinasi yang aktif

terhadap kuman aerob dan anaerob. Setelah keadaan tenang, yaitu sekitar 6-8 minggu kemudian dilakukan apendektomi (Sjamsuhidayat & de Jong, 1997). Tindakan apendektomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual kepada integritas seseorang baik biopsikososial spritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri.

## **2.5 Konsep Apendektomi**

### **2.5.1 Fase Operasi**

#### **a. Praoperatif**

Fase praoperatif dimulai saat keputusan untuk tindakan pembedahan dibuat dan berakhir dengan mengirim pasien ke kamar operasi. Lingkup kegiatan keperawatan dari pengkajian dasar pasien melalui wawancara praoperatif di klinik, ruang dokter, atau melalui telepon, dan dilanjutkan dengan pengkajian di tempat atau ruang operasi. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien yang akan menjalani operasi merupakan salah satu peran perawat pada fase praoperatif. Misalnya, memberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya melakukan mobilisasi dini setelah operasi pada pasien yang akan menjalani apendektomi. Di samping itu, mengajarkan pasien bagaimana tahap-tahap melakukan mobilisasi dini juga merupakan hal yang penting disampaikan oleh perawat, sehingga hal ini dapat memotivasi klien dan keluarga untuk melakukan mobilisasi dini postoperasi (Potter & Perry, 2006).

b. Intraoperatif

Fase intraoperatif dimulai saat pasien dikirim ke ruang operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke suatu ruang untuk pemulihan dari anestesi. Pada fase ini, lingkup tindakan keperawatan dari mengkomunikasikan asuhan perencanaan pasien, mengidentifikasi kegiatan keperawatan yang dianjurkan untuk hasil yang diharapkan, dan menetapkan prioritas tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan disusun dalam pemikiran yang logis (Potter & Perry, 2006).

c. Post operatif

Fase pascaoperatif dimulai dengan mengirim pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut di klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan pada fase ini mencakup rentang aktivitas yang luas. Pada fase pascaoperatif langsung, fokus termasuk mengkaji efek dari agens anestesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan. Salah satu peran perawat yang mendukung proses kesembuhan pasien yaitu dengan memberikan dorongan kepada pasien untuk melakukan mobilisasi setelah operasi. Hal tersebut penting dilakukan karena selain mempercepat proses kesembuhan juga dapat mencegah komplikasi yang mungkin muncul (Potter & Perry, 2006).

### 2.5.2 Masalah Keperawatan Post Operasi

Menurut Smeltzer & Bare (2002), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada klien post operasi adalah sebagai berikut:

- a. bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan efek depresan dari medikasi dan agens anestetik;
- b. nyeri dan ketidaknyamanan pasca operatif lainnya;
- c. risiko terhadap perubahan suhu tubuh: hipotermia;
- d. risiko terhadap cedera yang berhubungan dengan status pascaanestesia;
- e. perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh;
- f. perubahan eliminasi urinarius yang berhubungan dengan penurunan aktivitas, efek medikasi, dan penurunan masukan cairan;
- g. konstipasi yang berhubungan dengan penurunan motilitas lambung dan usus selama periode intraoperatif;
- h. kerusakan mobiltas fisik yang berhubungan dengan efek depresan dari anestesia, penurunan intoleransi aktivitas, dan pembatasan aktivitas yang diresepkan;
- i. ansietas tentang diagnosis pascaoperatif, kemungkinan perubahan dalam gaya hidup, dan perubahan dalam konsep diri;

### 2.5.3 Intervensi Post Operasi

- a. Meningkatkan ekspansi paru

Beberapa tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan ekspansi paru adalah meminta klien untuk menguap atau melakukan inspirasi maksimal

tertahan, sehingga dapat menciptakan intratoraks negatif dan dapat mengembangkan volume total paru. Setiap 2 jam klien didorong untuk melakukan nafas dalam. Batuk juga dapat dilakukan dengan efektif untuk melonggarkan sumbatan mukus (Smeltzer & Bare, 2002,).

b. Menghilangkan ketidaknyamanan post operatif

Menghilangkan ketidaknyaman post operatif, dilakukan dengan meredakan nyeri, menghilangkan kegelisahan, menghilangkan mual dan muntah, menghilangkan distensi abdomen, menghilangkan cegukan, mempertahankan suhu tubuh normal, menghindari cedera, mempertahankan status nutrisi yang normal, meningkatkan fungsi urinarius yang normal, meningkatkan eliminasi usus, memulihkan mobilitas, mengurangi ansietas dan mencapai kesejahteraan psikososial (Smeltzer & Bare, 2002).

## **2.6 Pengaruh Mobilisasi Dini dengan Perubahan Tingkat Nyeri pada Klien Post Operasi Apendektomi**

Menurut Sjamsuhidajat dan de Jong (1997) bahwa metode operasi dapat memunculkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering adalah nyeri. Selain nyeri, komplikasi post operasi apendektomi salah satunya thromboplebitis. Pasca mengalami apendektomi pasien dianjurkan untuk tidak malas ataupun takut melakukan latihan/mobilisasi sesuai kondisi tubuh dan tahapan yang benar. Semakin segera bergerak/mobilisasi maka semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati dan mendapatkan bimbingan dari tim kesehatan.

Usaha untuk mencegah atau meminimalkan komplikasi post operasi apendektomi dapat dilakukan dengan tindakan farmakologi maupun nonfarmakologi. Salah satu tindakan nonfarmakologi yang efektif dan efisien adalah mobilisasi dini (*early ambulation*) sesuai standar (SOP).

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

Mobilisasi dini dilakukan setelah pasien sadar dari pengaruh anastesi dan segera setelah operasi. Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah komplikasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi adanya nyeri (Hidayat, 2006). Mobilisasi dini merupakan suatu aspek penting pada fungsi fisiologis karena merupakan komponen esensial guna mempertahankan kemandirian. Mobilisasi dini berfungsi untuk melatih otot, sistem saraf, tulang, maupun sirkulasi darah sehingga diharapkan mampu mempercepat proses penyembuhan luka apendektomi (Carpenito, 2009).

Menurut Potter & Perry (2005) mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi

tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat.

Pada saat awal pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan. Pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik.

Salah satu diagnosa post operasi adalah nyeri. Nyeri merupakan salah satu hal yang dapat diberikan penatalaksanaan. Terdapat penatalaksanaan farmakologis dan juga penatalaksanaan nonfarmakologis. Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis diantaranya adalah distraksi dan teknik relaksasi. Distraksi merupakan salah satu cara dalam mengubah fokus perhatian klien pada suatu hal selain nyeri. Salah satu distraksi adalah dengan cara mengajak klien yang

mengalami nyeri untuk bergerak dan melakukan aktivitas, sehingga dengan demikian fokus perhatian klien bukan pada nyeri, namun pada aktivitas atau gerakan yang dilakukan (Smeltzer & Bare, 2002). Aktivitas dan gerakan yang dilakukan dapat merilekskan otot-otot dan memperlancar peredaran darah, sehingga dapat mempercepat penyembuhan dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Intervensi setelah operasi diantaranya adalah meningkatkan ekspansi paru dan juga menghilangkan ketidaknyamanan post operatif yang beberapa diantaranya adalah meredakan nyeri dan memulihkan mobilitas (Smeltzer & Bare, 2002).

Hal tersebut bermula dari beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yakni faktor predisposisi seperti usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, keletihan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dukungan keluarga dan sosial (Smeltzer & Bare, 2002). Faktor presipitasi seperti trauma jaringan tubuh seperti operasi, gangguan jaringan tubuh, tumor yang dapat menekan jaringan, dan iskemia jaringan (Alimul, 2006). Terdapat pula faktor lain yang juga dapat mempengaruhi nyeri seseorang.

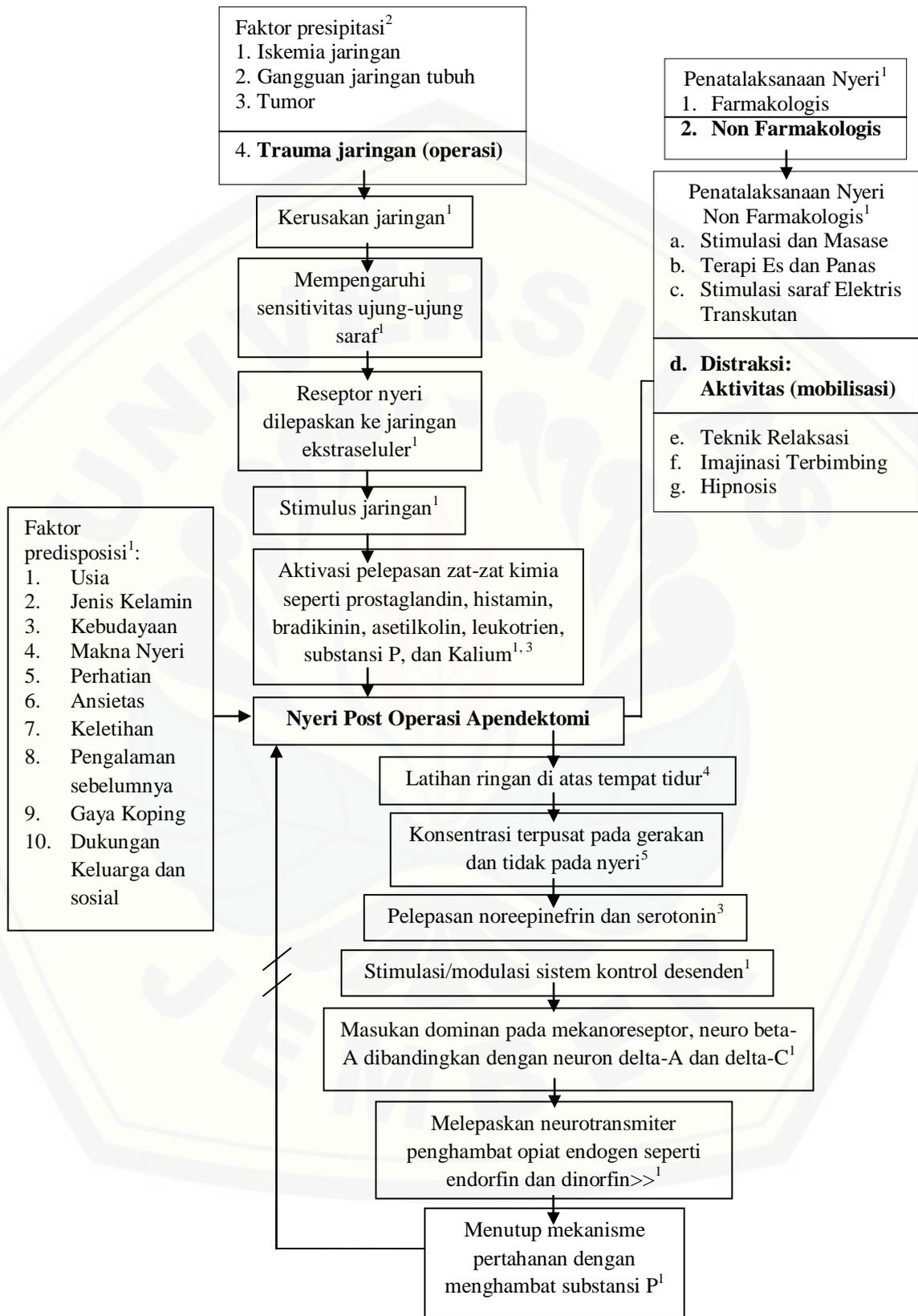
Apendiktomi merupakan prosedur yang juga termasuk faktor mempengaruhi terjadinya nyeri, yakni termasuk dalam faktor presipitasi trauma jaringan tubuh. Trauma jaringan tubuh mengakibatkan kerusakan jaringan. Kerusakan tersebut mempengaruhi sensitivitas ujung-ujung saraf. Adanya hal tersebut membuat reseptor nyeri dilepaskan ke jaringan ekstraseluler. Hal ini menstimulus jaringan untuk aktivasi pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, asetilkolin, leukotrien, senyawa P, dan kalium. Hal tersebut merupakan penyebab

munculnya nyeri terutama nyeri post operasi apendektomi (Rospond, 2008; Smeltzer & Bare, 2002).

Intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri diantaranya terdapat memulihkan mobilitas, dan penatalaksanaan nyeri non farmakologis juga memiliki intervensi yakni salah satunya adalah distraksi. Kedua hal tersebut saling berkesinambungan untuk mengatasi nyeri dan memperbaiki mobilitas klien post operasi khususnya post operasi apendektomi yakni dengan melakukan mobilisasi dini post operasi apendektomi (Smeltzer & Bare, 2002). Mobilisasi dini merupakan latihan ringan di atas tempat tidur dan mendorong klien sedini mungkin melakukan gerakan post operasi (Cetrione, dalam Rismalia 2010).

Latihan mobilisasi dini tersebut membuat klien untuk berkonsentrasi memfokuskan pikiran terhadap gerakan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005). Hal tersebut memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin (Rospond, 2008). Pelepasan senyawa tersebut menstimulasi atau memodulasi sistem kontrol desenden. Di dalam sistem kontrol desenden terdapat dua hal, yang pertama terjadi pelepasan substansi P oleh neuron delta-A dan delta-C. Hal kedua yakni mekanoreseptor dan neuron beta-A melepaskan neurotransmitter penghambat opiat endogen seperti endorfin dan dinorfin. Hal tersebut menjadi lebih dominan untuk menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P. Terhambatnya substansi P menurunkan transmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

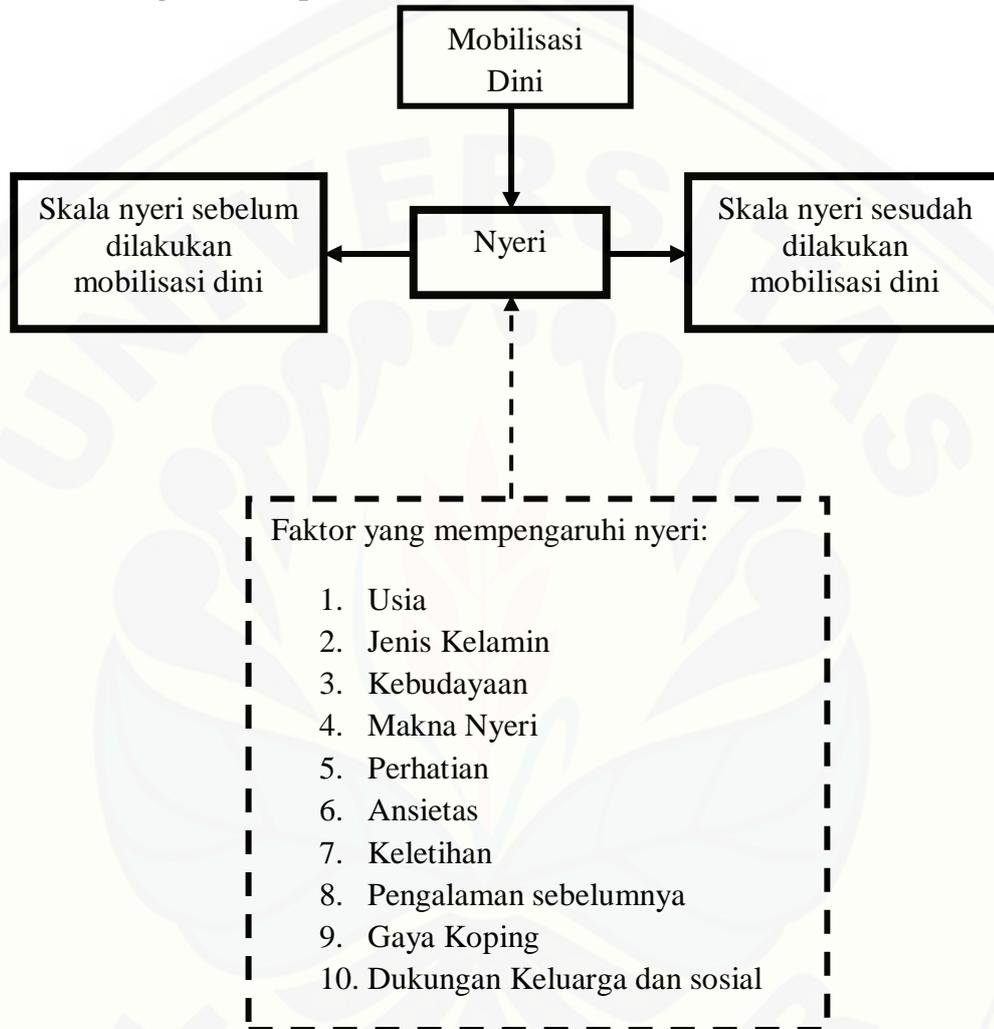
**2.7 Kerangka Teori**



Gambar 2.1 Kerangka Teori (adaptasi dari <sup>1</sup>Smeltzer & Bare, 2002; <sup>2</sup>Hidayat, 2006; <sup>3</sup>Rospond, Raylene. M, 2008; <sup>4</sup>Cetrione, dalam Rismalia 2010; <sup>5</sup>Potter & Perry, 2005).

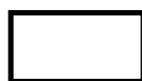
### BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi apendektomi

Keterangan:



= diteliti

—————> = diteliti



= tidak diteliti

- - - - -> = tidak diteliti

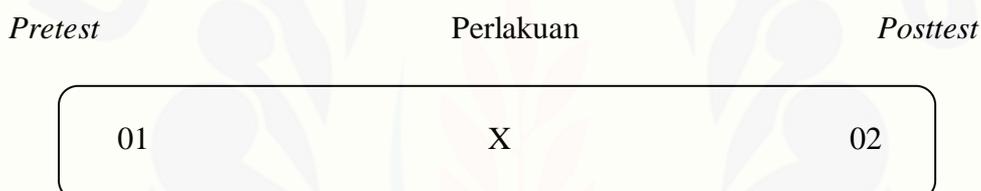
### 3.2 Hipotesis Penelitian

Perumusan hipotesis penelitian merupakan langkah ketiga setelah peneliti mengungkapkan landasan teori dan kerangka berfikir. Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah penelitian yang dinyatakan dalam bentuk kalimat. Menurut Hastono (2007), hipotesis dalam statistik dikenal dua macam yaitu hipotesis nol ( $H_0$ ) yang menyatakan tidak ada perbedaan sesuatu kejadian antara kedua kelompok dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) yang menyatakan ada perbedaan sesuatu kejadian antara kedua kelompok. Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif, yakni “ada pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien dengan post operasi apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember”. Di dalam suatu hipotesis, terdapat nilai signifikan. Nilai signifikansi atau tingkat kemaknaan merupakan besarnya peluang salah dalam menolak hipotesis nol yang dinyatakan dengan nilai  $\alpha$ . Nilai  $\alpha$  yang sering digunakan untuk bidang kesehatan masyarakat adalah  $\alpha$  sebesar 5% atau taraf kepercayaan 95%. Hipotesis alternatif diterima jika  $p < \alpha$  dengan nilai  $\alpha$  sebesar 5% atau 0,05 (Hastono, 2007).

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *pre experimental* dengan rancangan penelitian *One Group Pretest Posttest*. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk membandingkan keadaan sebelum dan sesudah peneliti memberikan perlakuan. Dalam rancangan ini tidak terdapat kelompok pembanding (*control*) tetapi dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan (Notoatmodjo, 2010). Bentuk rancangannya adalah sebagai berikut



Keterangan

01 : *Pretest*

02 : *Posttest*

X : Perlakuan

Gambar 4.1 Rancangan desain *pre experimental* (Notoatmodjo, 2010).

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

## 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah orang yang tinggal dalam wilayah yang sama dan memiliki karakteristik yang sama (Chandra, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien post operasi apendektomi pada Bulan Mei 2015 di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah klien post operasi apendektomi pada Bulan Mei 2015 di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember sebanyak 8 responden.

### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan teknik sampling *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* merupakan teknik dengan menetapkan sampling sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro dan Ismail dalam Nursalam, 2008). Jenis sampling ini merupakan jenis *non-probability sampling* yang terbaik dan merupakan cara yang mudah (Nursalam, 2008).

#### 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah klien post operasi apendektomi. Klien yang dijadikan sampel adalah klien yang memenuhi kriteria berikut.

##### a. Kriteria Inklusi

- 1) Klien yang 6-8 jam telah menjalani prosedur pembedahan apendektomi
- 2) Klien berusia 18-45 tahun
- 3) Klien dengan tanda-tanda vital normal
  - a). Nadi : 60-100 denyut/menit
  - b). Pernafasan : 12-20 kali/menit
  - c). Tekanan darah :  $\pm$  120/80 mmHg
  - d). Suhu : 36-38°C
- 4) Prosedur apendektomi menggunakan jenis anaestesi spinal
- 5) Prosedur apendektomi dengan jenis bedah elektif (terencana)
- 6) Klien bersedia menjadi responden.

##### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Klien yang menjalani operasi laparatomi yang lebih dari satu operasi sekaligus
- 2) Klien post apendektomi yang berada atau berpindah ke ruang intensif
- 3) Klien post apendektomi yang meninggal dunia atau keluar rumah sakit

### 4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember pada Bulan Mei 2015.

### 4.4 Waktu penelitian

Penelitian ini membutuhkan waktu pengajuan judul hingga pembuatan proposal skripsi dari bulan September 2014 sampai Februari 2015, kemudian dilanjutkan penelitian hingga publikasi dari bulan Maret hingga Juni 2015.

Berikut ini adalah rincian waktu pelaksanaan skripsi.

Tabel 4.1 Waktu Pelaksanaan skripsi

No	Kegiatan	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Pengajuan Judul	■	■								
2.	Bab I		■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.	Studi Pendahuluan			■	■	■	■	■	■	■	■
4.	Bab II				■	■	■	■	■	■	■
5.	Bab III				■	■	■	■	■	■	■
6.	Bab IV					■	■	■	■	■	■
7.	Ujian Seminar Proposal						■	■	■	■	■
8.	Revisi Proposal							■	■	■	■
9.	Perijinan Penelitian							■	■	■	■
10.	Penelitian								■	■	■
11.	Analisis data									■	■
12.	Konsultasi Bab V & VI										■
13.	Sidang Hasil										■
14.	Publikasi										■

### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang akan di ukur dalam penelitian dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah mobilisasi dini, sedangkan variabel dependennya adalah perubahan tingkat nyeri.

Tabel 4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1	Mobilisasi Dini	Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan secara lebih dini post operasi apendektomi dalam 6-8 jam pertama dan terdiri dari dua langkah yakni langkah pertama menggerakkan ekstremitas klien dengan menekuk dan meluruskannya, masing-masing diulang 3 kali, setiap pengulangan 8 kali hitungan, kemudian langkah kedua melakukan miring kanan dan miring kiri, masing-masing selama 15 menit. (Dilakukan sesuai SOP)	Pada 6 sampai 8 jam setelah operasi, menggerakkan tangan dan kaki yang bisa diteuk dan diluruskan (diulang 3 kali, masing-masing 8 hitungan), kemudian dapat miring ke kiri atau ke kanan (masing-masing selama 15 menit). (Dilakukan sesuai SOP)	-	-	-

---

2	Nyeri pada klien Post Operasi Apendektomi	Pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional merupakan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial pada klien post operasi apendektomi yang diukur 8 jam post operasi apendektomi sebagai data <i>pre test</i> dan diukur langsung setelah dilakukan prosedur mobilisasi dini sebagai data <i>post test</i> .	Klien yang menjadi responden melaporkan Nyeri yang dirasakan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan (mobilisasi dini) dengan menunjuk rentang skala NRS ( <i>Numeric Rating Scale</i> )	Skala NRS ( <i>Numeric Rating Scale</i> )	Rasio	Hasil ukur skala NRS dengan skala 0-10 ( <i>Numeric Rating Scale</i> ), diantaranya yaitu:
---	---	---	--	---	-------	--

---

## 4.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

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

#### a. Data primer

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

#### b. Data sekunder.

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti yang berasal dari pihak lain (Setiadi, 2007). Data sekunder merupakan data yang diperoleh melalui pihak lain, dimana data ini tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subyek penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan rumah sakit terkait. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember memberikan data berupa prevalensi kejadian apendisitis di tiap puskesmas di Kabupaten Jember. Selain itu, data sekunder juga didapatkan dari data yang diperoleh dari rumah sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember, seperti data kejadian apendik dirumah sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember tersebut di tahun 2013 dan 2014 melalui rekam medik, serta data yang berkaitan dengan mobilisasi dan nyeri yang dirasakan klien post operasi apendektomi, melalui wawancara dengan perawat.

#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan skala pengukuran, yakni skala pengukuran nyeri numerik atau NRS (*Numeric Rating Scale*). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu:

##### a. Administratif

##### 1) Perijinan penelitian

Penelitian dilakukan setelah proposal penelitian disetujui oleh dosen pembimbing dan dosen penguji. Peneliti mengajukan surat ijin kepada Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember melalui bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Surat tersebut diserahkan kepada Lembaga Penelitian Universitas Jember untuk diberikan kepada direktur rumah sakit terkait, yakni Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember, melalui bagian Tata Usaha dan dilanjutkan ke bagian pendidikan dan latihan di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. Bagian pendidikan dan latihan rumah sakit memberikan surat untuk menuju ruangan yang menjadi tujuan penelitian.

##### 2) Koordinasi dengan rumah sakit yang menjadi tempat penelitian.

Peneliti melakukan koordinasi dengan rumah sakit untuk menentukan waktu penelitian. Penelitian dilakukan setelah pihak peneliti dan pihak rumah sakit sepakat atas penelitian yang dilakukan.

b. Proses Pengumpulan Data

1) Pengambilan sampel

Setelah peneliti mendapatkan ijin dari pihak rumah sakit terkait, maka dilakukan pengambilan sampel, yakni dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditentukan.

2) Melakukan *informed consent* pada responden.

Peneliti akan menjelaskan tentang prosedur penelitian, tujuan penelitian, keuntungan dan kerugian serta metode penelitian kepada responden. Responden yang setuju untuk dijadikan sampel dipersilakan untuk menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan. Kegiatan *informed consent* dilakukan di ruang rawat responden masing-masing.

3) Melakukan *pretest*

Peneliti akan meminta responden untuk menunjukkan rentang skala nyeri klien saat itu dengan menggunakan skala NRS (*Numeric Rating Scale*). Kegiatan *pretest* tersebut dilakukan di ruang rawat responden masing-masing. Kegiatan *pretest* ini dilakukan langsung sebelum dilakukan mobilisasi dini terhadap klien.

4) Melakukan mobilisasi dini

Mobilisasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap klien adalah 1x24 jam dengan lama tindakan  $\pm 45$  menit. Tindakan mobilisasi dini yang dilakukan mengambil tahap pertama dari mobilisasi dini oleh Cetrione (2009) di dalam Rismalia (2010), yakni menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dengan

menekuk dan meluruskan, serta melakukan miring kanan dan miring kiri. Langkah pertama yang dilakukan adalah dengan menekuk dan meluruskan bagian ekstremitas atas dan ekstremitas bawah. Di dalam penelitian oleh Daniati (2008), disebutkan bahwa latihan untuk otot tungkai dilakukan dengan cara tungkai ditekuk dan diluruskan kembali secara bergantian kanan dan kiri dalam 3x8 hitungan. Dalam penelitian tersebut juga terdapat referensi waktu untuk melakukan miring kanan dan miring kiri. Kegiatan mobilisasi dini ringan dengan miring kanan dan miring kiri dilakukan masing-masing selama 15 menit. Mobilisasi dini yang akan dilakukan terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut.

a) Langkah pertama

Melakukan mobilisasi dini langkah pertama pada klien post operasi apendektomi yakni menggerakkan ekstremitas klien dengan menekuk dan meluruskannya. Kegiatan ini dilakukan dengan cara menekuk dan meluruskan kembali ekstremitas secara bergantian kanan dan kiri dalam 3x8 hitungan. Kegiatan menekuk dan meluruskan ekstremitas, meliputi:

(1) Ekstremitas atas kanan

Melakukan gerakan menekuk dan meluruskan ekstremitas atas kanan dalam 3x8 hitungan (3 kali pengulangan dan setiap pengulangan menggunakan 8 kali hitungan).

(2) Ekstremitas atas kiri

Melakukan gerakan menekuk dan meluruskan ekstremitas atas kiri dalam 3x8 hitungan (3 kali pengulangan dan setiap pengulangan menggunakan 8 kali hitungan).

(3) Ekstremitas bawah kanan

Melakukan gerakan menekuk dan meluruskan ekstremitas bawah kanan dalam 3x8 hitungan (3 kali pengulangan dan setiap pengulangan menggunakan 8 kali hitungan).

(4) Ekstremitas bawah kiri

Melakukan gerakan menekuk dan meluruskan ekstremitas bawah kiri dalam 3x8 hitungan (3 kali pengulangan dan setiap pengulangan menggunakan 8 kali hitungan).

b) Langkah kedua

Melakukan mobilisasi dini langkah kedua pada klien post operasi apendektomi yakni miring kanan dan miring kiri. Dimulai dengan kanan terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan miring ke kiri, masing-masing dilakukan selama 15 menit. Apabila klien dapat melakukan miring kanan dan miring kiri mandiri, peneliti, perawat dan keluarga tetap mendampingi dan membantu.

5) Melakukan *posttest*

Peneliti akan meminta responden untuk menunjukkan rentang skala nyeri klien kembali secara langsung setelah dilakukan mobilisasi dini dengan menggunakan skala NRS (*Numeric Rating Scale*). Kegiatan *posttest* tersebut

dilakukan di ruang rawat responden masing-masing dan langsung dilakukan setelah prosedur mobilisasi dini dilakukan.

#### 4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian dapat berupa kuesioner, formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data (Notoatmodjo, 2010). Alat pengumpul data dalam penelitian ini berupa lembar penilaian skala Nyeri Numerik (*Numerik Rating Scale*, NRS). Skala nyeri Numeric Rating Scale (NRS) menggunakan angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri (Black dan Hawks dalam Novita, 2012). Menurut Nilssons dan Reospond (dalam Novita, 2012) NRS lebih bermanfaat untuk digunakan pada periode post operasi. McCaffrey dan Bebbe (dalam Novita, 2012) menyatakan bahwa, penggunaan NRS direkomendasikan untuk penilaian skala nyeri post operasi pada pasien berusia diatas 9 tahun. Skala NRS memiliki kevalidan dan reliabilitas dari penelitian Li et al (2007) yang membandingkan empat skala nyeri dengan hasil menunjukkan validitas NRS  $r=0,90$  dan reliabilitas NRS  $r=0,95$ .

Skala nyeri NRS memiliki beberapa kategori skala nyeri, yang pertama adalah skala 0 yang dikategorikan sebagai tidak nyeri, skala 1-3 dikategorikan sebagai nyeri ringan yaitu ada rasa nyeri (mulai terasa tapi masih dapat ditahan). Skala 4-6 dikategorikan sebagai nyeri sedang yaitu ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya. Terdapat skala 7-

10 yang dikategorikan sebagai nyeri berat yaitu ada nyeri, terasa sangat mengganggu atau tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit atau berteriak (MacCeffery dan Beebe dalam Novita, 2012). NRS sangat mudah digunakan dan merupakan skala ukur yang sudah valid (Brunelli dalam Novita, 2010). Reliabilitas NRS telah dilakukan ujinya oleh Brunelli (dalam Novita, 2012), dengan membandingkan instrumen NRS, VAS, dan VRS untuk mengkaji nyeri pada 60 pasien. Hasil uji *Cohen's Kappa* untuk instrumen NRS adalah 0,86 (sangat baik). NRS merupakan skala nyeri yang telah dikembangkan dari VAS (*Visual Analog Scale*) dan sangat efektif untuk pasien pembedahan, post anestesi awal dan saat ini digunakan secara rutin untuk pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi.

Empat skala yang terdapat dalam NRS digunakan pada beberapa penelitian, yang pertama penelitian oleh Dian Novita pada tahun 2012 yang berjudul “Pengaruh Terapi Musik pada Nyeri Post Operasi *Open Reduction and Internal Fixation* (ORIF) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung”. Kemudian penelitian oleh Arifudin Zahirsyah pada tahun 2012 yang berjudul “Hubungan antara Tebal Lipatan Lemak Bawah Kulit (Skinfold) dengan Intensitas Nyeri”, dan penelitian oleh Ratih Swarihadiyanti pada tahun 2014 yang berjudul “Pengaruh Pemberian Terapi Musik Instrumental dan Musik Klasik terhadap Nyeri Saat *Wound Care* pada Pasien Post Op Ruang Mawar di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri”. Pada penelitian saat ini, akan dilakukan pada klien post operasi apendektomi dan klien post operasi apendektomi tersebut diminta

untuk menyebutkan skala nyeri sesuai dengan nyeri yang dirasakan klien saat itu, tepatnya sebelum dan sesudah dilakukannya mobilisasi dini.

#### **4.7 Rencana Pengolahan dan Analisis Data**

##### *4.7.1 Editing*

Proses *editing* adalah proses pemeriksaan data yang telah diambil dari responden oleh peneliti (Notoatmodjo, 2010). Lembar NRS (*Numerik Rating Scale*) diperiksa kembali untuk memastikan semua telah terisi, baik sebelum maupun sesudah dilakukan intervensi. Hasil proses *editing* tidak ditemukan skala NRS (*Numerik Rating Scale*) yang belum terisi.

##### *4.7.2 Coding*

*Coding* adalah mengubah hasil-hasil pengukuran yang didapat dari responden ke dalam suatu bentuk data (Notoatmodjo, 2010). Peneliti mencatat hasil penilaian skala nyeri sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) dilakukan mobilisasi dini pada klien post operasi apendektomi, kemudian dilakukan *coding* sesuai dengan data yang didapat pada masing-masing responden. Pemberian *coding* dalam penelitian ini meliputi:

a). Jenis Kelamin

- 1) Laki-laki diberi kode 1
- 2) Perempuan diberi kode 2

b). Skala Nyeri

- 1). Skala nyeri 0 (tidak ada nyeri) di beri kode 0

- 2).Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) di beri kode 1
- 3).Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) di beri kode 2
- 4).Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) di beri kode 3

#### 4.7.3 *Entry*

Jawaban dari responden yang sudah diubah dalam bentuk kode dimasukkan dalam program atau *software* computer (Notoatmodjo, 2010). *Software* yang digunakan untuk menganalisis data dalam penelitian ini adalah SPSS 16.0

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* adalah pembersihan data dengan melihat kembali data yang telah dimasukkan apakah sudah benar atau belum. Data dari dari setiap responden yang telah dimasukkan perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kesalahan kode atau ketidaklengkapan untuk kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2010).

#### 4.8 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Kegiatan dalam analisis data adalah: mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah, dan

melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan. Teknik analisa data dalam penelitian kuantitatif menggunakan statistik. Terdapat dua macam statistik yang digunakan untuk analisa data dalam penelitian, yaitu statistik deskriptif dan statistik inferensial (Sugiyono, 2011).

#### 4.8.1 Analisis Univariat (Deskriptif)

Analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini analisis deskriptif untuk menganalisis data mengenai jenis kelamin, usia, hasil penilaian nyeri klien sebelum (*pre test*) dilakukan mobilisasi dini dan hasil penilaian nyeri klien setelah (*post test*) dilakukan mobilisasi dini, yakni:

1. Skala nyeri 0 : tidak ada nyeri
2. Skala nyeri 1-3 : nyeri ringan
3. Skala nyeri 4-6 : nyeri sedang
4. Skala nyeri 7-10 : nyeri berat

#### 4.8.2 Analisis Inferensial

Analisis inferensial adalah teknik statistik untuk menganalisis data sampel dan hasilnya akan diberlakukan untuk populasi (Sugiyono, 2011). Data dianalisis dengan bantuan program SPSS 16.0. Menurut Sugiono (2011), statistik inferensial terdapat statistik parametris dan non parametris, serta penggunaan statistik

parametris dan nonparametris tergantung pada asumsi dan jenis data yang akan dianalisis. Statistik parametrik digunakan saat data yang akan dianalisis berdistribusi normal, data bersifat homogen, dan pada umumnya digunakan untuk menganalisis data interval-rasio, sedangkan statistik nonparametrik digunakan saat data yang akan dianalisis tidak berdistribusi normal, data tidak homogen, dan pada umumnya digunakan untuk menganalisis data nominal-ordinal (Sugiono, 2011).

Sebelum melakukan uji parametrik, maka harus diketahui terlebih dahulu kenormalan datanya. Untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal, terdapat tiga cara. Cara pertama dengan melihat grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel shape, berarti berdistribusi normal. Cara kedua dengan menggunakan nilai *skewness* dan standar errornya, apabila nilai skewness dibagi dengan standar errornya menghasilkan angka  $\leq 2$ , maka distribusinya normal. Cara ketiga yakni dengan menggunakan uji *kolmogorov smirnov* (sampel  $\geq 50$ ) atau uji *Shapiro wilk* (sampel  $\leq 50$ ) bila hasil uji signifikan (*p value*  $> 0,05$ ) maka distribusi normal (Hastono, 2007). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 8 sampel yakni  $< 50$ , maka uji normalitas menggunakan uji *Shapiro wilk*. Hasil uji normalitas pada skala nyeri klien sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah 0,139 (*p value*  $> 0,05$ ) dan skala nyeri klien setelah dilakukan mobilisasi dini adalah 0,099. Hasil tersebut menunjukkan bahwa data bersifat normal.

Data yang terdistribusi normal dapat dilakukan uji analisis data dengan menggunakan uji parametrik. Uji parametrik yang digunakan untuk menguji hipotesis komparatif rata-rata dua sampel berpasangan dengan data berbentuk

interval atau rasio adalah *dependent t-test*. Penggunaan *dependent t-test* di dalam penelitian ini adalah untuk membandingkan nilai skala NRS *pretest dan posttest*. Hasil uji dikatakan ada perbedaan ( $H_0$  ditolak) apabila  $p \text{ value} < 0,05$  (Sugiono, 2012). Hasil analisis dengan menggunakan *dependent t-test* dalam penelitian ini adalah 0,000 ( $p \text{ value} < 0,05$ ).

#### **4.9 Etika Penelitian**

Penelitian yang baik memiliki suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang akan memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Berikut ini beberapa etika dalam penelitian.

##### **4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed consent*)**

Peneliti memberikan lembar *informed consent* kepada responden yang berisi tentang informasi yang tentang tujuan prosedur penelitian, tujuan penelitian, keuntungan dan kerugian serta metode penelitian. Klien dan keluarga yang tidak menyetujui atau tidak menandatangani lembar *informed consent* tidak dijadikan sebagai responden. Pelaksanaan *informed consent* dilakukan pada klien pre operasi apendektomi.

##### **4.9.2 Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*)**

Peneliti menghormati hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang penelitian. Peneliti menjelaskan tentang tujuan prosedur

penelitian, tujuan penelitian, keuntungan dan kerugian serta metode penelitian kepada subjek penelitian bersamaan dengan dilakukannya *informed consent*. Peneliti memberi kebebasan subjek penelitian untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Klien yang tidak menyetujui atau menolak berpartisipasi tidak dijadikan sebagai responden penelitian.

#### 4.9.3 Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*Respect for privacy and confidentiality*)

Setiap orang memiliki hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh karena itu kerahasiaan identitas subjek penelitian, menjadi tanggung jawab peneliti untuk tidak menampilkannya, seperti tidak menampilkan nama responden dengan lengkap namun berupa inisial. Saat penelitian dilakukan, maka peneliti mengusahakan ruangan klien dapat menjadi tempat privasi dan tempat yang nyaman bagi setiap klien dan keluarga, agar dapat mengikuti prosedur penelitian dengan baik.

#### 4.9.4 Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing harms and benefit*)

Peneliti meminimalisir dampak yang merugikan seperti stres, cedera ataupun kematian dari subjek penelitian dengan mengeluarkan subjek penelitian dari kegiatan penelitian jika penelitian yang dilakukan berpotensi menimbulkan stres, cedera atau kematian dari subjek penelitian tersebut. Peneliti mengusahakan

untuk meminimalisir dampak saat dilakukannya penelitian, dan dapat memberikan manfaat bagi penelitian ini, bagi klien, bagi keluarga, dan bagi instansi terkait. Peneliti melakukan prosedur penelitian yakni mobilisasi dini dengan hati-hati dan di dampingi oleh perawat ruangan. Penelitian ini bermanfaat untuk membantu responden untuk mengurangi nyeri responden.

#### 4.9.5 Keadilan dan inklusivitas atau keterbukaan (*Respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian ini dilakukan dengan menjelaskan secara jujur dan terbuka prosedur penelitian, tujuan prosedur penelitian, tujuan penelitian, serta keuntungan dan kerugian dari penelitian ini. Prinsip keadilan dalam penelitian dilakukan dengan memberikan jaminan bahwa semua subjek diberikan perlakuan yang sama tanpa memandang jenis kelamin, agama dan suku. Prinsip keterbukaan selama proses penelitian ini dengan memberikan penjelasan mengenai prosedur mobilisasi dini, tujuan mobilisasi dini, keuntungan mobilisasi dini dan kerugian mobilisasi dini kepada semua responden dan keluarga .

## BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 5.1 Hasil Penelitian

#### 5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Tingkat III Baladika Husada Jember merupakan sebuah Rumah Sakit yang berada dibawah naungan Kesdam V Brawijaya. Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada sesuai keputusan Menkes RI Nomor HK.03.05/I/2422/11 pada tanggal 19 September 2011 ditetapkan sebagai rumah sakit umum tipe C yang berhak melaksanakan pelayanan bagi masyarakat umum. Berdasarkan surat keputusan Pangdam V/Brawijaya Nomor Skep/147/VIII/2003 pada tanggal 26 Agustus 2003 nama DKT diganti menjadi Rumah Sakit Tk. III Baladhika Husada yang mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI, PNS-TNI beserta keluarga.

Rumah Sakit Tingkat III Baladika Husada Jember terletak di jalan PB. Sudirman nomor 45 Jember. Rumah Sakit Tingkat III Baladika Husada Jember memiliki beberapa pelayanan, diantaranya adalah poliklinik yang menjadi PPK1 yang terdiri dari poli gigi, KIA, kemoterapi. Selain itu terdapat klinik spesialisasi akupuntur, bedah, anak, obgyn, dan interna serta terdapat tambahan layanan kemoterapi dilantai dua. Rumah Sakit Tingkat III Baladika Husada Jember juga memberikan pelayanan rawat inap yang terdiri dari beberapa ruangan diantaranya ruang anak, ruang interna yakni Ruang Teratai dan Ruang Anggrek, Obgyn yakni Ruang Dahlia, Paviliun yakni Ruang Melati, ruang bedah yakni Ruang Mawar.

Pelayanan rawat inap secara umum memiliki jumlah klien masuk 3698 klien pada tahun 2014. Ruang bedah atau Ruang Mawar sendiri memiliki jumlah kunjungan klien masuk 616 klien dalam 1 tahun yakni tahun 2014 dan rata-rata klien masuk  $\pm 51$  klien setiap bulannya, khususnya pada tahun 2014. Pada kasus apendisitis, jumlah prosedur apendektomi sendiri memiliki rata-rata klien masuk  $\pm 6$  klien setiap bulannya. Klien post operasi apendektomi yang menjalani rawat inap di ruang bedah atau Ruang Mawar berasal dari beberapa wilayah Kabupaten Jember dan juga beberapa wilayah lain yang masih dalam satu lingkup Eks-Karesidenan Besuki. Lokasi penelitian ini bertempat di ruangan klien masing-masing di ruang bedah atau Ruang Mawar Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember pada Bulan Mei 2015 dan memenuhi beberapa kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya.

### 5.1.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember dalam penelitian ini dijelaskan dalam analisis deskriptif yang meliputi usia dan jenis kelamin klien.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Jenis Kelamin Responden	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
Laki-Laki	3	37,5
Perempuan	5	62,5
Total	8	100

Tabel 5.1 menunjukkan gambaran jenis kelamin responden dalam penelitian ini. Jenis kelamin responden mayoritas adalah perempuan dengan total

sebanyak 5 orang (62,5 %), sedangkan responden laki-laki dalam penelitian ini berjumlah 3 orang (37,5 %).

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Variabel	Mean	SD	Modus	Min-Maks
Usia	25,12	9,55	19	18-44

Data pada tabel 5.2 pada variabel usia menjelaskan bahwa nilai mean dari usia responden penelitian adalah 25,12 atau rata-rata usia responden  $\pm 25$  tahun dengan hasil standar deviasi  $\pm 9,55$ . Pada tabel tersebut ditunjukkan pula bahwa nilai modus atau usia yang paling sering muncul dalam penelitian adalah usia 19 tahun. Usia terendah responden dalam penelitian ini adalah 18 tahun dan usia tertinggi responden adalah 44 tahun.

### 5.1.3 Gambaran Penilaian Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini

Tabel 5.3 Distribusi Rerata Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Variabel	Mean	SD	Modus	Min-Maks
Nyeri Sebelum Mobilisasi Dini	7,75	2,37	10	4-10

Tabel 5.3 menggambarkan tentang distribusi rerata nilai skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini. Hasil analisis menggunakan instrumen penelitian lembar skala nyeri numerik (*Numeric Rating Scale*) menunjukkan rata-rata nilai skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah 7,75 dengan standar deviasi  $\pm 2,37$ .

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kategori Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Kategori Nyeri Responden	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
Tidak Nyeri	0	0
Nyeri Ringan	0	0
Nyeri Sedang	2	25
Nyeri Berat	6	75
Total	8	100

Tabel 5.4 menggambarkan distribusi frekuensi atau jumlah setiap kategori nyeri yang dimiliki oleh responden penelitian. Tabel tersebut menunjukkan bahwa skala nyeri yang ditunjukkan oleh responden sebelum dilakukan mobilisasi dini berada pada rentang kategori skala nyeri sedang (skala 4-6) dan nyeri berat (skala 7-10). Kategori skala nyeri sedang (skala 4-6) berjumlah 2 orang (25%) dan kategori skala nyeri berat (skala 7-10) berjumlah 6 orang (75%), dan dalam penelitian ini, tidak ada klien post operasi apendektomi yang memiliki kategori tidak nyeri dan nyeri ringan sebelum dilakukan mobilisasi dini.

#### 5.1.4 Gambaran Penilaian Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini

Tabel 5.5 Distribusi Rerata Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Variabel	Mean	SD	Modus	Min-Maks
Nyeri Setelah Mobilisasi Dini	5,62	1,99	7	3-8

Tabel 5.5 menggambarkan tentang distribusi rerata nilai skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini. Hasil analisis menggunakan instrumen penelitian lembar skala nyeri numerik (*Numeric Rating Scale*) menunjukkan rata-rata nilai

skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini adalah 5,62 dengan nilai standar deviasi 1,99.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kategori Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Kategori Nyeri Responden	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
Tidak Nyeri	0	0
Nyeri Ringan	2	25
Nyeri Sedang	2	25
Nyeri Berat	4	50
Total	8	100

Tabel 5.6 menggambarkan distribusi frekuensi atau jumlah setiap kategori nyeri yang dimiliki oleh responden penelitian setelah dilakukan mobilisasi dini. Tabel tersebut menunjukkan bahwa skala nyeri yang ditunjukkan oleh responden setelah dilakukan mobilisasi dini berada pada rentang kategori skala nyeri ringan (skala 1-3), kategori skala nyeri sedang (skala 4-6) dan nyeri berat (skala 7-10). Data tersebut menunjukkan bahwa tidak ada klien yang mengalami kategori tidak nyeri setelah dilakukan prosedur mobilisasi dini, namun terdapat klien yang mengalami nyeri dalam rentang kategori nyeri ringan (1-3) sebanyak 2 orang (25%), kategori nyeri sedang (4-6) sebanyak 2 orang (25%) dan skala nyeri terbanyak yang dialami responden adalah kategori skala nyeri berat (7-10) yakni sebanyak 4 orang (50%).

### 5.1.5 Perbedaan Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum dan Setelah dilakukan Mobilisasi Dini

Tabel 5.7 Perbedaan Nilai Skala Nyeri pada Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum dan Setelah Intervensi Mobilisasi Dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Kode Responden	Sebelum		Setelah		Difference $\Delta$	Interpretasi
	Nilai Skala Nyeri	Kategori Skala Nyeri	Nilai Skala Nyeri	Kategori Skala Nyeri		
1	10	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat	-3	Menurun
2	7	Nyeri Berat	4	Nyeri Sedang	-3	Menurun
3	7	Nyeri Berat	6	Nyeri Sedang	-1	Menurun
4	5	Nyeri Sedang	3	Nyeri Ringan	-2	Menurun
5	4	Nyeri Sedang	3	Nyeri Ringan	-1	Menurun
6	10	Nyeri Berat	8	Nyeri Berat	-2	Menurun
7	10	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat	-3	Menurun
8	9	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat	-2	Menurun

Data dari tabel 5.7 menunjukkan bahwa keseluruhan responden mengalami penurunan setelah dilakukan mobilisasi dini. Seluruh responden mengalami perubahan nilai skala nyeri, walaupun beberapa responden tetap berada dalam satu rentang kategori nyeri. Responden yang mengalami penurunan kategori skala nyeri diantaranya adalah responden dengan kode 2 dan kode 3 yang memiliki kategori nyeri berat sebelum mobilisasi dini dan kategori nyeri sedang setelah mobilisasi dini, sedangkan responden dengan kode 4 dan 5 memiliki kategori nyeri sedang sebelum dilakukan mobilisasi dini dan menjadi nyeri ringan setelah dilakukan mobilisasi dini. Selain itu, terdapat responden yang mengalami penurunan skala nyeri namun tetap berada dalam satu rentang kategori skala nyeri berat yakni responden dengan kode 1, kode 6, kode 7, dan kode 8.

Tabel 5.8 Hasil Uji Analisis Perbedaan Nilai Skala Nyeri pada Klien Post Operasi Apendektomi dengan Menggunakan *Dependent T-Test* Sebelum dan Setelah Intervensi Mobilisasi Dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember Periode 4-27 Mei 2015 (n=8)

Variabel	Mean	SD	P value	T	N
Sebelum dan Setelah Intervensi Mobilisasi Dini	-2,12	0,83	0,000	-7,20	8

Tabel 5.8 menunjukkan perbedaan skala nyeri klien sebelum dan setelah intervensi mobilisasi dini adalah -2,12 dengan standar deviasi 0,83 dan nilai t - 7,20. Nilai negatif dari tabel t yakni -7,20 tersebut menunjukkan bahwa nilai skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini lebih besar daripada skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini, sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini mengalami penurunan. Analisis dengan menggunakan uji parametrik *dependent t-test* didapatkan hasil nilai p value 0,000 ( $p\ value < \alpha = 0,05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Karakteristik Responden

Menurut Santacroe (dalam Muttaqin dan Sari, 2013) mengatakan bahwa perbandingan kejadian apendisitis adalah 1,4 lebih banyak pria daripada wanita. insiden apendisitis umumnya sebanding antara laki-laki dan perempuan (Sjamsuhidajat, 2006). Hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada berkaitan dengan klien yang mengalami apendisitis dan menjalani prosedur apendektomi didapatkan hasil yang berkaitan

dengan data karakteristik responden khususnya jenis kelamin bahwa jenis kelamin responden mayoritas adalah perempuan dengan total sebanyak 5 orang (62,5 %). Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa kejadian apendisitis tidak selalu didominasi oleh jenis kelamin laki-laki, namun dapat pula didominasi oleh jenis kelamin perempuan, bahkan insiden apendisitis dapat pula sebanding antara laki-laki dan perempuan.

Data tersebut menunjukkan bahwa kejadian apendisitis yang dilakukan prosedur apendektomi lebih didominasi oleh perempuan. Hal tersebut dapat disebabkan karena jumlah responden penelitian hanya 8 orang, sehingga jumlah responden penelitian tersebut tidak dapat menjadi pedoman tentang mayoritas jenis kelamin yang mengalami apendisitis. Apabila dikaitkan dengan nyeri yang dialami klien post apendektomi, maka interpretasi nyeri tersebut pun juga dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Laki-laki dan perempuan secara umum tidak berbeda dalam merespon nyeri, namun terdapat beberapa hal seperti kebudayaan dapat mempengaruhi seorang laki-laki ataupun perempuan dalam menanggapi nyeri yang terjadi. Beberapa kebudayaan memiliki aturan bahwa seorang laki-laki tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama, sehingga dalam menginterpretasikan nyeri, perempuan lebih terlihat (Potter & Perry, 2006). Namun toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita. Akan tetapi, toleransi terhadap nyeri juga dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin (Potter & Perry, 2006).

Apendisitis terjadi pada setiap orang dengan berbagai variasi umur. Insiden tertingginya terdapat pada laki-laki usia 10-14 tahun dan wanita yang berusia 15-19 tahun. Apendisitis banyak terjadi pada usia  $\pm 25$  tahun (Eylin, 2009). Menurut Mansjoer (2000) kejadian apendisitis dapat terjadi pada semua umur, namun lebih sering menyerang usia 10-30 tahun. Hal tersebut juga dipengaruhi dengan faktor pencetus masing-masing. Kejadian apendisitis juga dapat ditemukan pada semua umur, namun kejadian apendisitis pada anak di bawah satu tahun sangat jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun (Sjamsuhidajat, 1997).

Insiden apendisitis yang disebutkan tersebut merupakan gambaran dari kejadian apendisitis yang pada umumnya terjadi. Berdasarkan data yang didapat dari buku registrasi ruangan tahun 2014, kejadian apendisitis di Rumah Sakit Baladhika Husada bervariasi dari berbagai umur, dari umur 9 tahun hingga 80 tahun, namun rata-rata usia yang terbanyak adalah  $\pm 35$  tahun. Hasil penelitian yang dilakukan pada Mei 2015 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden yang mengalami apendisitis dan dilakukan prosedur apendektomi  $\pm 25$  tahun.

Penatalaksanaan apendisitis tersebut salah satunya adalah melakukan prosedur apendektomi. Tindakan apendektomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual pada integritas seseorang baik biopsikososial spiritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Rasa nyeri yang dirasakan setiap orang pun berbeda-beda. Beberapa faktor dapat mempengaruhi nyeri setiap orang. Salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri adalah usia (Potter & Perry, 2006).

Usia mempengaruhi nyeri khususnya anak-anak dan lansia, dimana perbedaan perkembangan dapat mempengaruhi anak-anak dan lansia dalam menanggapi nyeri yang dialami. Anak-anak belum mampu memahami nyeri dan prosedur yang dapat menimbulkan nyeri. Berbeda dengan lansia, apabila lansia mengalami nyeri dan bingung, maka lansia mengalami kesulitan dalam mengingat pengalaman nyeri yang dialami ((Potter & Perry, 2006). Berdasarkan data yang didapatkan dari penelitian, rentang usia responden yang didapatkan yakni dari usia 18-44 tahun, hal tersebut sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, yakni responden dengan usia  $> 9$  tahun. Usia 18-30 tahun merupakan usia yang termasuk dalam masa dewasa muda dan pertengahan umur (Hidayat, 2006).

Usia responden dalam penelitian ini berada juga dalam rentang usia produktif. Usia produktif merupakan usia dimana manusia sudah matang secara fisik dan biologis. Pada umumnya usia produktif dan fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya pada usia 20 sampai 30 tahun. Pada usia inilah manusia sedang berada pada puncak aktivitasnya. Aktifitas fisik yang dilakukan cenderung lebih berat daripada usia lainnya. Padatnya aktifitas yang dilakukan pada usia produktif ini juga dapat mempengaruhi pola makan dan bahan makanan yang dikonsumsi setiap hari (Azizah, 2011). Secara umum di Indonesia appendiks masih merupakan penyokong terbesar untuk pasien operasi setiap tahunnya, hasil laporan dari Rumah Sakit Gatot Soebroto, Jakarta pada tahun 2006, appendiks menempati urutan keenam dari sepuluh penyakit terbesar yang ada dan sebagian besar disebabkan pola makan pasien yang kurang tepat dan kurangnya

mengonsumsi makanan yang mengandung cukup serat setiap harinya (Depkes RI, 2007).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan yang kurang teratur, makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi berpengaruh terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya apendisitis (Sjamsuhidajat, 2004). Rata-rata usia responden penelitian adalah 25 tahun yang termasuk dewasa awal menurut Depkes RI (2009). Usia tersebut pada umumnya aktif dan mempunyai masalah kesehatan utama minimum. Namun gaya hidup usia ini dapat memunculkan gangguan kesehatan. Kebiasaan gaya hidup kurang olah raga dan higiene personal yang buruk meningkatkan risiko terjadinya berbagai macam penyakit (Potter & Perry, 2005).

Selain itu, dalam penelitian ini diharapkan dengan rentang usia yang termasuk usia dewasa, maka responden juga dapat menjelaskan nyeri yang dirasakan dengan bantuan *Numeric Rating Scale*. McCaffrey dan Bebbe (dalam Novita, 2012) menyatakan bahwa, penggunaan NRS direkomendasikan untuk penilaian skala nyeri post operasi pada klien berusia diatas 9 tahun.

#### 5.2.2 Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan nilai mean atau rata-rata skala nyeri yang dialami responden sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah 7,75 atau termasuk dalam kategori skala nyeri berat menurut Mac Caffery dan Beebe

(dalam Novita, 2012). Skala nyeri yang mayoritas dialami oleh klien post operasi adalah kategori skala nyeri berat. Seperti penelitian yang dilakukan Dian Novita pada tahun 2012 yang meneliti pengaruh terapi musik terhadap nyeri post operasi *open reduction and internal fixation* (ORIF) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung, yang menggunakan instrumen penelitian *Numeric Rating Scale* milik MacCaffery dan Beebe, didapatkan hasil bahwa nyeri responden sebelum diberikan intervensi mayoritas berada pada kategori skala nyeri berat, dimana rerata keseluruhan skala nyeri sebelum diberikan intervensi adalah 8,35 yang merupakan kategori nyeri berat.

Menurut Sjamsuhidajat R. (1997) bahwa metode operasi dapat memunculkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan dan gejala yang sering adalah nyeri. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, skala nyeri responden sebelum dilakukan mobilisasi dini walaupun mayoritas ada di skala 10 yakni kategori nyeri berat, namun terdapat 2 responden yang juga mengalami nyeri dan berada pada skala nyeri sedang. Nyeri yang dirasakan oleh setiap orang bersifat subjektif, sehingga skala nyeri yang dihasilkan responden post operasi apendektomi sebelum dilakukan mobilisasi dini dapat berbeda antara satu orang dengan yang lain. Nyeri merupakan sensasi subjektif, rasa yang tidak nyaman biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Siswati, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada responden yang tidak mengalami nyeri. Hal ini sesuai dengan pernyataan di dalam Smeltzer & Bare (2002) dimana nyeri yang dialami klien post operasi muncul disebabkan oleh

rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri, sehingga muncul nyeri pada setiap klien post operasi. Intensitas nyeri post operasi bervariasi mulai dari nyeri ringan sampai berat, namun menurun sejalan dengan proses penyembuhan (Potter & Perry, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Endah Estria Nurhayati, Herniyatun, dan Safrudin dalam jurnal yang berjudul Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi Di PKU Muhammadiyah, Gombang menunjukkan bahwa seluruh klien post operasi laparotomi mengalami nyeri post operasi. Hasil penelitian dalam jurnal tersebut menunjukkan intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan presentase tertinggi masuk interval nyeri skor 4 – 6 sebanyak 18 responden (41,86%), dan tidak ada responden (0 %) dengan interval nyeri skor 0 dan skor 1–3. Intensitas nyeri setelah dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan interval nyeri skor 4 – 6 sebanyak 25 responden (58,14%), dan tidak ada responden (0 %) dengan interval nyeri skor 0. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa klien post operasi selalu merasakan nyeri, walaupun nyeri yang dirasakan berbeda-beda.

Nyeri post operasi disebabkan oleh berbagai macam faktor. Nyeri post operasi mungkin sesekali disebabkan oleh luka post operasi, tetapi kemungkinan juga dapat disebabkan oleh sebab lain. Proses timbulnya keluhan nyeri berlangsung dalam empat tingkat. Pada proses pertama setiap keluhan nyeri terdapat *nosisepsi* atau suatu rangsangan nyeri di suatu tempat pada tubuh yang disebabkan oleh suatu *noksa* atau hal yang dapat mengganggu. Setelah itu, klien menyadari adanya *noksa* dan klien akan mengalami sensasi nyeri tersebut.

Akhirnya timbul reaksi terhadap sensasi nyeri dalam bentuk sikap dan perilaku verbal maupun nonverbal untuk mengungkapkan apa yang dirasakan (Sjamsuhidajat, 1997).

Nyeri post operasi juga dipengaruhi oleh faktor presipitasi seperti iskemia jaringan, gangguan jaringan tubuh, tumor dan trauma jaringan. Apabila dikaitkan dengan nyeri post operasi apendektomi, maka faktor presipitasi yang mempengaruhi merupakan trauma jaringan yakni operasi. Trauma jaringan yang ditimbulkan dari operasi menyebabkan kerusakan jaringan (Hidayat, 2006). Kerusakan jaringan dapat mempengaruhi ujung-ujung saraf yang memicu reseptor nyeri dilepaskan ke jaringan ekstraseluler. Hal tersebut memicu stimulus jaringan yang mengaktifasi pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, asetilkolin, leukotrien, substansi P dan kalium yang dapat memicu peradangan, dimana salah satunya adalah nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Cara setiap individu mengungkapkan nyerinya juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri setiap orang. Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri post operasi abdomen diantaranya adalah faktor usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dukungan keluarga dan sosial (Potter & Perry, 2006). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh I Putu Artha Wijaya dalam jurnal yang berjudul Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah Abdomen dalam Kontek Asuhan Keperawatan di RSUD Badung Bali mengemukakan bahwa, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri post operasi abdomen diantaranya adalah usia, jenis kelamin, spiritualitas, budaya, tingkat

pendidikan, pengalaman nyeri sebelumnya, sikap dan keyakinan, tingkat kecemasan, dan letak insisi.

Berdasarkan hasil penelitian pada klien post operasi apendektomi sebelum dilakukan mobilisasi dini ini menunjukkan bahwa klien post operasi apendektomi masih merasakan nyeri yang berat meskipun diberikan terapi farmakologis. Oleh karena itu diperlukan terapi nonfarmakologis yang digunakan untuk mendampingi terapi farmakologis, sehingga dapat membantu untuk mengurangi nyeri. Apabila nyeri post operasi tidak dikontrol, maka dapat menyebabkan proses rehabilitasi klien tertunda dan hospitalisasi menjadi lebih lama. Hal ini karena klien memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Smeltzer & Bare, 2002).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember, didapatkan tingkat nyeri post operasi responden sebelum dilakukan mobilisasi dini mayoritas berada pada rentang kategori nyeri berat yakni sebanyak 6 responden (75%). Responden yang mengalami rentang kategori nyeri berat tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, salah satunya yakni jenis kelamin responden. Menurut Potter & Perry (2006), beberapa kebudayaan memiliki aturan bahwa seorang laki-laki tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dan lebih mudah dalam menginterpretasikan nyeri.

Diantara 6 responden yang mengalami kategori nyeri berat, terdapat satu responden dengan kode responden 2 yang berumur 44 tahun, dimana skala nyeri responden, walaupun termasuk ke dalam kategori nyeri berat namun skala

nyerinya merupakan skala nyeri terendah dari kategori nyeri berat. Hal tersebut dapat pula dipengaruhi oleh usia responden yang termasuk ke dalam kategori lansia, dimana menurut Potter & Perry (2006) pada umur tersebut dapat mempengaruhi intepetasi nyerinya, dimana terdapat beberapa orang yang mengalami kesulitan dalam mengingat dan menginterpretasikan nyeri.

Selain kategori nyeri berat, terdapat 2 responden (25%) yang berada pada skala nyeri sedang yakni responden dengan kode 4 dan kode 5. Perbedaan skala nyeri yang dirasakan oleh responden tersebut, dapat dipengaruhi oleh usia dan jenis kelamin responden. Responden dengan kode 4 merupakan responden dengan jenis kelamin laki-laki, dimana menurut Potter & Perry, terdapat aturan beberapa kebudayaan yang menjelaskan bahwa seorang laki-laki tidak boleh menangis.

### 5.2.3 Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa hasil rata-rata skala atau nilai mean dari skala nyeri klien setelah dilakukan mobilisasi dini adalah 5,62 dengan standar deviasi  $\pm 1,99$ . Nilai modus atau nilai yang paling sering muncul yakni pada nilai skala 7. Nilai terendah berada pada skala 3 dan nilai tertinggi berada di skala 8. Berdasarkan kategori nyeri, maka dapat dikategorikan sesuai dengan kategori nyeri yakni rentang kategori skala nyeri ringan (skala 1-3), kategori skala nyeri sedang (skala 4-6) dan nyeri berat (skala 7-10). Kategori skala nyeri ringan (skala 1-3) berjumlah 2 orang (25%), kategori skala nyeri sedang (skala 4-6) yang berjumlah 2 orang (25%) dan kategori skala nyeri berat (skala 7-10) berjumlah 4 orang (50%), dan dalam penelitian ini tidak ada responden yang mengalami

kategori tidak nyeri post operasi apendektomi setelah dilakukan mobilisasi dini. Skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini terjadi penurunan, dari rerata 7,75 yang termasuk kategori skala nyeri berat menjadi 5,62 yang termasuk kategori skala nyeri sedang. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai skala nyeri responden sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini secara keseluruhan mengalami penurunan.

Beberapa responden dalam penelitian ini, seperti responden dengan kode 1, 6, 7, dan 8 mengalami penurunan skala nyeri walaupun tetap berada dalam rentang kategori skala nyeri berat. Penurunan nilai skala nyeri yang berbeda-beda antara satu individu yang satu dengan yang lain dan perubahan nilai yang relatif kecil tersebut juga dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Salah satunya karena nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik klien maupun tenaga kesehatan (Potter & Perry, 2006).

Faktor lain yang dapat menyebabkan nilai nyeri berbeda-beda atau bervariasi dan menunjukkan perubahan yang relatif kecil, diantaranya adalah arti nyeri, persepsi nyeri, toleransi nyeri, dan reaksi terhadap nyeri. Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman seseorang itu sendiri. Persepsi nyeri juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi nyeri dari setiap individu berbeda.

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*. Faktor lain yang mempengaruhi adalah toleransi (Hidayat, 2006).

Toleransi berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menahan nyeri yang dialami. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain adalah alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain adalah kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, dan lain-lain (Hidayat, 2006).

Penurunan skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi juga dipengaruhi karena mobilisasi ini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, asetilkolin, substansi P, leukotrien, dan kalium pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan (Smeltzer & Bare, 2002).

#### 5.2.4 Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, nilai skala nyeri responden setelah dilakukan mobilisasi dini didapatkan hasil bahwa 100% responden mengalami penurunan nilai skala nyeri dan hasil rerata penurunan skala nyeri klien sebelum dan setelah dilakukan mobilisasi dini adalah dari rerata 7,75 yang termasuk kategori skala nyeri berat menjadi 5,62 yang termasuk kategori skala nyeri sedang. Rerata skala nyeri tersebut menunjukkan bahwa penurunan skala nyeri yang signifikan yaitu 2,12.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Puji Astutik dan Ida Hermawati pada tahun 2012 dalam jurnal yang berjudul “Mobilisasi terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Ibu Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesia Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo”, dimana di dalam penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh mobilisasi terhadap penurunan nyeri ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo yakni tingkat nyeri sebelum mobilisasi pada ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo 35 responden (67,3%) nyeri tingkat berat dan tingkat nyeri sesudah mobilisasi pada ibu post Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesi Care Unit RSUD dr. Harjono Ponorogo 28 responden (53,8%) nyeri tingkat sedang.

Penurunan skala nyeri tersebut dapat dipengaruhi oleh adanya pengalihan pemusatan perhatian klien, yang sebelumnya berfokus pada nyeri yang dialami, namun saat dilakukan mobilisasi dini, pemusatan perhatian terhadap nyeri dialihkan pada kegiatan yakni mobilisasi dini tersebut. Ganong (2002)

menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi pada seseorang akibat adanya rangsang tertentu seperti tindakan operasi, dapat diblok ketika terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat, pemblok ini dapat dilakukan melalui pengalihan perhatian ataupun dengan tindakan relaksasi.

Terdapat penatalaksanaan farmakologis dan juga penatalaksanaan nonfarmakologis untuk nyeri. Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis diantaranya adalah distraksi dan teknik relaksasi. Distraksi merupakan salah satu cara dalam mengubah fokus perhatian klien pada suatu hal selain nyeri. Salah satu distraksi adalah dengan cara mengajak klien yang mengalami nyeri untuk bergerak dan melakukan aktivitas, sehingga dengan demikian fokus perhatian klien bukan pada nyeri, namun pada aktivitas atau gerakan yang dilakukan (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Smeltzer & Bare (2002), distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri. Distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori Gate Control, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat.

Hal tersebut menunjukkan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah

satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi khususnya distraksi aktivitas dapat merangsang peningkatan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh. Individu dengan endorfin banyak lebih sedikit merasakan nyeri dan individu dengan endorfin sedikit merasakan nyeri lebih besar.

Hal inilah yang menyebabkan adanya perbedaan perubahan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik distraksi. Distraksi dapat berkisar dari pencegahan yang monoton hingga melakukan aktivitas fisik ataupun mental. Beberapa orang dapat meredakan nyeri melalui permainan dan aktivitas (Smeltzer & Bare, 2002). Berdasarkan hal tersebut, maka dalam penelitian ini intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan teknik distraksi berupa aktivitas ialah mobilisasi dini post operasi berupa miring kanan dan miring kiri serta gerak ekstremitas, sehingga fokus perhatian klien berada pada aktivitas dan gerakan yang dilakukan. Klien yang merasakan nyeri namun fokus perhatiannya tidak pada nyeri tersebut, maka toleransi terhadap nyeri akan menjadi lebih baik.

Mobilisasi dini yang dilakukan dalam penelitian ini sangat bermanfaat untuk mengurangi nyeri responden dengan memusatkan perhatian klien yang sebelumnya pada nyeri, dialihkan pada aktivitas mobilisasi dini yang dilakukan. Pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan. Pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi,

menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien. (Potter & Perry, 2006; Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Kusmawan (dalam Astutik, 2012) manfaat mobilisasi adalah pasien merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*. Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit (nyeri) post operasi. Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan postoperasi. Latihan mobilisasi dini tersebut membuat klien untuk berkonsentrasi memfokuskan pikiran terhadap gerakan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005). Hal tersebut memicu pelepasan norepinefrin dan serotonin (Rospond, 2008). Pelepasan senyawa tersebut menstimulasi atau memodulasi sistem kontrol desenden. Di dalam sistem kontrol desenden terdapat dua hal, yang pertama terjadi pelepasan substansi P oleh neuron delta-A dan delta-C. Hal kedua yakni mekanoreseptor dan neuron beta-A melepaskan neurotransmitter penghambat opiat endogen seperti endorfin dan dinorfin. Hal tersebut menjadi lebih dominan untuk menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P. Terhambatnya substansi P menurunkan transmisi saraf menuju saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Keberhasilan mobilisasi dini dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh banyak hal. Diantaranya yakni motivasi dari keluarga sebelum, saat, dan setelah dilakukan mobilisasi dini sehingga dapat meningkatkan motivasi klien untuk

fokus melakukan kegiatan atau aktivitas mobilisasi dini dengan baik sesuai dengan standar operasional prosedur. Pada dasarnya setiap orang mempunyai kemampuan untuk menolong dirinya sendiri, dengan kekuatan yang berasal dari dirinya berupa latihan mobilisasi, maka nyeri yang dialami setelah operasi dapat berkurang. Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Rita Epiana tentang Hubungan Motivasi dengan Latihan Mobilisasi pada Pasien Post Operasi Appendicitis di RSUD dr. Moewardi terdapat hubungan yang signifikan antara hubungan motivasi dengan latihan mobilisasi dini pada pasien post apendiktomi. Semakin besar motivasi maka semakin tinggi latihan mobilisasi pada pasien post apendiktomi.

### 5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang membuat hasil penelitian mempunyai kekurangan dan memerlukan penelitian yang lebih baik. Keterbatasan tersebut terdiri dari beberapa hal, yakni:

#### a. Rancangan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini salah satunya ada pada rancangan penelitian yang menggunakan *pre eksperiment* yang bukan merupakan penelitian yang sesungguhnya. Peneliti tidak melibatkan kelompok kontrol, sehingga tidak dapat mengontrol faktor perancu dalam penelitian.

#### b. Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini merupakan *non probability sampling*. Teknik sampling ini memiliki kelemahan yakni kurang mampu

mewakili populasi. Sampel dalam penelitian ini memiliki jumlah sampel yang kecil yakni hanya berjumlah 8 orang.

c. Proses Penelitian

Intervensi yang dilakukan saat dilakukan penelitian adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini tersebut dilakukan oleh peneliti sendiri yang belum mempunyai keterampilan khusus dalam melakukan mobilisasi dini, namun hal tersebut diantisipasi dengan melakukan uji keterampilan Standar Operasional Prosedur (SOP) sebelum melakukan penelitian untuk mendapatkan saran maupun kritik oleh dosen pembimbing saat berhadapan langsung dengan responden.

d. Variabel pengganggu

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

## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

- a. karakteristik responden khususnya usia, memiliki nilai rata-rata usia  $\pm 25$  tahun dan jumlah terbanyak responden dalam penelitian ini adalah perempuan, dengan jumlah responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 5 orang dan responden laki-laki sebanyak 3 orang;
- b. rerata tingkat nyeri klien post operasi apendektomi sebelum dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember berada pada rentang kategori nyeri berat;
- c. rerata tingkat nyeri klien post operasi apendektomi setelah dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember berada pada rentang kategori nyeri sedang;
- d. ada perbedaan antara tingkat nyeri klien post operasi apendektomi sebelum dilakukan mobilisasi dini dan setelah dilakukan mobilisasi dini di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

## 6.2 Saran

Penelitian yang dilakukan ini selain memberikan suatu kesimpulan hasil, tetapi juga memberikan saran pada berbagai pihak untuk dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan pelaksanaan mobilisasi dini pada klien post operasi apendektomi seoptimal mungkin. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut:

### a. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi. Penelitian lanjutan dengan desain penelitian yang lebih baik perlu dilakukan untuk menyempurnakan pembahasan dan aplikasi keperawatan. Penelitian lanjutan dapat berupa penelitian eksperimen dengan tingkat estimasi yang lebih akurat, melibatkan kelompok kontrol, menggunakan jumlah sampel yang lebih besar, menambah atau mengganti variabel sehingga dapat diketahui pengaruh mobilisasi dini terhadap variabel lain, dan mengetahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri post operasi apendektomi;

### b. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dapat senantiasa memberikan pendidikan dan penjelasan kepada klien post operasi apendektomi khususnya untuk melakukan mobilisasi dini seoptimal mungkin untuk dapat membantu mengurangi nyeri klien dan memulihkan kondisi sesega mungkin.

c. Bagi Instansi Kesehatan

Pelayanan kesehatan di instansi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memberikan mobilisasi dini post operasi khususnya apendektomi sehingga dapat menjadi salah satu intervensi untuk mengurangi nyeri non farmakologis dengan teknik distraksi yakni aktivitas dengan melakukan mobilisasi secara lebih dini.

d. Bagi Klien Post Operasi Apendektomi dan masyarakat

Klien dan masyarakat diharapkan mengetahui manfaat mobilisasi dini post operasi, khususnya apendektomi sehingga klien dapat mengontrol nyeri yang dialami dengan melakukan aktivitas sesegera mungkin dengan hati-hati dan dapat segera memulihkan kondisi kesehatan post operasi.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Akhrita, Zetri. 2011. Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di Irna B (Bedah Umum) RSUP dr. M. Djamil Padang. [serial on line]. [http://repository.unand.ac.id/17468/1/PENGARUH\\_MOBILISASI\\_DINI\\_TERHADAP\\_PEMULIHAN.pdf](http://repository.unand.ac.id/17468/1/PENGARUH_MOBILISASI_DINI_TERHADAP_PEMULIHAN.pdf) [4 Oktober 2014].
- Ani, Farida. 2010. Efektifitas Terapi Musik Terhadap Penurunan Nyeri Post Operasi pada Anak Usia Sekolah di RSUP H. Adam Malik Medan. [serial on line]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20095/4/Chapter%20II.pdf>. [diakses pada 20 Januari 2015].
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Astutik, Puji & Hermawati, Ida. 2014. Mobilisasi terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Ibu Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang Post Anesthesia Care Unit RSUD Dr. Harjono Ponorogo. [serial on line]. <https://adysetiadi.files.wordpress.com/2012/03/jurnal-stikes-nganjuk-terbit-juni-2014.pdf>. [21 Maret 2015].
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bagian Ilmu Bedah FKUI. 1995. *Kumpulan Kuliah: Ilmu Bedah*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi pada Praktik Klinis*. Alih bahasa, Kustini Semarwati Kadar. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Chandra, Budiman. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Daniati, Renyta Rima. 2008. Penatalaksanaan Terapi Latihan pada Kondisi Pasca Operasi Sectio Caesarea di RSUD dr. Moewardi Surakarta. [serial on line]. <http://eprints.ums.ac.id/2750/2/J100050003.pdf>. [14 Maret 2015].
- Depkes RI (2009). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia.
- Depkes RI (2007). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia.

- Dermawan, Deden dan Rahayuningsih, tutik. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Epiana, Rita. 2014. Hubungan Motivasi dengan Latihan Mobilisasi pada Pasien Post Operasi Appendicitis di RSUD dr. Moewardi. [serial on line]. <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/File/7968/7880>. [20 April 2015].
- Eylin. 2009. Karakteristik Pasien dan Diagnosis Histologi pada Kasus Apendisitis Berdasarkan Data Registrasi di Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Indonesia RSUPN Cipto Mangunkusumo pada Tahun 2003-2007. [serial on line]. <http://www.google.com/url?q=http://lib.ui.ac.id/file%3Ffile%3Ddigital/122559-S09008fk-Karakteristik%2520pasien-HA.pdf&sa=U&ei=-MzcVJXGENa78gW0uYG4BA&ved=0CBQQFjAA&sig2=WhC-oJmKtYwRt66HKhfLyQ&usg=AFQjCNEP0A1PAHLn8qmpUFIJqLL5P6LPYQ> [3 Oktober 2014].
- Fitriyachsari. 2009. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ganong, W. F. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 22. Jakarta: EGC.
- Hastono, S. P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hidayat. A. Aziz Alimul. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. 2015. Pengertian Apendektomi. [serial on line]. <http://kbbi.web.id/apendektomi>. [20 Januari 2014].
- Kozier, et.al. (2004) Koazier. 2004. *Fundamental of Nursing*. Seventh Edition. Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Li, L, Liu. X, Herr. K. 2007. *Post Operative Pain Intensity Assessment: A Comparison of Four Scales in Chinese Adults*. [serial on line]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. [27 Juni 2015].
- Mansjoer, Arif. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi Ketiga. Jilid Kedua. Jakarta: Media Aeculapius.
- Marijata. 2006. *Pengantar Dasar Bedah Klinis*. Yogyakarta: Unit Pelayanan Kampus FK UGM.
- Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala. 2009. *Asuhan Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: Salemba Medika.

- Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala. 2013. *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, dian. 2012. Pengaruh Terapi Musik pada Nyeri Post Operasi Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. [serial on line]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20328120-T30673%20-%20Pengaruh%20terapi.pdf>. [14 Maret 2015].
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Panggabean, Henry Apul. 2011. Perbedaan Pengaruh Ambulasi Dini 2 Jam dengan Ambulasi Dini 8 Jam terhadap Kejadian Perdarahan pada Pasien Pasca Angiografi Koroner diagnostik di RSUP Haji adam Malik Medan. [serial on line]. [http://www.google.com/url?q=http://lib.ui.ac.id/file%3Ffile%3Ddigital/20281072T%2520Hendri%2520Apul%2520Panggabean.pdf&sa=U&ei=p8\\_cVMzEN5fx8gWMYyYHQCQ&ved=0CB4QFjAC&sig2=Lm0piOi36PLVyqq\\_w\\_CbfQ&usg=AFQjCNFL8FZQh532c9ThA16i1CHxKHp1Q](http://www.google.com/url?q=http://lib.ui.ac.id/file%3Ffile%3Ddigital/20281072T%2520Hendri%2520Apul%2520Panggabean.pdf&sa=U&ei=p8_cVMzEN5fx8gWMYyYHQCQ&ved=0CB4QFjAC&sig2=Lm0piOi36PLVyqq_w_CbfQ&usg=AFQjCNFL8FZQh532c9ThA16i1CHxKHp1Q) [27 Januari 2015].
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Volume 1 edisi 4. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Volume 2 edisi 4. Jakarta: EGC.
- Price dan Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Volume 1. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Rahman, Rafi Devia. 2013. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. W dengan Post Operasi Apendektomi Atas Indikasi Apendisitis Akut di Ruang Cempaka RS Panti Waluyo. [serial Online]. <Http://Digilib.Stikeskusumahusada.Ac.Id/Files/Disk1/10/01-Gdl-Rafideviar-473-1-Rafidev-N.Pdf>. [16 April 2015].
- Rismalia, Rizka. 2009. Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Pasien Pasca Operasi appendectomy Tentang Mobilisasi Dini di RSUP Fatmawati. [serial on line]. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/7/01-gdl-susipurnam-305-1-susi.pdf> [4 Oktober 2014].

- Riwidikdo, H. 2013. *Statistik Kesehatan dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Rospond, Raylene. M., 2008. Pemeriksaan dan Penilaian Nyeri. [serial on line]. <https://lyrawati.files.wordpress.com/2008/27/pemeriksaan-dan-penilaian-nyeri.pdf>. [14 Maret 2015].
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siswati, Sri. 2010. Pengaruh Masase Kulit Terhadap Penurunan Rasa Nyeri Pada Pasien Post Apendektomi Di Rindu B2 RSUP H. Adam Malik Medan 2010. [serial on line]. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/10/01-gdl-rafideviar-473-1-rafidev-n.pdf>. [16 April 2015].
- Sjamsuhidajat, R dan Wim De Jong. 1997. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi Revisi. Jakarta: EGC.
- Sjamsuhidajat, R dan Wim De Jong. 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi Revisi. Jakarta: EGC.
- Smeltzer dan Bare. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 8). Volume 2. Jakarta: EGC.
- Snell, Richard. 2014. *Anatomi Klinis; Berdasarkan Sistem*. Alih bahasa: Liliana Sugiharto. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2011. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R dan D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Wijaya, I Putu Artha. 2014. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah Abdomen dalam Kontek Asuhan Keperawatan di RSUD Badung Bali. *Jurnal Dunia Kesehatan* Vol. 3 (1). [serial on line]. <http://www.triatma-mapindo.ac.id/ojsstikes/index.php/JDK3/article/view/35>. [9 Juni 2015].
- Wilkinson, Judith. M. 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.



# LAMPIRAN

**Lampiran A. Lembar *Informed*****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:

Calon responden

Dengan hormat,

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

NIM : 112310101024

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perum Sumpersari Permai I, blok i, No. 24, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
NIM 112310101024

**Lampiran B. Lembar *Consent***

Kode Responden:
-----------------

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari :

Nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

NIM : 112310101024

Progam studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Pengaruh Mobilisasi dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk menganalisa pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi dan manfaat penelitian yaitu sebagai gambaran pada mengenai pentingnya melakukan mobilisasi post operasi apendektomi untuk mengurangi nyeri klien dan mempercepat penyembuhan. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, 2015

(.....)  
Nama terang dan tanda tangan

## Lampiran C. Instrumen Penelitian

Kode Responden:

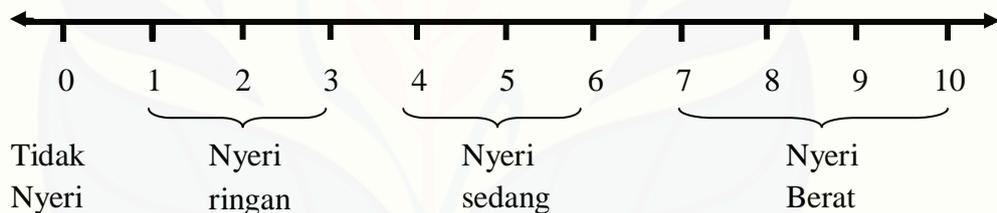
## INSTRUMEN PENELITIAN

SKALA NYERI *NUMERIC RATING SCALE (NRS)***A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

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

**B. PETUNJUK**

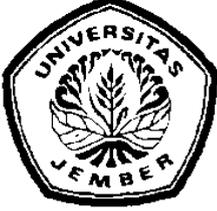
Mohon Anda menunjuk angka di bawah ini sesuai dengan rasa nyeri yang dirasakan sekarang



Keterangan:

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

## Lampiran D. Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini

 <p style="text-align: center;"><b>PSIK UNIVERSITAS JEMBER</b></p>		<b>JUDUL SOP:</b>	
		<b>MOBILISASI DINI POST OPERASI APENDEKTOMI</b>	
<b>PROSEDUR TETAP</b>		<b>NO DOKUMEN:</b>	<b>NO REVISI :</b>
		<b>TANGGAL TERBIT:</b>	<b>HALAMAN :</b>
		<b>DITETAPKAN OLEH :</b>	
<b>1</b>	<b>PENGERTIAN</b>	Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan secara lebih dini post operasi apendektomi dalam 6-8 jam pertama dan terdiri dari dua langkah yakni langkah pertama menggerakkan ekstremitas klien dengan menekuk dan meluruskannya (masing-masing di ulang 3 kali, setiap pengulangan 8 kali hitungan), kemudian langkah kedua melakukan miring kanan dan miring kiri (masing-masing selama 15 menit)	
<b>2</b>	<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperlancar peredaran darah</li> <li>2. Mengurangi nyeri klien post operasi apendektomi</li> <li>3. Mendorong klien post operasi apendektomi untuk melakukan mobilisasi lebih dini.</li> </ol>	
<b>3</b>	<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien post operasi apendektomi 6-8 jam pertama</li> <li>2. Klien yang merasakan nyeri post operasi apendektomi</li> <li>3. Klien yang memiliki tanda-tanda vital normal dan dapat diajak untuk berkomunikasi</li> </ol>	
<b>4</b>	<b>KONTRAIKASI</b>	Klien yang mengalami penurunan kesadaran, tanda-tanda vital jauh dibawah normal	

6	<b>PERSIAPAN PENELITI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam, perkenalkan diri kepada klien dan keluarga.</li> <li>2. Menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini kepada klien dan keluarga</li> <li>3. Memberi kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Menciptakan lingkungan yang nyaman</li> </ol>
7	<b>PERSIAPAN KLIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan klien pulih kesadarannya dan mampu diajak berkomunikasi</li> <li>2. Pastikan klien siap dan bersedia melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Pastikan keluarga klien menyetujui pelaksanaan mobilisasi pada klien</li> <li>4. Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar klien.</li> <li>5. Atur posisi klien agar merasa sehingga merasa nyamans</li> </ol>
8	<b>LANGKAH KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan, pakai sarung tangan bila perlu</li> <li>2. Beritahu klien dan keluarga bahwa kegiatan mobilisasi dini akan segera dimulai</li> <li>3. Pastikan posisi klien dalam keadaan yang nyaman</li> <li>4. Kaji intensitas nyeri klien sebelum dilakukan mobilisasi dini dengan menggunakan skala NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>)</li> <li>5. Langkah pertama: Menekuk dan meluruskan ekstremitas <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mulai menggerakkan ekstremitas atas sebelah kanan, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan</li> <li>b. Lanjutkan menggerakkan ekstremitas atas sebelah kiri, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan</li> <li>c. menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kanan, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan</li> <li>d. menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kiri, ditekuk dan diluruskan, ulangi hingga 3 kali gerakan</li> <li>e. setiap pengulangan, dihitung dalam 8</li> </ol> </li> </ol>

		<p>kali hitungan</p> <p>6. Langkah kedua:          Pada langkah kedua, dapat dilakukan miring ke sisi kanan terlebih dahulu atau pun miring ke sisi kiri terlebih dahulu.          Melakukan miring kanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan klien di salah satu sisi tempat tidur</li> <li>b. Fleksikan lutut klien yang tidak mengenai kasur dan diletakkan diatas bantal atau guling tambahan</li> <li>c. Tempatkan satu tangan pada pinggul klien dan yang lain pada bahu</li> <li>d. Miringkan klien ke sisi kanan klien</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan klien dengan nyaman, tangan kiri disamping kepala dan diletakkan pada bantal, dan tangan kanan menyentuh kasur.</li> <li>e. Miringkan klien ke sisi kanan hingga 15 menit</li> </ol> <p>Melakukan miring kiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Posisikan klien di salah satu sisi tempat tidur</li> <li>c. Fleksikan lutut klien yang tidak mengenai kasur dan diletakkan diatas bantal atau guling tambahan</li> <li>d. Tempatkan satu tangan pada pinggul klien dan yang lain pada bahu</li> <li>e. Miringkan klien ke sisi kiri klien</li> <li>f. Posisikan klien dengan nyaman, tangan kanan disamping kepala dan diletakkan pada bantal, dan tangan kiri menyentuh kasur.</li> <li>g. Miringkan klien ke sisi kiri hingga 15 menit</li> </ol> <p>7. Kaji intensitas nyeri klien setelah dilakukan mobilisasi dini dengan menggunakan skala NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>)</p>
	<b>EVALUASI/TERMINASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien sebelum dan setelah tindakan</li> <li>2. Beri <i>reinforcement positif</i> pada klien dan</li> </ol>

		keluarga 3. Akhiri kegiatan dengan baik
<b>10</b>	<b>DOKUMENTASI</b>	1. Catat tindakan yang sudah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat intensitas skala nyeri klien sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi dini dilakukan
	<b>HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b>	1. Pastikan klien dalam kondisi sadar dan mampu diajak berkomunikasi 2. Pastikan tanda-tanda vital klien dalam keadaan stabil 3. Mobilisasi dini dilakukan dengan hati-hati 4. Apabila klien dapat melakukan mobilisasi sendiri, tetap perhatikan pergerakan klien dan berikan bantuan dalam pelaksanaannya.

**Lampiran E. Data Pantau Responden**

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Nilai Nyeri Pre	Kategori Nyeri Pre	Nilai Nyeri Post	Kategori Nyeri Post
1	Nn. M	23	Perempuan	10	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat
2	Ny. St	44	Perempuan	7	Nyeri Berat	4	Nyeri Sedang
3	Nn. An	21	Perempuan	7	Nyeri Berat	6	Nyeri Sedang
4	Sdr. D	18	Laki-laki	5	Nyeri Sedang	3	Nyeri Ringan
5	Ny. P	36	Perempuan	4	Nyeri Sedang	3	Nyeri Ringan
6	Nn. Ar	19	Perempuan	10	Nyeri Berat	8	Nyeri Berat
7	Sdr. W	19	Laki-laki	10	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat
8	Sdr. Sh	21	Laki-laki	9	Nyeri Berat	7	Nyeri Berat

**Lampiran F. Analisis Deskriptif**

## 1. Jenis Kelamin Responden

**Statistics****JK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	3	37.5	37.5	37.5
Perempuan	5	62.5	62.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

## 2. Usia Responden

**Statistics****Usia**

N	Valid	8
	Missing	0
Mean		25.12
Std. Error of Mean		3.378
Median		21.00
Mode		19 <sup>a</sup>
Std. Deviation		9.553
Variance		91.268
Skewness		1.538
Std. Error of Skewness		.752
Kurtosis		1.147
Std. Error of Kurtosis		1.481
Minimum		18
Maximum		44

. Multiple modes exist. The smallest value is shown

3. Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini

**Statistics**

Nilai\_Nyeri\_Pre

N	Valid	8
	Missing	0
Mean		7.75
Std. Error of Mean		.840
Median		8.00
Mode		10
Std. Deviation		2.375
Variance		5.643
Skewness		-.544
Std. Error of Skewness		.752
Kurtosis		-1.294
Std. Error of Kurtosis		1.481
Range		6
Minimum		4
Maximum		10

**Kategori\_Nyeri\_Pre**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nyeri Sedang (Skala 4-6)	2	25.0	25.0	25.0
Nyeri Berat (Skala 7-10)	6	75.0	75.0	100.0
Total	8	100.0	100.0	

4. Nilai Skala Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini

**Statistics**

Nilai\_Nyeri\_Post

N	Valid	8
	Missing	0
Mean		5.62
Std. Error of Mean		.706
Median		6.50
Mode		7
Std. Deviation		1.996
Variance		3.982
Skewness		-.461
Std. Error of Skewness		.752
Kurtosis		-1.776
Std. Error of Kurtosis		1.481
Range		5
Minimum		3
Maximum		8

**Kategori\_Nyeri\_Post**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nyeri Ringan (Skala 1-3)	2	25.0	25.0	25.0
	Nyeri Sedang (Skala 4-6)	2	25.0	25.0	50.0
	Nyeri Berat (Skala 7-10)	4	50.0	50.0	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

## Lampiran G. Analisis Inferensial

### Hasil Uji Normalitas (*Shapiro-Wilk*)

1. Nilai skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nilai_Nyeri_Pre	.203	8	.200*	.866	8	.139

a. Lilliefors Significance correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

2. Nilai skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nilai_Nyeri_Post	.255	8	.136	.852	8	.099

a. Lilliefors Significance Correction

### Hasil Uji Paired Sample T-Test

Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi  
Apendektomi di Ruang Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten  
Jember

#### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Nilai_Nyeri_Post	7.75	8	2.375	.840
	Nilai_Nyeri_Pre	5.62	8	1.996	.706

#### Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Nilai_Nyeri_Post - Nilai_Nyeri_Pre	-2.125	.835	.295	1.427	2.823	-7.202	7	.000

## Lampiran H. Dokumentasi Perijinan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

**PENGAJUAN JUDUL & PEMBIMBING SKRIPSI**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rr. CAECILIA YUDISTIKA PRISTAHAYUNINGTYAS  
 N I M : 112310101024  
 Tempat tanggal lahir : JEMBER, 22 AGUSTUS 1992  
 Program Studi : ILMU KEPERAWATAN  
 Fakultas : ILMU KEPERAWATAN  
 Jlh SKS lulus : .....  
 I P K : .....

mengajukan judul skripsi sebagai berikut:

PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN  
 TINGKAT NYERI KLIEN DENGAN POST OPERASI APENDIKTOMI

Dosen yang bersedia sebagai calon DPU & DPA skripsi dengan judul skripsi tersebut di atas adalah :

Nama/NIP	sebagai	Tanda tangan Kesediaan membimbing
MURTAQIB, M. KEP NIP. 197408132001121002	Pembimbing I (DPU)	
Ns. SISWOYO, M. KEP NIP. 198004122006041002	Pembimbing II (DPA)	

Demikian pengajuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Menyetujui  
 Komisi Bimbingan,

(Ns. NUR WIDAYATI, M.N.)  
 NIP. 198106102006042002

Jember, ... 19 DESEMBER 2014  
 Mahasiswa,

"  
  
 (Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas)  
 NIM. 112310101024



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepala  
 Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 2. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember  
 3. Direktur RS. DKT Jember  
 4. Direktur RS. Citra Husada Jember  
 di -  
 JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/167/314/2015

Tentang

**STUDI PENDAHULUAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember

Memperhatikan : Surat Ketua PSIK Universitas Jember tanggal 24 Desember 2014 Nomor : 441/UN25.1.4/SP/2014 Perihal Permohonan Studi Pendahuluan.

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas 112310101024  
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dengan judul : "Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi Apendik".  
 Lokasi : Dinas Kesehatan, RSD. dr. Soebandi, RS. DKT dan RS. Citra Husada Kabupaten Jember  
 Tanggal : 03-02-2015 s/d 03-05-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 03-02-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid Kajian Strategis dan Politis

  
 Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.  
 Pembina  
 196312121986061004

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember  
 2. Arsip ybs.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 02 Januari 2015

Nomor : 440 / 3246 / 414 / 2014  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
Yth.Sdr. Kepala PPM  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
di -  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2216/314/2014, Tanggal 30 Desember 2014, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Rr. CAECILIA YUDISTIKA P.  
NIM : 112310101024  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan yang berjudul "Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien dengan Post Operasi Apendik"  
Waktu Pelaksanaan : 02 Januari 2015 s/d 02 Februari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**  
  
**dr. BAMBANG SUWARTONO, MM**  
Pembina Utama Muda  
NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

**LEMBAR HASIL STUDI PENDAHULUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Rina Suherlina, Amd. Kep.  
NIP : 197309101996032001  
Jabatan : Kepala Ruang Bedah Mawar RS Baladhika  
Husada

Menerangkan bahwa telah dilakukan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh:

Nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
NIM : 112310101024  
Judul : Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan  
Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi  
di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika  
Husadha Kabupaten Jember.

Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

Berdasarkan data dari hasil studi pendahuluan di Ruang rawat inap bedah Mawar. Jumlah klien apendektomi pada tahun 2013 sebanyak 64 kasus dan pada tahun 2014 sebanyak 71 kasus. Studi pendahuluan di Ruang Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember juga melakukan wawancara dengan perawat di ruangan. Menurut hasil wawancara, perawat ruangan mengatakan bahwa klien post operasi apendektomi tetap merasakan nyeri yang cukup hebat meskipun diberikan pereda nyeri atau analgesik. Pada umumnya klien apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember menggunakan anastesi spinal. Menurut keterangan perawat, pasien masih merasa nyeri walaupun telah diberikan terapi farmakologi. Terapi non farmakologis yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri adalah dengan teknik distraksi dan memberikan pelayanan keperawatan yang baik. Pada umumnya klien post apendektomi memiliki lama rawat inap selama 3 hari.

Menurut keterangan perawat di ruangan tersebut, mobilisasi sangat penting dilakukan untuk sedini mungkin mengembalikan proses metabolisme tubuh

sehingga klien dapat beraktivitas sesegera mungkin. Mobilisasi di Ruang Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada selalu dilakukan pada klien post operasi apendektomi dan biasa dilakukan setelah 24 jam pertama post operasi apendektomi, namun mobilisasi dini untuk klien post operasi apendektomi belum memiliki Standart Operasional Prosedur (SOP) yang tetap. Perawat mengatakan bahwa masih banyak klie yang disarankan bergerak, namun tetap tidak melaksanakannya. Menurut perawat klien yang bergerak lebih cepat, masa rawat inapnya lebih cepat dibandingkan klien yang tidak bergerak.

Studi pendahuluan ini juga mencoba mengkaji nyeri klien post operasi apendektomi 8 jam setelah operasi, sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi dini dengan pengawasan perawat. Klien mengatakan sebelum dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 10, dan setelah dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 4 berdasarkan skala *Numerik Rating Scale (NRS)*.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember,



Nama : Rina Suherlina, Amd. Kep.

NIP : 197309101996032001

**LEMBAR HASIL STUDI PENDAHULUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nn. T

Usia : 18 tahun

Bersedia menjadi responden studi pendahuluan yang dilakukan oleh:

Nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

NIM : 112310101024

Judul : Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husadha Kabupaten Jember.

Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

Studi pendahuluan ini juga mengkaji nyeri klien post operasi apendektomi 8 jam setelah operasi, sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi dini dengan pengawasan perawat dan bersama calon peneliti. Klien mengatakan sebelum dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 10, dan setelah dilakukan mobilisasi dini menggerakkan ekstremitas dan miring kanan miring kiri, nyeri klien berada pada angka 4 berdasarkan skala *Numerik Rating Scale (NRS)*.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Jember, Februari 2015





KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp/Fax (0331) 323450 Jember

**PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. SISWOYO, M. Kep.

NIP : 19800412 2006 09 1 002

Sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

Telah melakukan uji penggunaan SOP...*Mobilisasi Dini*....., yang dilakukan oleh

Nama : Rr. CAECILIA YUDISTIKA PRISTAHAYUNINGTYAS

NIM : 11231010102A

Yang mengadakan penelitian dengan judul

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT NYERI  
KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI DI RUANG BEDAH MAWAR RUMAH  
SAKIT BALADHIKA HUSADA KABUPATEN JEMBER**

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP...*Mobilisasi Dini*..., maka dinyatakan  
memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 6 Maret 2015

Penguji SOP

(Ns. SISWOYO, M. Kep. )  
NIP. 19800412 2006 09 1 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

**SURAT PERMOHONAN IJIN**

Yth. Koord. Tata Usaha  
 u.p. Kasi Pendidikan  
 PSIK Universitas Jember

Dengan ini, saya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember:

Nama : Rr. CAECILIA YUDISTIKA PRISTAHAYUNINGTYAS  
 NIM : 112310101024  
 Judul Tugas Akhir : PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT NYERI KLIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUMAH SAKIT BALADHIKA HUSAPA KABUPATEN JEMBER.

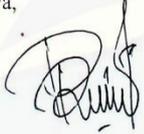
Mengajukan dengan hormat permohonan pembuatan surat pengantar untuk keperluan PENELITIAN tugas akhir, yang akan dilaksanakan di RUMAH SAKIT BALADHIKA HUSAPA KABUPATEN JEMBER.

Demikian pengajuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Menyetujui,  
 Dosen Pembimbing Utama

  
 (MURTAQIB, M. KEP.)  
 NIP. 197408132001121002

Jember, APRIL 2015  
 Mahasiswa,

  
 (Rr. CAECILIA YUDISTIKA P.)  
 NIM. 112310101024

Mengetahui,  
 Komisi Bimbingan

  
 (Ms. NUR WIAYATI, M.H.)  
 NIP. 198106102006042001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1209/UN25.1.14/LT/2015

Jember, 27 April 2015

Lampiran : -

Perihal : **Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian**

Yth. Ketua Lembaga Penelitian

Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

N I M : 112310101024

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember

lokasi : Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002



**DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG  
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA**

Alamat Rumah Sakit Jl. PB. Sudirman No. 45 Jember  
Telp/Fax/Email (0331) 484674, 489207/ (0331) 425673/  
Email : rsadbaladhikahusada@yahoo

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tarno Sujatmiko, S. Kep

Jabatan : Ketua Keperawatan

Dengan ini merangkan bahwa :

Nama : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas

Instansi : Universitas Jember

Program Studi : Ilmu Keperawatan

NIM : 112310101024

Judul : Pengaruh mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember

Yang bersangkutan telah melakukan penelitian mulai tanggal 1 Mei s/d 30 Mei 2015

Demikian surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.



2015

Tarno Sujatmiko, S. Kep

**Lampiran I. Dokumentasi Kegiatan**



**Gambar 1. Mobilisasi Dini Ekstremitas Atas Klien Di Ruang Rawat Inap Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husadha Kabupaten Jember Oleh Rr. C.Y. Pristahayuningtyas Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember**



**Gambar 2. Mobilisasi Dini Ekstremitas Bawah Klien Di Ruang Rawat Inap Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husadha Kabupaten Jember Oleh Rr. C.Y. Pristahayuningtyas Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember**



**Gambar 3. Pengisian Inform Konsen oleh Keluarga Klien Di Ruang Rawat Inap Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husadha Kabupaten Jember Oleh Rr. C.Y. Pristahayuningtyas Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember**



**Gambar 4. Kepala Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husadha Kabupaten Jember bersama Rr. C.Y. Pristahayuningtyas Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember**

**Lampiran J. Dokumentasi Bimbingan**

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 (68121) JEMBER  
 Telp. (0331)-330224, 333147, 334267 Fax. (0331)-339029

SURAT TUGAS  
 NOMOR : 403/UN25.1.14/SP/2015

Berdasarkan Rekomendasi Komisi Bimbingan Program Studi Ilmu Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, maka menugaskan nama - nama tersebut dibawah ini:

No	Nama/ IP	Pangkat/ Golongan	Jabatan	Keterangan
1	Murtaqib, S.Kp.,M.Kep. / NIP. 197408132001121002	Penata/ III.c	Lektor	DPU
2	Ns.Siswoyo, S.Kep.,M.Kep. / NIP. 198004122006041002	Penata Muda/ III.a	Asisten Ahli	DPA

Untuk Membimbing Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : Rr.caecilia.y.p.  
 NIM : 112310101024  
 Jurusan : Ilmu Keperawatan  
 Judul : Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Appendectomy di RS Baladika Husada Jember

Demikian untuk mendapat perhatian dan dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Ditetapkan di Jember  
 Pada Tanggal : 16 Pebruari 2015



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
 NIP. 197803232005012002

Tembusan :

1. Kasubag. Pendidikan
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Pertinggal



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 (68121) JEMBER  
 Telp. (0331)-330224, 333147, 334267 Fax. (0331)-339029

SURAT TUGAS  
 Nomor: 423/UN25.1.14/SP/2015

Berdasarkan Rekomendasi Komisi Bimbingan Program Studi Ilmu Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, maka menugaskan nama - nama tersebut dibawah ini:

No.	Nama / NIP	Pangkat/ Golongan	Jabatan	Keterangan
1	Ns.Rondhianto, M.Kep / NIP. 198303242006041002	Penata Muda TK.I/ III.b	Lektor	Penguji Utama
2	Ns.Nur Widayati, MN / NIP. 198106102006042001	Penata Muda/ III.a	Asisten Ahli	Penguji Anggota

ditunjuk sebagai Tim Penguji Tugas Akhir Mahasiswa

Nama : Rr.caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
 NIM : 112310101024  
 Jurusan : Ilmu Keperawatan  
 Judul : Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Appendectomy di RS Baladika Husada Jember

Demikian surat tugas ini untuk dilaksanakan sebaik-baiknya dengan penuh tanggung jawab

Ditetapkan di Jember  
 Pada Tanggal: 17 Pebruari 2015

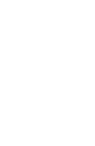
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
 NIP. 197803232005012002

Tembusan :  
 1. Kasubag. Pendidikan  
 2. Mahasiswa yang bersangkutan  
 3. Pertinggal

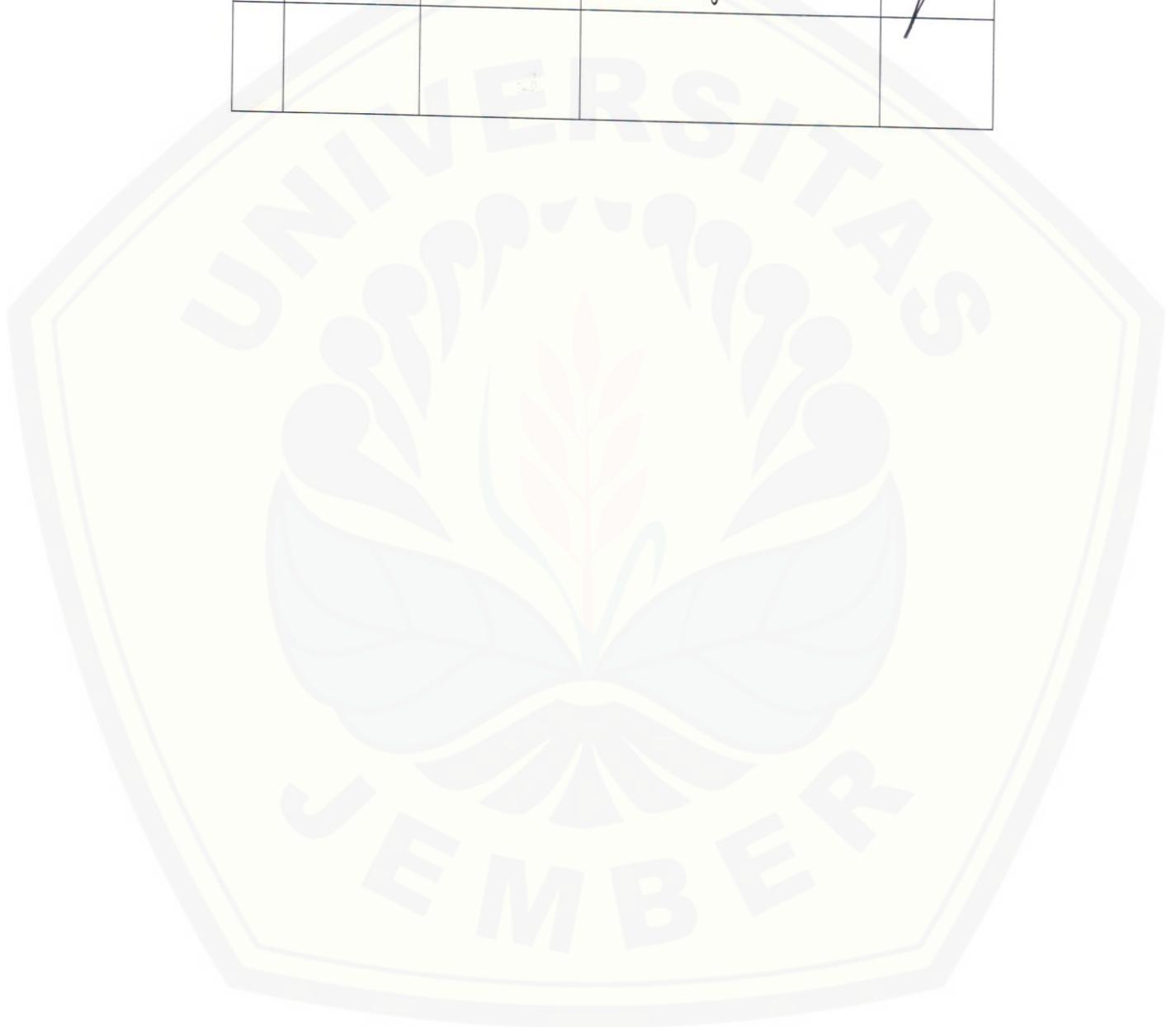
**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI**

DPU : Murtaqib, M. Kep  
 NIP : 197408132001121002  
 NAMA : Rr. Caecilia Yudistika Pristahayuningtyas  
 NIM : 112310101024

NO	HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	SARAN DPU	TANDA TANGAN
1.	16 September 2014	Penetapan Judul Penelitian	Judul harus di sesuaikan dengan masalah yang ada di masyarakat, mencari referensi kembali	
2.	25 September 2014	Penetapan Judul Penelitian	Mencari referensi kembali dan mempertimbangkan judul yang dipilih	
3.	1 Oktober 2014	Penetapan Judul Penelitian	Menggunakan judul yang dipilih dan mencari referensi yang menguatkan	
4.	7 Oktober 2014	Penetapan Judul Penelitian	Melihat referensi yang lengkap dan membaca dampak dan manfaat mobilisasi dini	
5.	14 Oktober 2014	Penetapan Judul Penelitian dan BAB I	Latar belakang berisi dari umum ke khusus, dan disertai penulisan yang benar	
6.	19 Desember 2014	Konsul BAB I dan studi Pendahuluan	Revisi BAB I dan dilanjutkan BAB II dan BAB III	

7.	19 Januari 2015	Konsul BAB I- BAB III	a. BAB III Kerangka Konsep di ACC b. BAB I revisi sesuai saran c. Kerangka Teori Revisi Sesuai saran	
8.	21 Januari 2015	Konsul BAB I- BAB III	a. Revisi beberapa kalimat di BAB I sesuai saran b. BAB II dan BAB III di acc c. Lanjutkan BAB IV	
9.	2 Februari 2015	Konsul BAB IV	Revisi BAB IV sesuai saran	
10.	9 Februari 2015	Konsul hasil revisi BAB IV dan instrumen penelitian	a. Tambahkan sesuai saran b. ACC Seminar Proposal	
11	30 Maret 2015	Konsultasi peneltiar	ACC penelitian dan tanda tangan surat penelitian	
12	20 April 2015	Konsultasi penelitian tempat dan sampel penelitian	Perubahan tempat penelitian	
13	21 April 2015	Konsultasi penelitian	ACC penelitian dan tanda tangan surat penelitian yang baru	
14	16 Juni 2015	Konsultasi Bab V dan VI	Tambahkan sesuai saran, pada karakteristik usia ditambahkan modus	
15	17 Juni 2015	Konsultasi hasil revisi Bab V dan VI	Kesimpulan menggunakan kalimat deskriptif, bukan menggunakan angka	
16	18 Juni 2015	Konsultasi hasil revisi dan persiapan sidang	ACC sidang dan tanda tangan formulir sidang	

17	29 Juni 2015	Konsultasi jurnal	Konsultasi Kombi ACC Jurnal.	
18	30 Juni 2015	Tanda tangan pengesahan	Tanda tangan Pengesahan	



## KARTU BIMBINGAN SKRIPSI

DPA : Ns. Siswoyo, M. Kep  
 NIP : 198004122006041002  
 NAMA : Rr. Caecilia Yulistika Pristahayuningtyas  
 NIM : 112310101024

NO	HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	SARAN DPU	TANDA TANGAN
1.	25 September 2014	Mencari Topik	Buka wawasan dengan informasi dari buku dan media	
2.	3 Oktober 2014	ACC Judul	Lanjutkan ke tahap Proposal	
3.	26 Januari 2015	BAB I-BAB III	a. Perbaiki sesuai saran b. Lanjut BAB IV dan alat ukur	
4.	2 Februari 2015	BAB I-BAB IV	a. Buat SOP/Alat ukur b. Segera ujian/proposal	
5.	10 Februari 2015	a. BAB I-BAB IV	a. Persiapkan ujian proposal	
6	11 Februari 2015	SOP dan Alat Ukur	Uji SOP di depan pembimbing di lab. KMB	
7.	16 Maret 2015	Konsul Post Sempro	Konsul ke penguji	
8.	17 Maret 2015	Bab I-IV dan Alat Ukur	Perbaiki sesuai saran dan tetap semangat	
9.	20 April 2015	Konsultasi tempat penelitian	Perubahan tempat penelitian	

10.	17 Juni 2015	Konsultasi Bab V dan VI	Perbaiki sesuai saran	
11	18 Juni 2015	Revisi sesuai saran Bab V dan VI	ACC Sidang	
12	30 Juni 2015	Tanda tangan pengesahan	Pengesahan	

