

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Mobilisasi Dini**

##### **2.1.1. Pengertian**

Mobilitas atau Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan (A. Aziz Alimul Hidayat, Jakarta Salemba Medika, 2006).

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Carpenito, 2000).

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan,

memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Wahit Ikbal Mubarak & Nurul Chayatin, 2008).

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 (Perry & Potter, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Alimul, 2009). Kemampuan untuk tetap aktif dan bergerak secara fisik penting dalam memelihara kesehatan dan kesejahteraan (Smith – Temple, 2010).

### **2.1.2. Tujuan Dilakukannya Mobilisasi Dini**

Beberapa tujuan dari mobilisasi dini menurut Susan J. Garrison (2004), antara lain:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
6. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
7. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

### 2.1.3. Jenis – Jenis Mobilisasi Dini

#### 1. Mobilisasi dini sebagian

Mobilisasi dini sebagian merupakan kemampuan untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh saraf motoris dan sensoris pada area tubuhnya (Hidayat, 2006).

Mobilisasi dini sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

- a. Mobilisasi dini 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.
- b. Mobilisasi dini 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 (Alimul, 2009).

#### 2. Mobilisasi dini penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris volunteer dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang (Hidayat, 2006).

#### **2.1.4. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini**

Tahap mobilisasi dini dibagi menjadi 2 tahap, yaitu (Doengoes, 1999):

1. Pada 2-6 jam pertama setelah operasi atau pada hari pertama

Mobilisasi dini sebaiknya dilakukan segera setelah klien sadar dari masa anestesi atau 2-6 jam setelah operasi selesai. Mobilisasi dini yang paling cepat adalah mobilisasi dini yang dilaksanakan 2 jam setelah operasi selesai karena efek anestesi sudah hilang dan fungsi tubuh normal sehingga meminimalisasi terjadinya efek samping yang mungkin terjadi seperti pusing, mual dan muntah.

2. Pada 24 jam setelah operasi

Mobilisasi dini yang dilakukan 24 jam setelah operasi adalah meliputi latihan duduk tegak, duduk di tepi tempat tidur dengan kaki digantung, berdiri serta berjalan dalam ruangan

Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Moechtar (2000), meliputi:

1. Hari pertama pasca operasi 6 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif, kemudian miring kanan dan miring kiri sudah dapat dimulai.
2. Hari kedua, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan
3. Hari ketiga sampai hari kelima pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan disekitar kamar, ke kamar mandi, dan ke kamar sendiri.

Menurut Kasdu (2003) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama klien harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Bertujuan agar kerja organ pencernaan kembali normal.
2. Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli
3. Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk
4. Setelah klien dapat duduk, dianjurkan klien belajar berjalan.

Tahap mobilisasi dini menurut (Beyer, 1997) dijelaskan sebagai berikut :

1. Tahap I : mobilisasi atau gerakan awal : nafas dalam, batuk efektif, dan menggerakkan ekstremitas
2. Tahap II : mobilisasi atau gerak memutar pergelangan kaki dan lengan
3. Tahap III : mobilisasi atau gerakan duduk tegak selama 5 menit
4. Tahap IV : mobilisasi atau gerakan turun dari tempat tidur dan berdiri (3x/hr)
5. Tahap V : mobilisasi atau gerakan berjalan dengan bantuan (2x/hr)
6. Tahap VI : mobilisasi atau gerakan berdiri sampai kembali duduk naik ke tempat tidur tanpa bantuan secara perlahan.

7. Tahap VII : mobilisasi atau gerakan bangkit dari duduk ditempat tidur tanpa bantuan.

Evaluasi yang diharapkan, pasien dapat mengalami fungsi usus yang kembali normal ditunjukkan dengan :

- a. Menunjukkan frekuensi fungsi peristaltik usus normal berkisar 5-35 kali/menit dan efektif saat auskultasi
- b. Bebas dari distensi abdomen, nyeri akibat gas dan konstipasi
- c. Menunjukkan pola eliminasi usus yang lazim
- d. Dapat mengeluarkan *platus*

#### **2.1.5 Pelaksanaan Mobilisasi dini pada pasien pascaoperasi**

Dalam pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya cedera, maka perawat yang terlatih perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien (Thomson, 2002). Mobilisasi dini pada pasien pasca operasi adalah mobilisasi yang dilakukan segera setelah klien sadar dari anastesi atau 6 jam setelah operasi yang dilakukan secara bertahap (Doengoes, 1999).

Berikut diuraikan beberapa tahapan mobilisasi dini yang diterapkan pada pasien pasca operasi:

Pra mobilisasi dini bertujuan untuk mempersiapkan otot untuk berdiri dan berjalan yang dipersiapkan lebih awal ketika pasien bergerak dari tempat tidur (Hoeman, 2001)

Prosedur pelaksanaan Mobilisasi dini :

1. Nafas dalam

- a. Menarik nafas melalui hidung : agar udara yang masuk ke dalam rongga hidung dapat disaring oleh kelenjar mukus yang menghasilkan lapisan lendir yang berfungsi untuk menangkap kotoran yang halus agar udara yang masuk ke tenggorokan lebih bersih.
  - b. Menggunakan diafragma (abdomen naik) : pernapasan menggunakan diafragma lebih efektif efisien dibanding dengan pernapasan perut karena dapat meningkatkan rasa nyeri pada pasien post operasi laparatomi.
  - c. Mengeluarkan nafas perlahan-lahan melauai mulut : dapat membantu pasien merasa nyaman dan tidak terjadi ketegangan otot pernapasan agar terhindar dari batuk batuk. Dan dapat Diulang sebanyak 5 kali.
2. Miring kanan miring kiri (Alimul A, 2002)
- a. Tempatkan pasien dalam posisi telentang (*supinasi*) : posisi terlentang lebih dianjurkan pada pasien post operasi laparatomi karena banyak organ yang masih dalam pengaruh oleh obat bius (anastesi)
  - b. Posisikan pasien dalam posisi miring yang sebagian pada abdomen
  - c. Tempatkan bantal di bawah lengan atas yang di fleksikan, yang menyongkong lengan setinggi bahu
  - d. Tempatkan bantal di bawah tungkai atas yang difleksikan, yang menyongkong tungkai setinggi panggul
  - e. Tempatkan bantal pasien paralel dengan permukaan plantar kaki (lakukan selama 5 menit dengan waktu istirahat 1 menit ke arah kiri kemudian kanan)

3. Latihan mengencangkan otot gluteal
  - a. Tekan otot pantat
  - b. Menggerakkan kaki kanan keatas kemudian ketepi tempat tidur
  - c. Menahan posisi dalam hitungan 1-5
  - d. Mengembalikan kaki ke posisi semula (di tengah)
  - e. Menggerakkan kaki kiri keatas kemudian ketepi tempat tidur
  - f. Mengembalikan kaki ke posisi semula
  - g. Lakukan selama 5 menit dengan waktu istirahat 1 menit setiap selesai gerakan ke kanan dan ke kiri
4. Posisikan kepala  $30^0$  selama 15 menit
5. Posisikan bagian bawah tempat tidur lebih rendah

*Sitting balance* yaitu membantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan yang diperlukan (Berger & Williams, 1992)

1. Dengan satu lengan di bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, pindahkan pasien dengan posisi *dangling* (Thomson, 2002). *Dangling* adalah pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur.
2. Beri instruksi untuk menggoyangkan kaki selama beberapa menit (Bai, 2009). Jangan terlalu memaksakan pasien untuk banyak melakukan pergerakan pada saat bangun untuk menghindari kelelahan.

*Standing balance* yaitu melatih berdiri dan berjalan. Perhatikan waktu pasien turun dari tempat tidur apakah menunjukkan gejala-gejala pusing, sulit bernafas dan lain lain. Tidak jarang pasien tiba-tiba lemas akibat hipotensi orthostatik. Menurut (Berger & Williams, 1992)

memperhatikan pusing sementara adalah proses pencegahan yang sangat penting saat mempersiapkan pasien untuk mobilisasi dini. Bahkan *bedrest* jangka pendek, terutama setelah cedera atau tindakan pembedahan dapat disertai hipotensi orthostatik. Hipotensi orthostatik adalah komplikasi yang sering terjadi pada *bedrest* jangka pendek, meminta pasien duduk di sisi tempat tidur untuk beberapa menit sebelum berdiri biasanya sesuai untuk hipotensi orthostatik yang benar. Lakukan istirahat sebentar, ukur denyut nadi (Asmadi, 2008). Ketika membantu pasien turun dari tempat tidur perawat harus berdiri tepat di depannya. Pasien meletakkan tangannya di pundak perawat, dan perawat meletakkan tangannya di bawah ketiak pasien. Pasien dibiarkan berdiri sebentar untuk memastikan tidak merasa pusing. Bila telah terbiasa dengan posisi berdiri, pasien dapat mulai untuk berjalan. Perawat harus berada di sebelah pasien untuk memberikan dukungan dan dorongan fisik, harus hati-hati untuk tidak membuat pasien merasa letih: lamanya periode mobilisasi dini pertama beragam tergantung pada jenis prosedur bedah dan kondisi fisik serta usia pasien (Brunner & Suddarth, 2002)

1. Pemeriksa harus tepat berdiri di depan pasien
2. Letakan lengan di bawah *axilla* pasien
3. Bantu pasien berdiri sesuai dengan kemampuan pasien untuk menjaga keseimbangan tubuhnya (Thomsons, 2002)

*Walking* seperti halnya tindakan lainnya, membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas, kekuatan, adanya nyeri, kordinasi dan keseimbangan pasien

untuk menentukan jumlah bantuan yang diperlukan pasien. Aktifitas ini mungkin memerlukan alat seperti kruk, tongkat, dan *walker*. Namun pada prinsipnya perawat dapat melakukan aktivitas ini meskipun tanpa alat.

1. Minta pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan pasien
2. Berdiri di samping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
3. Bantu pasien untuk berjalan (Alimul, 2002).

### **2.1.6 Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini**

Faktor yang berhubungan dengan ambulasi dini adalah :

1. Kondisi kesehatan pasien

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tertentu dapat disebabkan oleh penyakit, berkurangnya kemampuan melakukan aktivitas (kozier & Erb, 2007).

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit, berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari, dan lain lain (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

Nyeri paska bedah kemungkinan disebabkan oleh luka bekas operasi tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan. Setelah pembedahan nyeri mungkin sangat berat, edema, hematoma, dan spasme otot merupakan penyebab nyeri yang dirasakan, beberapa pasien

menyatakan bahwanya nyeri lebih ringan dibanding sebelum pembedahan dan hanya memerlukan jumlah analgetik yang sedikit saja harus diupayakan segala usaha untuk mengurangi nyeri sebelum nyeri menjadi berat. Obat harus diberikan segera dalam interval yang ditentukan bila awitan nyeri dapat di ramalkan misalnya ½ jam sebelum aktivitas terencana seperti pemindahan dan latihan ambulasi (Brunner & suddarth, 2005).

Kebanyakan pasien merasa takut untuk bergerak setelah paska operasi fraktur karena merasa nyeri pada luka bekas operasi dan luka bekas trauma. Efek immobilisasi pada sistem kardiovaskuler adalah hipotensi ortostatik. Hipotensi orthostatik adalah suatu kondisi ketidakmampuan berat dengan karakteristik tekanan darah yang menurun ketika pasien berubah dari posisi horizontal ke vertikal (posisi berbaring ke duduk atau berdiri), yang dikatakan hipotensi ortostatik jika tekanan darahnya < 100 mmhg (Dingle, 2003 dalam perry & potter, 2006). Ditandai dengan sakit kepala ringan, pusing, kelelahan, kehilangan energi, gangguan visual, dispnea, ketidaknyamanan kepala dan leher, dan hampir pingsan atau pingsan (Gilden, 1993 dalam potter & perry 2006). Keadaan ini sering menyebabkan pasien kurang melakukan mobilisasi dan ambulasi (Brunner & suddarth, 2005).

Kelelahan dan kerusakan otot dan neuromuskular, kelelahan otot mungkin karena gaya hidup, bedrest dan penyakit, keterbatasan kemampuan untuk bergerak dan beraktivitas karena otot lelah menyebabkan pasien tidak dapat meneruskan aktivitas. Kelelahan otot

dapat menurunkan kekuatan pasien untuk bergerak, ditandai dengan pergerakan yang lambat. Kelelahan yang berlebihan bisa menyebabkan pasien jatuh atau mengalami ketidak seimbangan pada saat latihan (Berger & William 2012).

Ketidakmampuan berjalan berhubungan dengan kelemahan dan kerusakan otot ekstermitas bawah, terlihat tanda-tanda penurunan kekuatan dan massa otot kaki dan lutut yang selalu ditebuk ketika berusaha untuk berdiri (Berger & William, 2012). Ambulasi dini pada pasien paska operasi fraktur sulit dilakukan karena pemasangan alat fiksasi eksternal, luka bekas operasi dan luka bekas trauma (Gartlan, 2007) yang mengakibatkan kerusakan pada neuromuskular atau sistem skeletal yang bisa memperberat dan menghambat pergerakan pasien (Kozier & Erb, 2007). Demam paska bedah dapat disebabkan oleh gangguan dan kelainan. Peninggian suhu badan pada hari pertama atau kedua mungkin disebabkan oleh radang saluran nafas, sedangkan infeksi luka operasi menyebabkan demam setelah kira-kira 1 minggu. Transfusi darah juga sering menyebabkan demam, dan diperkirakan kemungkinan adanya dehidrasi (Sjamsuhidajat & Jong, 2005).

Pasien yang mengalami fungsi fisiologis seperti dispnea selama latihan tidak akan tahan melakukan ambulasi pada pasien yang tidak mengalaminya. Pada pasien lemah tidak mampu meneruskan aktivitasnya karena energi besar diperlukan untuk menyelesaikan aktivitas menyebabkan kelelahan dan kelemahan yang menyeluruh (Potter & Perry, 2006). Hipotermia, pasien yang telah mengalami

anastesi rentan terhadap menggigil. Pasien yang telah menjalani pemajanan lama terhadap dingin di dalam ruang operasi dan menerima banyak infus intravena dipantau terhadap hipotermi. Ruangan dipertahankan pada suhu yang nyaman dan selimut disediakan untuk mencegah menggigil. Resiko hipotermia lebih besar pada pasien yang berada diruang operasi untuk waktu yang lama (brunner & suddarth, 2005).

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dan/ atau hitung eritrosit lebih rendah dari harga normal. Dikatakan sebagai anemia bila Hb < 14 g/dl dan Ht < 14% pada pria atau Hb < 12 g/dl dan Ht < 37% pada wanita. Gejala-gejala umum pada anemia antara lain cepat lelah, takikardi, palpitasi dan takipnea pada latihan fisik (Mansjoer et al, 2009).

## 2. Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat memudahkan perilaku yang dapat menurunkan kemampuan ambulasi yang baik. Seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak termotivasi dan harga diri yang rendah akan mudah mengalami perubahan dalam ambulasi (Kozier & Erb, 2007). Orang yang depresi, khawatir atau cemas sering tidak tahan tidak melakukan aktivitas sehingga lebih mudah lelah karena mengeluarkan energi yang cukup besar dalam ketakutan dan kecemasannya jadi pasien mengalami kelelahan secara fisik dan emosi (Potter & perry, 2006).

Saat seseorang merasa cemas biasanya menyebabkan perilaku yang dapat menurunkan kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik. Seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak bersemangat, dan harga diri yang rendah, akan mudah mengalami perubahan dalam mekanika tubuh dan ambulasi (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

Kecemasan Ansietas atau merupakan respons individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh seluruh makhluk hidup. Stuart dan Larasia (1998) mendefinisikan ansietas sebagai pengalaman emosi dan subyektif yang bersifat individual. Ansietas adalah respons emosi tanpa obyek yang spesifik sehingga klien merasakan suatu perasaan was-was seakan sesuatu yang buruk akan terjadi dan biasanya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa hari, bulan bahkan tahun (Sumiati, 2009).

Ansietas merupakan istilah yang akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah yang tidak menentu, takut, tidak tenang, kadang-kadang disertai keluhan fisik (Sumiati, 2009).

Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart and Sundeen 1998).

#### a. Penyebab Kecemasan

Sumiati (2009) menjelaskan kecemasan dapat disebabkan karena:

- 1) Adanya perasaan takut tidak diterima dalam satu lingkungan tertentu.
- 2) Adanya pengalaman traumatis, seperti trauma akan perpisahan, kehilangan atau bencana.
- 3) Adanya rasa frustrasi akibat kegagalan dalam mencapai tujuan.
- 4) Adanya ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar.
- 5) Adanya ancaman terhadap konsep diri.

b. Tingkat Ansietas

Dalami (2009) menjelaskan bahwa ansietas dibagi menjadi empat tingkatan, yaitu:

1) Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lapang persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2) Ansietas sedang

Pada tingkat ini lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan hal-hal penting saat itu dan mengenyampingkan hal lain.

3) Ansietas berat

Pada ansitas berat lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berpikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area ini.

#### 4) Panik

Pada tingkatan ini lapangan persepsi individu sudah sangat menyempit dan sudah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberikan pengarahan.

#### c. Cara Pengukuran Kecemasan

Nursalam (2013) memaparkan penilaian tingkat kecemasan dapat diukur dengan skala Zung. Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William WK Zung, dikembangkan berdasar gejala kecemasan dalam DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Hubungan antara nyeri dan takut bersifat kompleks. Perasaan takut seringkali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan takut. Menurut paice (1991) dalam Potter & Perry (2006) melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya rasa takut. Setelah paska operasi fraktur nyeri

mungkin sangat berat khususnya selama beberapa hari pertama paska operasi. Area insisi mungkin menjadi satu-satunya sumber nyeri, iritasi akibat selang drainase, balutan atau gips yang ketat menyebabkan pasien merasa tidak nyaman. Secara signifikan nyeri dapat memperlambat pemulihan. Pasien menjadi ragu untuk melakukan batuk, nafas dalam, mengganti posisi, ambulasi atau melakukan latihan yang diperlukan. Orang depresi, khawatir atau cemas sering tidak melakukan aktivitas. Pasien depresi bisa tidak termotivasi untuk berpartisipasi. Pasien khawatir atau cemas lebih mudah lelah karena mereka mengeluarkan energi cukup besar dalam ketakutan dan kecemasannya jadi mereka mengalami kelelahan secara fisik dan emosional (Potter & Perry, 2006).

Tidak bersemangat karena kurangnya motivasi dalam melaksanakan ambulasi. Penampilan luka, balutan yang tebal, drain serta selang yang menonjol keluar akan mengancam konsep diri pasien. Efek pembedahan, seperti jaringan perut yang tidak beraturan dapat menimbulkan perubahan citra diri pasien secara permanen, menimbulkan perasaan pasien kurang sempurna, sehingga pasien merasa cemas dengan keadaannya dan tidak termotivasi untuk melakukan aktivitas. Pasien dapat menunjukkan rasa tidak senang pada penampilannya yang ditunjukkan dengan cara menolak melihat insisi, menutupi balutannya dengan baju, atau menolak bangun dari tempat tidur karena adanya selang atau alat tertentu (Perry & Potter, 2006).

### 3. Gaya hidup

Status kesehatan, nilai, kepercayaan, motivasi dan faktor lainnya mempengaruhi gaya hidup. Gaya hidup mempengaruhi mobilitas. Tingkat kesehatan seseorang dapat dilihat dari gaya hidupnya dalam melakukan aktivitas dan dia mendefinisikan aktivitas sebagai suatu yang mencakup kerja, permainan yang berarti, dan pola hidup yang positif seperti makan yang teratur, istirahat yang cukup dan penanganan stres Pender (2009 dalam Berger & Williams 2012). Oldmeadow et al (2006) menjelaskan tahapan pergerakan dan aktivitas pasien sebelum operasi dimasyarakat atau dirumah dapat mempengaruhi pelaksanaan ambulasi.

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai nilai yang dianut, serta lingkungan tempat dia tinggal (masyarakat). Contoh sederhananya adalah wanita jawa. Di masyarakat tempat mereka tinggal, wanita jawa dituntut untuk berpenampilan lemah dan lembut. Selain itu tabu bagi mereka untuk melakukan aktifitas yang berat (Wahit Ikbal Mubarak & Nurul Chayatin, 2008).

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat (Kozier, 2000). Perubahan pola hidup seseorang dapat menyebabkan stres dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam beraktivitas,

sehingga dapat mengganggu koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan neurologi, yang akhirnya akan mengakibatkan perubahan mekanika tubuh (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

#### 4. Dukungan sosial

Dukungan sosial sebagai info verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dalam subjek lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimanya. Menurut Sjamsuhidajat & Jong (2005) keterlibatan anggota keluarga dalam rencana asuhan keperawatan pada pasien dapat memfasilitasi proses pemulihan. Membantu pasien mengganti balutan, membantu pelaksanaan ambulasi dan memberi obat-obatan. Menurut penelitian yang dilakukan Oldmeadow et al (2006) dukungan sosial yaitu keluarga, yang terdekat dan perawat sangat mempengaruhi untuk membantu pasien melaksanakan latihan ambulasi. Menurut Olson (1996 dalam Hoeman, 2011) ambulasi dapat terlaksana tergantung dari kesiapan pasien dan keluarga untuk belajar berpartisipasi dalam latihan (Olson, 1996 dalam Hoeman, 2011).

Dukungan dan motivasi dalam keluarga yang kuat akan memicu pasien untuk berani melakukan mobilisasi dini paska operasi. Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh.

Perubahan gerakan dan posisi ini harus diterangkan pada pasien atau keluarga yang menunggui (Kozier, 2000).

#### 5. Pengetahuan

Pengetahuan yang baik terhadap penggunaan mekanika tubuh akan mendorong seseorang untuk menggunakannya dengan benar, sehingga mengurangi tenaga yang dikeluarkan. Sebaliknya, pengetahuan yang kurang memadai dalam penggunaan mekanika tubuh akan menjadikan seseorang beresiko mengalami gangguan koordinasi sistem neurologi dan muskuloskeletal (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

Pemahaman tentang pergerakan mobilisasi membutuhkan lebih dari satu pemahaman tentang pergerakan fisiologis, serta regulasi pergerakan oleh sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Orang disekitar pasien (keluarga ataupun perawat) perlu mengetahui tentang bagaimana mengaplikasikan prinsip ke tatanan ketatanan klinis untuk menentukan cara paling aman menggerakkan pasien dan memahami efek imobilisasi pada aspek fisiologis, psikososial, dan perkembangan dari perawatan klien (Potter & Perry, 2010)

Pasien yang sudah diajarkan mengenai gangguan muskuloskeletal akan mengalami peningkatan alternatif pengalaman. Infoemasi mengenai apa yang diharapkan termasuk sensasi selama dan setelah penanganan dapat memberanikan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan dan penerapan penanganan. Informasi khusus mengenai antisipasi peralatan misalnya pemasangan alat fiksasi eksternal, alat bantu ambulasi (trapeze, walker, tongkat), latihan, dan

medikasi harus didiskusikan dengan pasien (Brunner & Suddart, 2002). Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien.

#### 6. Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja (Kozier, 2000). Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktifitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Wahit Ikbal Mubarak & Nurul Chayatin, 2008). Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

## **2.2. Kajian Tentang Laparatomi**

### **2.2.1 Pengertian**

Laparatomi merupakan insisi pembedahan melalui pinggang, tetapi tidak selalu tepat dan lebih umum dilakukan dibagian perut mana saja (Doorland, 1994, dalam Surono, 2009). Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestitis dan peritonitis (Sjamsuhidajat,

2005). Laparatomi merupakan suatu potongan pada dinding abdomen dan yang telah didiagnosa oleh dokter dan dinyatakan dalam status atau catatan medik pasien. Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, 2010).

Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Smeltzer & Bare, 2002). Laparatomi adalah insisi dinding abdomen untuk tujuan eksplorasi (Hinchliff, 2010). Laparatomi adalah insisi pembedahan melalui punggung atau lebih umum melalui setiap bagian dinding perut (Danuwidjaja, 2009).

### **2.2.2 Jenis Sayatan Pada Operasi Laparatomi**

Ada 4 (empat) cara, yaitu (Syamsuhidayat & Wim De Jong, 2008):

1. *Midline insision*; yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.
2. Paramedian, yaitu : panjang (12,5 cm)  $\pm$  sedikit ke tepi dari garis tengah.
3. *Transverse upper abdomen insision*, yaitu: sisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
4. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu : 4 cm di atas anterior spinal iliaka,  $\pm$  insisi melintang di bagian bawah misalnya: pada operasi appendectomy.

### 2.2.3 Indikasi Laparatomy

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparotomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam)/ Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obstetri dan gynecology tindakan laparotomi seringkali juga dilakukan seperti pada operasi caesar (Syamsuhidajat & Wim De Jong, 2008).

Laparotomi juga dilakukan pada kasus-kasus digestif dan kandungan seperti apendisitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis (Sjamsuhidajat & Jong, 2005) :

#### 1. Apendisitis

Apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu itu akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal unsur atau sekum (Jitowiyono, 2010).

#### 2. Sectio Cesarea

Sectio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesaria yaitu sectio sesaria klasik dan sectio sesaria ismika. Sectio sesaria klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm, sedangkan sectio sesaria ismika yaitu

dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.

### 3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab Peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dan gastrointestinal, appendisitis yang meradang typhoid, tukak pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati.

### 4. Kanker colon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh yang lain (paling sering ke hati). Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan.

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan prohektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada

beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price & Wilson, 2006).

#### 5. Abses Hepar

Abses adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, Hepar adalah hati. Abses hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi.

Penyebab abses hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang paling terbanyak yaitu E. Coli. Komplikasi yang paling sering adalah berupa ruptur abses sebesar 5 - 15,6%, perforasi abses ke berbagai organ tubuh seperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadang dapat terjadi superinfeksi, terutama setelah aspirasi atau drainase.

#### 6. Ileus Obstruktif

Obstruksi usus didefinisikan sebagai sumbatan bagi jalan distal isi usus. Ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau ia bisa karena suatu ileus. Ileus juga didefinisikan sebagai jenis obstruksi apapun, artinya ketidakmampuan usus menuju ke distal sekunder terhadap kelainan sementara dalam motilitas.

Ileus dapat disebabkan oleh gangguan peristaltik usus akibat pemakaian obat-obatan atau kelainan sistemik seperti gagal ginjal dengan uremia sehingga terjadi paralysis. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltik usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan.

#### 2.2.4 Prosedur Tindakan Laparatomy

Prosedur tindakan laparatomy adalah suatu tindakan instrumentasi untuk tindakan membuka dinding abdomen (Turkanto, 2005). Berikut prosedur tindakan laparatomy mulai dari membukanya dinding hingga rongga perut sampai proses penutupan kembali dinding perut:

1. Tim bedah cuci tangan
2. Tim memakai jas operasi, sarung tangan
3. Perawat mengatur posisi klien terlentang
4. Berikan antiseptik untuk desinfeksi
5. Pasang draping untuk mempersempit area pembedahan
6. Pasang slang suction, kabel diathermi
7. Perawat siap membacakan identitas, diagnosa tindakan yang akan dilakukan.
8. Berikan handlemess no: 3 dan mess:20 untuk insisi kulit sampai lemak.
9. Berikan arteri vanpean dan kabel diatermi untu merawat perdarahan.
10. Berikan handlemess no: 3 dan mess:20 ke operator dan 2 cokker untuk asisten untuk insisi vasia.
11. Berikan gunting metzenboum pada operator dan pinset cirurrgi, berikan richardson kepada asisten untuk memperluas insisi vasia.
12. Berikan pinset anatomis ke operator untuk membuka otot secara tumpul
13. Berikan pinset anatomis dan gunting metzenboum untuk membuka peritoneum

14. Berikan 4 peritoneum klem untuk memegang atas,bawah, kanan, kiri peritoneum.
15. Berikan deaver retractor untuk membuka rongga perut.
16. Berikan kassa besar untuk melindungi usus
17. Berikan kassa besar untuk melindungi usus
18. Berikan deaver retractor untuk memperlebar rongga perut
19. Berikan suction untuk menyedot perdarahan
20. Berikan bengkok untuk tempat clotting
21. Berikan pinset anatomi panjang 18 cm untuk mengevaluasi lokasi perdarahan
22. Berikan arteri klem vanpean bengkon 20 cm 2/3 untuk menghentikan perdarahan
23. Berikan gunting mezenboum untuk memotong jaringan yang rusak
24. Berikan hacting set dengan benang cromatic no:2 untuk menjahit bagian yang kearah pembuluh darah, untuk menghentikan perdarahan.
25. (Evaluasi perdarahan), jika perdarahan siapkan hacting set dengan benang cromatic no:2
26. (instrument mengingatkan untuk mengambil kasa besar)
27. Berikan cairan NaCl 0,9 % (bila perlu) untuk mencuci intra abdomen.
28. Berikan hacting set dengan benang plain no:1 untuk menjahit peritoneum
29. Berikan hacting set dengan benang plain no:00 untuk menjahit otot
30. Berikan hacting set dengan benang cromatic no:2 atau vicril no:0 untuk menjahit vasia

31. Berikan hacting set dengan benang plain no:000 atau no:00 untuk menjahit lemak
32. Berikan hacting set dengan benang zeide no:000 atau no:00 atau prolin no:000 untuk menjahit kulit
33. Berikan kasa basah kepada asisten untuk membersihkan darah dan sisa antiseptik
34. Berikan kasa steril dan desinfektan untuk menutup luka operasi.
35. Operasi selesai

### **2.2.5 Komplikasi Laparatomy**

Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman dan kecelakaan (Azis, 2010).

#### **1. Tromboplebitis**

Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, dan ambulatif dini.

#### **2. Infeksi**

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan.

Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptik

### 3. Eviserasi

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

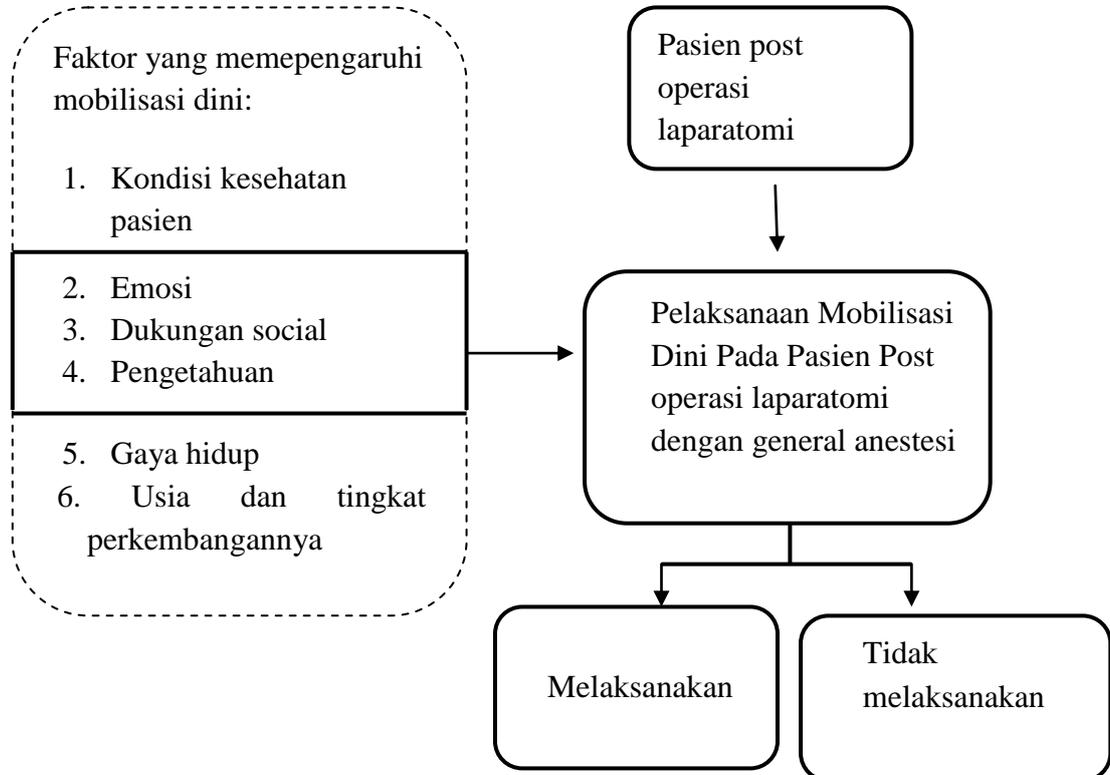
#### **2.2.6. Jenis Anestesi Pada Laparatomy**

Pada pembedahan laparatomi umumnya jenis anestesi yang digunakan adalah jenis anestesi umum inhalasi. Anestesi umum adalah suatu keadaan tidak sadar yang bersifat sementara yang diikuti oleh hilangnya rasa nyeri di seluruh tubuh akibat pemberian obat anestesia (Mangku G, 2010).

Anestesi umum inhalasi merupakan satu teknik anestesia umum yang dilakukan dengan jalan memberikan kombinasi obat anestesia inhalasi yang berupa gas dan atau cairan yang mudah menguap melalui alat/mesin anestesia langsung ke udara. Jenis obat anestesi umum inhalasi, umumnya menggunakan jenis obat seperti  $N_2O$ , *enfluran*, *isofluran*, *sevofluran* yang langsung memberikan efek *hipnotik*, *analgetik* serta relaksasi pada seluruh otot klien (Mangku G, 2010). Umumnya konsentrasi yang diberikan pada udara inspirasi untuk pemberian obat bius secara inhalasi adalah 2,0–3,0% bersama-sama dengan  $N_2O$  dengan efek lama penggunaan tergantung lama jenis operasi tindakan yang akan dilakukan dan penggunaannya selalu dikombinasikan dengan obat lain yang berkasiat sesuai dengan target *trias anestesia* yang ingin dicapai (Mangku G, 2010)

Anastesi umum inhalasi menyebabkan relaksasi pada seluruh otot klien sehingga pergerakan colon yang normal menurun dengan penghambatan stimulus parasimpatik pada otot colon. Pembedahan yang langsung melibatkan intestinal dapat menyebabkan penghentian dari pergerakan intestinal sementara. Hal ini disebut paralytic ileus, suatu kondisi yang biasanya berakhir 6 - 48 jam. Mendengar suara usus yang mencerminkan otilitas intestinal adalah suatu hal yang penting pada manajemen keperawatan pasca bedah (Potter & Perry, 2010). Pemberian dosis untuk anastesi umum inhalasi tergantung dari jenis obat yang akan di berikan, berdasarkan umur, berat badan, lamanya operasi serta keadaan umum pasien.

### 2.3.. Kerangka Konseptual



**Keterangan**

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

**2.4 Hopitesis Penelitian**

- H<sub>1</sub> : - Ada hubungan antara faktor kecemasan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi dengan general anestesi di Rumah Sakit Lavalette Malang
- Ada hubungan antara faktor dukungan sosial dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi dengan general anestesi di Rumah Sakit Lavalette Malang
  - Ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi dengan general anestesi di Rumah Sakit Lavalette Malang