

SKRIPSI

TINDAKAN MOBILISASI PASIEN PASKA OPERASI LAPARATOMI PASKA SOSIALISASI ALARM PONSEL DI IRNA BEDAH GLADIOL RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN PRE-EKSPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

SUPARNO

NIM : 131211123038

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

SURAT PERNYATAAN

**TINDAKAN MOBILISASI PASIEN PASKA OPERASI LAPARATOMI
PASKA SOSIALISASI ALARM PONSEL DI RUANG BEDAH GLADIOL
RSUD DR. SOETOMO SURABAYA.**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 10 Februari 2014

Yang menyatakan



SUPARNO
NIM. 131211123038

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

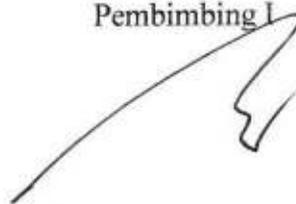
**TINDAKAN MOBILISASI PASIEN PASKA OPERASI LAPARATOMI
PASKA SOSIALISASI ALARM PONSEL DI IRNA BEDAH GLADIOL
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

Oleh :
SUPARNO
131211123038

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal, 10 Februari 2014

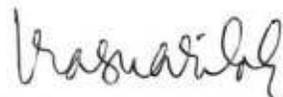
Oleh:

Pembimbing I



Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M Ng
NIP : 19750709 200501 2 001

Pembimbing II



Ira Suarilah, S.Kp., MSc
NIK: 139 040 673

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP : 19790424 200604 2 002

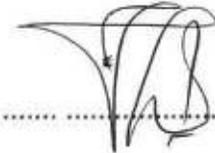
SKRIPSI

**TINDAKAN MOBILISASI PASIEN PASKA OPERASI LAPARATOMI
PASKA SOSIALISASI ALARM PONSEL DI RUANG BEDAH
GLADIOL RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

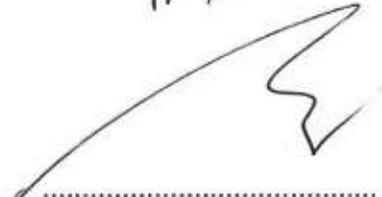
Oleh:
Suparno
131211123038

Telah Diuji
Pada Tanggal, 10 Februari 2014
PANITIA PENGUJI

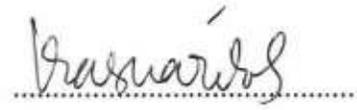
Ketua : Erna Dwi Wahyuni, S.kep. Ns., M. Kep
NIK. 139 080 823



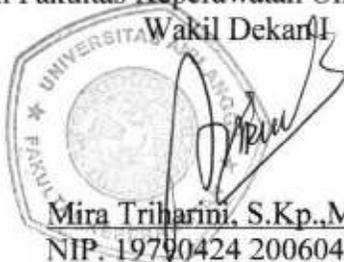
Anggota : 1. Yulis Setiya Dewi, S.Kep. Ns., M.Ng.
NIP. 19750709 200501 2 001



2. Ira Suarilah, S.Kp.,MSc
NIK. 139 040 673



Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan



Mira Triharini, S.Kp.,M. Kep
NIP. 19790424 200604 2 002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

HIDUP ITU INDAH BILA KITA BISA MENIKMATINYA
HIDUP ITU SEPERTI AIR MENGALIR
KADANG ADA RIAK DAN GELOMBANG
KADANG TENANG
SEMUANYA BERJALAN SEIRING WAKTU
SEMUANYA MELALUI PROSES DAN ITU TIDAK MUDAH
PENUH PENGORBANAN PENUH PERJUANGAN
HANYA DENGAN KEIKHLASAN
PERJALANAN ITU BISA DILALUI
HANYA DENGAN DOA SEMUA ITU TERLAKSANA
HANYA DENGAN IJIN- NYA
KEBERHASILAN ITU DI DEPAN MATA

*“ jangan lakukan apa yang tidak ingin kau lakukan
yakinkan apa yang ingin kau lakukan
ihklaskan apa yang sudah kau lakukan ”
Hanya karena Allah SWT.*

Semua ini kupersembahkan untuk istri dan anak-anakku tercinta, orangtuaku, adikku dan seluruh keluargaku.

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur atas kehadiran Tuhan YME, atas segala berkat dan rahmat-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul “ **Tindakan Mobilisasi Pasien Paska Operasi Laparatomi Paska Sosialisasi Alarm Ponsel di Ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya.**”

Dalam penulisan skripsi ini tidak lepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat selesai pada waktunya. Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya dan penghargaan yang tulus kepada yang terhormat:

1. Purwaningsih, S.Kp., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kep., M. Kep., selaku Wakil dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melaksanakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Universitas Airlangga.
3. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp, M. Kes., selaku Wakil dekan 2 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melaksanakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Universitas Airlangga.
4. Yulis Setiya Dewi, S.Kp. Ns., M. Ng., selaku Wakil dekan 3 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan selaku pembimbing ketua, terima kasih atas bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini dan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melaksanakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Universitas Airlangga.
5. Ira Suarilah, S.Kp., MSc, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan perhatian dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Erna Dwi Wahyuni, S. Kep. Ns., M. Kep., selaku penguji skripsi yang telah memberikan arahan, saran dan waktu untuk kesempurnaan skripsi ini.
7. Mamik Dwi Putro dr. SpB. K. BD yang telah memberikan fasilitas sebagai lahan penelitian.
8. Seluruh responden, terima kasih karena telah meluangkan waktu dan berpartisipasi penelitian ini.

9. Seluruh staf dosen Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
10. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas bantuan yang diberikan.
11. Istri dan anak tercinta yang selalu memberi motivasi dan senantiasa berdo'a demi kesuksesan tersusunnya skripsi ini.
12. Teman-teman seperjuangan B15 yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan yang Maha Pengasih membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak, mudah-mudahan skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya. Amin.

Surabaya, Februari 2014

Peneliti

ABSTRACT

**MOBILIZATION IN PATIENT WITH POST LAPARATOMY SURGERY
AFTER BEING GIVEN PHONE ALARM SOCIALIZATION AT
GLADIOL SURGERY ROOM IN DR. SOETOMO HOSPITAL OF
SURABAYA**

Pre Experiment one - shot case study

by :

S u p a r n o

Mobilization is important to optimize body's physiological function. The inhibiting factors of patient who doesn't less motivation do mobilization are pain of surgery wound, afraid to move the extremity. One effort to improve the mobilization's need is socialization of phone alarm as a reminder. The aims of this study was to analyze the effect of phone alarm socialization to mobilization in patient with post laparotomy surgery.

This study used pre-experiment design through one – shot case study. The samples taken were 14 patients with post laparotomy surgery at Gladiol surgery room in Dr. Soetomo Hospital of Surabaya period December 2013 to January 2014. The independent variable was phone alarm socialization, the dependent variable was mobilization in patients with post laparotomy surgery.

Based on this study, the mobilization in patients with post laparotomy surgery after being given phone alarm socialization, they were doing good in 8-24 hours, good enough in 36-48 hours, and less good in 60-72 hours after surgery.

It can be conclude that phone alarm socialization have effect to the mobilization in patients with post laparotomy surgery. Further research related to the effect of phone alarm socialization to the mobilization of post laparotomy surgery at rehabilitation ward is needed.

Keywords : phone alarm, mobilization, post laparotomy

ABSTRAK

TINDAKAN MOBILISASI PASIEN PASKA OPERASI LAPARATOMI PASKA SOSIALISASI ALARM PONSEL DI RUANG BEDAH GLADIOL RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Pre Eksperimental one – shot case study

Oleh:
S u p a r n o

Mobilisasi post laparatomi penting dilakukan karena mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh. Faktor penghambat pasien tidak mau mobilisasi adalah adanya nyeri luka operasi, takut bergerak, takut luka menjadi terbuka. Salah satu upaya memenuhi kebutuhan mobilisasi dengan mensosialisasikan penggunaan alarm ponsel sebagai media pengingat dalam melakukan mobilisasi sesuai dengan tahap tahap mobilisasi pasien paska operasi laparatomi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tindakan mobilisasi pasien paska laparatomi setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel.

Jenis penelitian ini adalah *Pre Eksperimental* dengan menggunakan rancangan *one – shot case study*. Total sampel 14 pasien post laparatomi di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai Desember 2013 sampai dengan Januari 2014. Variabel independen adalah sosialisasi alarm ponsel dan variabel dependen adalah tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi.

Berdasarkan hasil penelitian ini, data dianalisis secara diskriptif menunjukkan bahwa mobilisasi post laparatomi setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel dapat melakukan mobilisasi dengan baik 8-24 jam post operasi, cukup baik 36-48 jam post operasi dan kurang baik 60-72 jam post operasi.

Kesimpulan hasil penelitian ini bahwa sosialisasi alarm ponsel berpengaruh pada tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi. penelitian selanjutnya merekomendasikan pengaruh penggunaan alarm ponsel terhadap mobilisasi paska operasi.

Kata kunci : alarm ponsel, mobilisasi, post laparatomi

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman sampul.....	i
Lembar persyaratan.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar pengesahan.....	v
Motto	vi
Kata Pengantar	vii
Abstrak	ix
Daftar isi	xi
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	4
1.2 Identifikasi Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan umum	5
1.4.2 Tujuan khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Teoritis	6
1.5.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Laparatomi	7
2.1.1 Definisi laparatomi.....	7
2.1.2 Indikasi laparatomi.....	8
2.1.3 Perawatan paska laparatomi.....	9
2.1.4 Tujuan perawatan paska laparatomi.....	9
2.1.5 Proses penyembuhan luka.....	10
2.1.6 Intervensi untuk meningkatkan penyembuhan.....	11
2.1.7 Komplikasi	12
2.2 Konsep Mobilisasi.....	14
2.2.1 Definisi mobilisasi	14
2.2.2 Manfaat mobilisasi	14
2.2.3 Dampak Imobilisasi	16

2.2.4	Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi	17
2.2.5	Tahap dan cara melakukan mobilisasi	18
2.3	Konsep Alarm	21
2.3.1	Definisi alarm.....	21
2.3.2	Fungsi dan jenis alarm	21
2.4	Konsep Perilaku	23
2.4.1	Definisi perilaku.....	23
2.4.2	Jenis respon	23
2.4.3	Bentuk perilaku	24
2.4.4	Cakupan perilaku	24
2.4.5	Faktor yang mempengaruhi perilaku	26
2.5	Konsep Tindakan	28
2.5.1	Definisi tindakan	28
2.5.2	Domain tindakan	28
2.5.3	Proses adopsi tindakan.....	30
2.6	Konsep Dasar Perawatan Diri	30
2.6.1	Perawatan Diri	31
2.6.2	Defisit Perawatan Diri (<i>self care defisit</i>).....	32
2.6.3	Sistem keperawatan (<i>nursing agency system</i>)	32
2.6.4	Self-care Agency	34
2.7	Keaslian Penelitian.....	36
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....		38
3.1	Kerangka Konseptual	38
BAB 4 METODE PENELITIAN		40
4.1	Rancangan Penelitian	40
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling.....	41
4.2.1	Populasi	41
4.2.2	Sampel.....	41
4.2.3	Sampling	42
4.3	Identifikasi Variabel.....	42
4.3.1	Variabel independen.....	42
4.3.2	Variabel dependen.....	43
4.4	Definisi Operasional.....	43
4.5	Pengumpulan dan Pengolahan data.....	44
4.5.1	Instrumen penelitian.....	44
4.5.2	Lokasi, waktu dan prosedur	44
4.5.3	Prosedur pengumpulan data	45
4.6	Kerangka Kerja	47
4.7	Analisa Data	48
4.8	Etika Penelitian	48

4.9	Keterbatasan Penelitian.....	49
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
5.1	Hasil penelitian.....	50
5.1.1	Gambaran lokasi penelitian.....	50
5.1.2	Data umum responden.....	51
5.1.3	Data khusus responden.....	53
5.2	Pembahasan.....	57
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	63
6.1	Kesimpulan	63
6.2	Saran.....	63
	Daftar Pustaka.....	65
	Lampiran	68

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tahap dan cara mobilisasi.....	18
Tabel 2.2 Keaslian penelitian.....	36
Tabel 4.1 Definisi operasional	43
Tabel 5.1 Distribusi pasien paska laparatomi menurut umur.....	51
Tabel 5.2 Distribusi pasien paska laparatomi menurut jenis kelamin.....	52
Tabel 5.3 Distribusi pasien paska laparatomi menurut pendidikan	52
Tabel 5.4 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi berdasarkan umur	53
Tabel 5.5 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi berdasarkan jenis kelamin	53
Tabel 5.6 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi berdasarkan pendidikan	54
Tabel 5.7 Distribusi gambaran tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi	55
Tabel 5.8 Distribusi gambaran tindakan mobilisasi sesuai jadwal alarm berbunyi	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi masalah.....	40
Gambar 2.1 Konsep model <i>self-care</i>	35
Gambar 3.1 Kerangka konsep.....	38
Gambar 4.1 Desain penelitian.....	40
Gambar 4.2 Kerangka kerja.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar persetujuan menjadi responden penelitian	68
Lampiran 2 Satuan acara pembelajaran (SAP)	69
Lampiran 3 Materi mobilisasi	71
Lampiran 4 Standar operasional prosedur alarm ponsel	73
Lampiran 5 Lembar observasi.....	75
Lampiran 6 Tabulasi responden tindakan mobilisasi.....	76
Lampiran 7 Tabulasi rekapitulasi responden tindakan mobilisasi	77

DAFTAR SINGKATAN

IRNA	: Instalasi Rawat Inap
Post Op	: Post Operasi
Pre Op	: Pre Operasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
GBPT	: Gedung Bedah Pusat Terpadu



PENDAHULUAN

BAB I

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien paska pembedahan laparatomi memerlukan tindakan mobilisasi, karena mobilisasi paska operasi laparatomi mempunyai banyak manfaat diantaranya adalah mencegah kekakuan otot dan sendi, memperlancar peredaran darah, mempercepat pengembalian fungsi fisiologis organ organ vital yang pada akhirnya akan mempercepat proses penyembuhan luka operasi paska laparatomi. Pasien paska operasi laparatomi setelah 7-8 jam, diharapkan mampu melakukan gerak miring kanan miring kiri, tidur setengah duduk, duduk, bangun dari tempat tidur, berdiri, berjalan disekitar tempat tidur, dan berjalan di sekitar ruangan (Oswari, 1995).

Berdasarkan pengamatan peneliti selama bekerja di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama kurang lebih 15 tahun (1997-2012) masih didapatkan pasien paska laparatomi yang enggan melakukan mobilisasi. Hasil observasi di ruangan selama satu bulan (bulan Oktober 2013) dari 20 pasien paska operasi laparatomi 16 orang (80%) mengatakan lupa akan mobilisasi sehingga pasien tidak melakukan mobilisasi sesuai dengan yang diharapkan. Akibatnya pasien beresiko mengalami berbagai penyulit di antaranya penyembuhan luka operasi yang lama, gangguan eliminasi urine, distensi lambung, gangguan mortalitas usus. Peran perawat yang telah dilaksanakan selama ini hanya memberikan motivasi saja tanpa menjelaskan secara detail maksud dan tujuan, manfaat, tata cara pelaksanaan dan waktu serta tahapan mobilisasi yang

dilakukan. Alarm ponsel dalam pelaksanaan mobilisasi dapat digunakan sebagai pengingat akan ketepatan jadwal dalam mobilisasi. Namun sampai saat ini pengaruh sosialisasi penggunaan alarm ponsel terhadap tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi belum dapat dijelaskan.

Laporan pusat komunikasi publik, Sekretariat Jendral Departemen Kesehatan RI bahwa pelayanan khusus untuk pasien miskin di Indonesia pada kasus laparatomi, meningkat dari 162 kasus pada tahun 2005, menjadi 983 kasus pada tahun 2006 dan 1281 kasus pada tahun 2007. Pembedahan yang menyangkut luka insisi di abdomen menurut data dari ruang operasi Gedung Bedah Pusat Terpadu (GBPT) RSUD Dr. Soetomo Surabaya dari bulan Januari sampai Desember 2013 terdapat 303 kasus pasien post laparatomi dengan rata-rata tiap bulan sekitar 25 pasien (Rekam Medis SMF Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2013). Dalam 3 bulan terakhir tahun 2013 di ruangan Bedah Gladiol RSU Dr. Soetomo Surabaya didapatkan jumlah pasien pada bulan Juni sebanyak 15 orang, hanya 40 % (6 orang) yang melakukan mobilisasi, serta hanya sekitar 10 % saja yang melaksanakan sesuai dengan yang diharapkan. Bulan Juli sebanyak 16 orang hanya 31 % (5 orang) yang melakukan mobilisasi, bulan Agustus sebanyak 14 orang menurun sebanyak kurang lebih 28,5% (4 orang) yang melakukan mobilisasi (Rekam Medis Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2013)

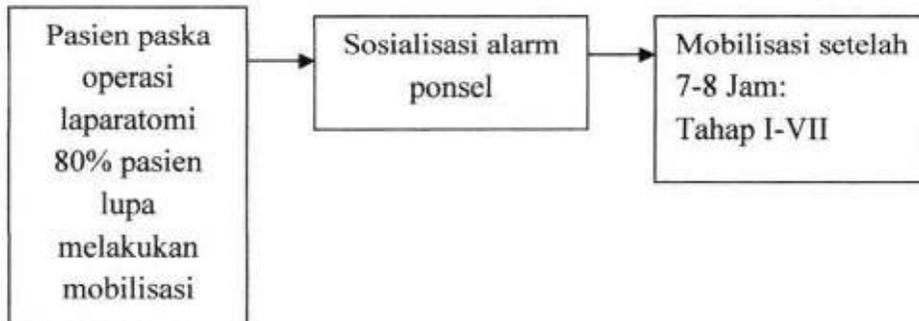
Salah satu prinsip dalam memberikan intervensi keperawatan adalah tepat waktu. Artinya dalam melaksanakan semua tindakan, bukan hanya perawat, namun pasien juga harus disiplin waktu. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan serta merupakan salah satu upaya mempercepat proses penyembuhan. Perilaku mempunyai 3 komponen yang terdiri dari komponen

kognitif, afektif, dan psikomotor (Notoatmodjo, 2003). Salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan mobilisasi adalah mensosialisasikan penggunaan alarm ponsel. Alarm ponsel merupakan media yang sangat praktis dalam mengukur ketepatan waktu khususnya dalam pelaksanaan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi. Penggunaan alarm ponsel ini diharapkan pasien mampu menggunakan media ini sebagai alat untuk pengingat dalam melakukan mobilisasi sehingga kebutuhan mobilisasi akan terpenuhi dan menjadi sistem pendukung pasien dalam mempercepat proses penyembuhan.

Pasien paska laparatomi dalam melakukan mobilisasi saat terjadi defisit perawatan diri (*self-care defisit*), peran perawat sebagai *nursing agency* membantu memaksimalkan pelaksanaan mobilisasi dengan memberikan sosialisasi alarm ponsel (*supportive educative system*) diharapkan untuk meningkatkan kemampuan atau kemandirian mobilisasi pasien paska operasi laparatomi. Hal ini berkaitan dengan kebutuhan mobilisasi yang dilakukan pada pasien post laparatomi dengan melalui sosialisasi penggunaan alarm ponsel sebagai pengingat akan suatu jadwal, salah satunya adalah jadwal dalam mobilisasi, sehingga kebutuhan mobilisasi akan meningkat dan pasien dapat melakukan mobilisasi secara mandiri.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah tindakan mobilisasi pasien paska laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Pelaksanaan tindakan mobilisasi merupakan kebutuhan dasar pasien paska pembedahan laparatomi, akan tetapi beberapa pasien paska operasi laparatomi mengalami kesulitan melakukan mobilisasi karena berbagai alasan. Salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan mobilisasi sesuai dengan waktu yang diberikan dan ditentukan adalah mensosialisasikan penggunaan alarm ponsel. Alarm merupakan salah satu fitur yang terdapat dalam ponsel (telepon genggam) yang dapat difungsikan sebagai pengingat pemilik akan suatu jadwal atau pun peringatan pada jam tertentu (Leo & Schell, 2008). Dalam melakukan perawatan kepada pasien paska laparatomi alarm dapat digunakan sebagai media komunikasi pengingat akan suatu jadwal, salah satunya adalah jadwal dalam mobilisasi, sehingga alarm ponsel merupakan media yang sangat praktis untuk pasien dalam mengatur jadwal dalam melakukan mobilisasi.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel.
2. Menganalisis tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya setelah di berikan sosialisasi alarm ponsel.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan teori keperawatan Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada individu dalam tindakan pelaksanaan mobilisasi paska operasi laparatomi secara mandiri di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai pengembangan sistem penggunaan alarm ponsel khususnya di ruangan terhadap mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Memberikan sarana pada klien tentang metode penggunaan alarm ponsel terhadap mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Masukan bagi perawat maupun tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan untuk pasien paska pembedahan dalam melakukan mobilisasi khususnya di ruangan Bedah Gladiol RSU Dr. Soetomo Surabaya.



TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparatomi

2.1.1 Definisi laparatomi

Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010), operasi laparatomi adalah suatu tindakan pembedahan perut dengan melalui beberapa tahap sampai membuka bagian pembungkus perut bagian dalam, yang meliputi : *midline incision*, *paramedian incision*, *transverse abdomen incision*, *trans lower abdomen incision*.

Operasi laparatomi adalah suatu tindakan pembedahan perut untuk menampakkan organ organ abdomen untuk memastikan diagnosis pra operasi yang melalui beberapa tahapan meliputi *incisi mediana dan incisi paramediana* (Effendi, 1995).

Berdasarkan pengertian di atas peneliti menyimpulkan bahwa operasi laparatomi merupakan suatu tindakan pembedahan perut untuk membuka lapisan perut melalui beberapa tahapan dengan tujuan untuk menampakkan organ organ abdomen agar diagnosa pra pembedahan dapat ditegakkan.

2.1.2 Indikasi laparatomi

Tindakan operasi laparatomi dapat dilakukan dengan memperhatikan indikasinya. Sabiston (1995), menjelaskan indikasi laparatomi sebagai berikut :

1. Pasien yang mengalami trauma abdomen

Pada keadaan ini biasanya terjadi pada pasien yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor maupun kecelakaan kerja yang mengakibatkan beberapa organ yang berada dalam abdomen mengalami robek atau ruptur.

2. Pasien yang mengalami peradangan atau infeksi pada dinding abdomen sehingga memerlukan suatu treatment yang memerlukan pembedahan.

3. Pasien yang mengalami perdarahan di dalam rongga abdomen sehingga memerlukan tindakan segera dengan cara pembedahan

4. Pasien yang mengalami gangguan fungsional akibat sesuatu hal yang harus dilakukan dengan cara pembedahan, dalam hal ini misalnya adanya tumor, adanya benda asing (jarum, paku, uang logam) yang tidak berhasil dengan pengobatan konservatif.

Menurut Syamsuhidayat (1997), indikasi operasi laparatomi dapat dipertimbangkan pada pasien yang mengalami: peradangan atau infeksi pada appendik (*apendicitis*) baik akut maupun kronis, hernia, adanya tumor pada indung telur (*kista ovarium*), adanya tumor pada leher rahim (*cancer cerviks*), tumor pada saluran tuba fallopi (*cancer tuba fallopii*), tumor pada rahim (*cancer uterus*), tumor pada hati (*cancer hepar*), tumor pada lambung (*cancer gaster*), tumor pada usus besar (*cancer colon*), tumor pada kandung kemih, kehamilan ektopik terganggu, *mioma uteri*, peradangan pada lapisan selaput dinding perut (*peritonitis generalisata*) dan peradangan pada kelenjar pankreas (*pankreatitis*).

2.1.3 Perawatan paska operasi laparatomi

Perawatan paska operasi laparatomi adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani tindakan operasi pembedahan perut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Perawatan paska operasi laparatomi adalah perawatan pasien yang diberikan setelah operasi dimulai dengan memindahkan pasien dari kamar bedah ke unit perawatan paska operasi untuk mengembalikan fungsi fisik seoptimal dan secepat mungkin (Baradero,dkk, 2009).

Dari kedua pengertian diatas bahwa perawatan paska operasi laparatomi adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang telah selesai menjalani pembedahan perut mulai pasien dipindahkan ke ruangan pulih sadar sampai ke ruangan perawatan bangsal untuk mengembalikan fungsi fisik kembali seoptimal mungkin.

2.1.4 Tujuan perawatan paska operasi laparatomi

Perawatan paska operasi laparatomi merupakan awal dari keberhasilan dari suatu tindakan pembedahan, adapun tujuan perawatan paska operasi laparatomi menurut Majid dkk (2011) adalah sebagai berikut :

1. Melakukan perawatan paska operasi laparatomi mulai dari pemberian nutrisi yang adekwat, perawatan luka secara steril dan mobilisasi sedini mungkin akan mencegah terjadinya komplikasi paska operasi.
2. Klien lebih kooperatif dalam melakukan mobilisasi untuk mengembalikan fungsi fisik pasien semaksimal mungkin seperti keadaan sebelum operasi.

3. Untuk mempersiapkan pasien kembali diterima di keluarga sebagai seseorang yang mampu dalam melakukan aktifitas seperti sediakala sebelum sakit.
4. Mengembalikan fungsi fisik , sosial , psikologis untuk menyiapkan pasien pulang .

2.1.5 Proses penyembuhan luka

Penyembuhan luka laparatomi melalui beberapa fase dalam pembentukan jaringan baru , menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari(2010) proses penyembuhan luka adalah sebagai berikut :

1. Fase pertama

Pada fase ini berlangsung sampai hari ketiga post operasi, dimana batang lekosit banyak yang rusak atau rapuh. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

2. Fase kedua

Pada fase ini dimulai dari hari ketiga post operasi sampai hari ke empatbelas post operasi. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel apitel timbul sempurna dalam satu minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

3. Fase ketiga

Pada fase ini berlangsung sekitar dua sampai sepuluh minggu post operasi. Kolagen terus-menerus ditimbun, timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

4. Fase keempat

Fase ini merupakan fase yang terakhir dalam proses penyembuhan luka, dimana terjadi proses penyembuhan yang sempurna dan kulit akan menyusut dan mengkerut

2.1.6 Intervensi untuk meningkatkan penyembuhan

Penyembuhan luka paska operasi memerlukan treatment yang mendukung untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi. Dalam upaya penyembuhan luka post operasi laparatomi menurut Sabiston (1995) adalah :

1. Memberikan nutrisi yang adekwat.

Nutrisi merupakan faktor terpenting dalam proses penyembuhan luka, dimana makanan yang mengandung tinggi protein serta vitamin C sangat dibutuhkan dalam pembentukan kolagen yang dikeluarkan oleh fibroblast sehingga dapat terbentuknya jaringan baru.

2. Menghindari obat-obatan yang memperlambat penyembuhan luka seperti golongan obat yang mengandung steroid.

Steroid menghalangi penyembuhan luka dengan menekan proses peradangan dan mempengaruhi lisis dari kolagen sehingga terbentuknya jaringan baru akan terhambat.

3. Menghindari terjadinya sepsis sistemik.

Mekanisme ini masih belum diketahui secara pasti, tapi berhubungan dengan kebutuhan akan asam amino untuk membentuk molekul kolagen sehingga apabila sepsis dapat dihindari maka akan terbentuknya jaringan baru lebih cepat.

4. Melakukan mobilisasi sedini mungkin.

Mobilisasi paska operasi sangat diperlukan dalam proses penyembuhan luka, hal ini berhubungan dengan kontraksi luka dimana ada pergerakan sentripetal seluruh kulit yang mengakibatkan kontraksi serat kolagen, atau dengan aksi sel kontraktil didalam jaringan granulasi sehingga jaringan baru mudah terbentuk.

2.1.7 Komplikasi

Setiap tindakan pembedahan akan menimbulkan komplikasi apabila perawatan paska operasinya tidak sesuai dengan standar dalam pelayanan perawatan, menurut Oswari (1995), komplikasi yang bisa terjadi pada paska laparatomi adalah sebagai berikut :

1. Demam

Manifestasi klinis yang dialami pasien setelah empat hari paska operasi, hal ini bisa diakibatkan adanya infeksi luka streptokokus yang terdapat pada luka operasi sehingga perlu mengevaluasi secara menyeluruh dengan pemeriksaan fisik dan keadaan klinis pasien.

2. Pneumonia

Merupakan suatu infeksi nosokomial yang mengenai paru yang diakibatkan oleh keadaan seperti kurangnya mobilisasi sehingga pasien hanya berbaring di tempat tidur akibatnya ekspansi pergerakan paru tidak bisa mengembang secara maksimal, dan adanya faktor resiko lainnya seperti usia tua, riwayat perokok, pernah pneumonia sebelumnya, intubasi yang lama.

3. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Pasien bisa kehilangan cairan tubuh karena perdarahan saat operasi dilakukan. Respon normal tubuh terhadap stres karena pembedahan terjadi retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal. Ketika pembedahan terjadi vasokonstriksi renal dan peningkatan kegiatan aldosteron, yang juga mengakibatkan peningkatan retensi natrium dan air. Overhidrasi bisa timbul dengan pemberian cairan infus yang berlebihan terutama pada pasien lansia.

4. Infeksi pada dinding abdomen

Pada pembedahan laparatomi yang luas merupakan faktor pencetus terjadinya infeksi pada dinding abdomen akibat pemasangan drain yang bocor mengenai dinding abdomen, di samping itu faktor pencetus lain seperti adanya perforasi organ seperti usus, hepar, limpa, gaster yang pada saat penjahitan luka tidak sembuh secara sempurna yang mengakibatkan kebocoran.

5. Baradero dkk (2009), mengelompokkan komplikasi lain yang bisa terjadi pada paska laparatomi antara lain, gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis, proses penyembuhan luka yang lama akibat dari kurangnya mobilisasi dan infeksi luka akibat invasi dari kuman, buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi akibat penutupan luka yang tidak sempurna.

2.2 Konsep Mobilisasi

2.2.1 Definisi mobilisasi

Mobilisasi atau bergerak merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dengan menggunakan koordinasi syaraf dan muskuloskeletal (Saryono & Kamaludin, 2008).

Mobilisasi setelah operasi 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 keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Dari kedua pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa mobilisasi paska operasi adalah kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas gerak mulai dari latihan miring kanan miring kiri diatas tempat tidur, duduk, berdiri, turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan di sekitar ruangan.

2.2.1 Manfaat mobilisasi

Dengan mobilisasi akan Mengembalikan fungsi organ secepat mungkin sehingga kebutuhan tubuh akan metabolisme akan lebih baik dan mempercepat penyembuhan luka operasi. Mobilisasi akan mempengaruhi syaraf parasimpatis usus halus sehingga merangsang peristaltik yang berdampak pada percepatan flatus pasien paska operasi, mobilisasi juga mampu memperlancar sirkulasi peredaran darah dan membuat kesempatan pada daerah yang tertekan sehingga menghindari terjadinya dikubitus terutama pada pasien yang tirah baring lama dan tidak mau melakukan mobilisasi (Majid dkk, 2011).

Smeltzer dan Bare (2002), manfaat mobilisasi paska operasi adalah mempengaruhi pergerakan otot-otot dada sehingga kemampuan dalam bernapas akan lebih baik dan kemampuan untuk mengeluarkan sekret yang menumpuk dalam sistem pernapasan akan lebih maksimal untuk mencegah terjadinya pneumonia, mempengaruhi otot polos usus halus yang memungkinkan pergerakan usus kembali normal, sehingga gangguan seperti mual, muntah, kembung, tidak bisa flatus akan segera dapat diatasi.

Manfaat lain dari mobilisasi paska laparatomi menurut Mochtar (1995), sebagai berikut :

1. Pasien merasa lebih sehat dan kuat dengan melakukan gerak sedini mungkin.
2. Fungsi peristaltik usus dan kandung kencing akan lebih berfungsi secara normal.
3. Memungkinkan pasien untuk segera bisa mandiri dalam melakukan perawatan dirinya sehingga pasien bisa merasa cepat pulih sediakala sebelum operasi.
4. Memperlancar sirkulasi peredaran darah di dalam tubuh sehingga terhindar dari trombosis dan tromboemboli pembuluh darah.

Dari beberapa manfaat tersebut diatas, kemampuan pasien untuk kembali ke keadaan semula akan segera tercapai, maka pentingnya mobilisasi setelah operasi akan sangat diharapkan untuk mencapai kondisi yang optimal sehingga pasien bisa mandiri dalam memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri.

2.2.2 Dampak imobilisasi

Mobilisasi sangat penting bagi pasien paska bedah, karena istirahat dalam jangka waktu yang lama setelah menjalani operasi laparatomi akan berdampak buruk bagi sistem yang ada dalam tubuh. Menurut Priharjo (2002), dampak dari imobilisasi adalah sebagai berikut :

1. Pada sistem muskuloskeletal, terjadi atrofi otot, kontraktur, ulkus dikubitus.
2. Pada sistem perkemihan, terjadi retensio urine, inkontinensia urine, stasis urine.
3. Pada sistem gastrointestinal, terjadi anoreksia, diare dan konstipasi.
4. Pada kardiovaskuler, terjadi hipotensi orthostatik.

Mochtar (1995), juga mengklasifikasikan dampak dari imobilisasi, sebagai berikut :

1. Terjadi peningkatan suhu tubuh , akibat dari akumulasi sisa cairan atau darah yang terdapat pada luka operasi yang tidak bisa keluar sehingga menjadi media kuman yang menyebabkan infeksi.
2. Proses penyembuhan luka yang lama akibat dari vaskularisasi pembuluh darah yang tidak baik.

Mengingat begitu besar dampak yang ditimbulkannya apabila tidak melakukan mobilisasi, maka peran perawat dalam memotivasi pasien paska operasi laparatomi dalam melakukan mobilisasi sangat besar sesuai dengan konsep keperawatan yaitu suatu bentuk pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia kepada individu, keluarga dan masyarakat dari keadaan tidak mampu, tidak mau, dan tidak tahu akan menjadi tahu, mau dan mampu dalam memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri (Hidaya 2008).

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Pasien dalam melakukan mobilisasi setelah operasi banyak faktor yang mempengaruhi. Menurut Saryono dkk (2008), mengklasifikasikan faktor yang mempengaruhi mobilisasi adalah sebagai berikut :

1. Gaya hidup dan pola kebiasaan.

Mobilisasi seseorang akan semakin tinggi bila seseorang tersebut mempunyai gaya hidup yang tinggi, frekwensi tinggal di rumah akan semakin minimal ketika relasi semakin banyak, aktifitas semakin sibuk dan pekerjaan semakin meningkat

2. Keutuhan sistem muskuloskeletal.

Sistem muskuloskeletal yang utuh lebih mudah memfasilitasi kebebasan dalam melakukan mobilisasi, sedangkan kecacatan akan membatasi gerak ruang dalam mobilisasi.

3. Kemampuan sistem syaraf.

Sistem syaraf digunakan untuk mengontrol sistem otot dan tulang, semakin kuat sistem syaraf dalam mengontrol pergerakan maka mobilisasi akan berjalan dengan baik, bila terjadi koordinasi yang jelek maka mobilisasi akan terganggu.

4. Ketersediaan energi

Kelangsungan suatu mobilisasi sangat tergantung dengan ketersediaan energi, cadangan energi yang semakin menipis dalam otot akan menyebabkan kelemahan otot hingga tidak mampu melakukan mobilisasi. Energi yang dibutuhkan dalam melakukan mobilisasi berupa ATP yang

dihasilkan dari hidrolisis kreatin fosfat, glikogen, fosforilasi oksidatif, dan molekul ADP.

2.2.4 Tahapan mobilisasi

Widuri (2010), menjelaskan tahap dan cara melakukan mobilisasi, sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tahap dan cara mobilisasi

Tahap	Kegiatan	Uraian	Frekwensi	Waktu
I	Mobilisasi awal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Napas dalam, menghisap udara lewat hidung perlahan lahan sampai perut mengembang keluar di tahan dikeluarkan lewat bibir dengan mengkontraksi otot perut. 2. Pergerakan ekstremitas, lakukan gerakan fleksi dan ekstensi setiap persendian , utamanya lutut ,paha, siku, kemudian dilanjutkan gerakan memutar. 	4 x/ hari	Segera setelah operasi
II	Mobilisasi Berputar (miring kanan dan miring kiri)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur terlentang dengan tangan kanan dan kaki kanan membuat suatu gerakan melewati badannya ke arah kiri. 2. Pasien menggerakkan tangan kanannya ke arah tepi tempat tidur, dimana ia memegangnya, kaki kanannya ditubuhnya ke keadaan tertekuk pindah ke bagian kiri tempat tidurnya. 3. Dengan cara ini pasien, berbaring miring stabil pada sisi kirinya. 	Setiap 2 jam secara bergantian	7 – 8 jam setelah operasi.
III	Mobilisasi duduk tegak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien pindah dari posisi tidur ke posisi duduk, karena ia ingin tidur lebih 	1 – 2 kali sesuai	Setelah 24 jam

		tinggi di tempat tidur.	kondisi	operasi
		2. Pasien menempatkan kakinya dalam keadaan tertekuk lebih dekan pada badan bagian bawahnya, dan kemudian menempatkan tangannya ke samping belakang badannya.	pasien	
		3. Pasien sekarang mempunyai empat tumpuhan, yang memungkinkan mendorong keatas. Dengan cara ini ia dapat mengayunkan badannya ke arah belakang.		
		4. Melakukan gerakan ini pasien sekarang berada lebih tinggi di tempat tidur.		
IV	Mobilisasi turun dari tempat tidur	1. Pasien duduk tegak lurus di tempat tidur dan dari posisi ini ia membuat gerakan yang dapat membuat dirinya turun dari tempat tidur.	1-2 sehari sesuai kondisi pasien	Setelah 24 jam operasi
		2. Pasien menggerakkan kakinya ke samping mengarah keluar tempat tidur, pada gerakan ini ia memanfaatkan kedua tangannya sebagai alat untuk menumpu.		
		3. Dengan suatu gerakan mengayun ia akhirnya dapat keluar dari tempat tidur juga , pada gerakan ini ia memakai kedua tangannya sebagai penopang.		
		4. Oleh karena pasien dapat mendorong badannya dengan kedua tangannya dari tempat tidur, maka ia dapat membawa badannya turun dari tempat tidur.		

		5. Pasien sekarang berdiri disamping tempat tidur, dan tetap masih berpegangan pada tempat tidur, untuk dapat memperoleh rasa aman.			
V	Mobilisasi berjalan dengan bantuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan dengan memegang tangan pasien tanpa tongkat 2. Berjalan dengan memegang tangan pasien dibantu tongkat pada tangan lainnya 3. Pasien berjalan dengan bantuan rangkai 	2-3 kali sehari	Setelah berdiri stabil	
VI	Mobilisasi naik ke tempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berdiri dapat posisi keluar dari tempat tidur, ia memegang pinggir kasur dengan tangannya dan menyentuh dengan bagian belakang kaki bagian atas pinggiran tempat tidur. 2. Dari posisi keluar tempat tidur ia mendorong badannya ke atas melalui bantuan tangan dan kakinya . 3. Pasien sekarang duduk lurus di tempat tidur. 4. Pasien membiarkan dirinya jatuh miring ke belakang dan posisi tegak lurus tadi. 5. Kakinya menjadi suatu beban tanding (dari badan bagian atasnya) 6. Karena jatuh miring ke belakang suatu tindakan yang lurus, maka kaki yang juga digerakkan pada saat yang bersamaan. 	2-3 kali sehari	Setelah berjalan dan pasien akan tidur	
VII	Mobilisasi bangkit dari	1. Pasien membungkuk ke depan, dimana ia bertumpuh dengan cara	1-2 kali sehari	Setelah duduk dan	

duduk di tempat tidur	menempatkan tangannya pada pinggir pinggir tempat duduk kursi, dengan cara demikian ia berada suatu posisi yang seimbang.	pasien akan tidur atau berjalan
	2. Pasien keluar dari posisi seimbang tadi dan menekan badannya ke atas dengan kedua tangan dan kakinya.	
	3. Hasil dari kedua gerakan sebelumnya adalah bahwa pasien sekarang dapat berdiri	

2.3 Konsep Alarm

2.3.1 Definisi Alarm

Alarm secara umum dapat didefinisikan sebagai bunyi peringatan atau pemberitahuan. Dalam istilah jaringan, alarm dapat juga didefinisikan sebagai pesan berisi pemberitahuan ketika terjadi penurunan atau kegagalan dalam penyampaian sinyal komunikasi data ataupun ada peralatan yang mengalami kerusakan (penurunan kinerja). Pesan ini digunakan untuk memperingatkan operator atau administrator mengenai adanya masalah (bahaya) pada jaringan. Alarm memberikan tanda bahaya berupa sinyal, bunyi, ataupun sinar (Leod & Schell, 2008).

2.3.2 Fungsi dan jenis alarm

Fungsi alarm menurut Leod & Schell (2008), adalah memberitahukan apabila terjadi bahaya dan kerusakan atau pun kejadian yang tidak diharapkan

pada jaringan melalui sinyal sehingga memberikan peringatan secara jelas agar dapat diantisipasi.

Jenis jenis alarm menurut Leod & Schell (2008), adalah sebagai berikut :

1. Alarm rumah

Jenis alarm ini biasanya ditempel di area rumah untuk menjamin dan melindungi properti yang ada di dalam rumah dari bahaya pencurian. Sistem alarm rumah dapat memonitor keamanan rumah dan memberikan laporan kepada pemilik jika terjadi tindakan yang mengancam keamanan rumah sehingga hal-hal yang tidak diinginkan dapat diminimalisir.

2. Alarm komputer

Program alarm jam umumnya sudah terdapat pada komputer pribadi. Komputer dapat berfungsi sebagai alarm secara digital untuk memberi peringatan akan sesuatu dengan berbagai macam bentuk dan bunyi yang dapat disesuaikan.

3. Alarm online

Program alarm dalam jaringan atau online yang bisa diunduh melalui jaringan internet. Dapat dipasang pada komputer pribadi yang terhubung pada jaringan internet.

4. Alarm telepon genggam

Telepon genggam modern memiliki fitur alarm yang dapat dimatikan secara manual. Bunyi alarm dapat disesuaikan dengan keinginan pemilik telepon genggam. Kegunaan alarm pada telepon genggam adalah untuk mengingatkan pemilik akan suatu jadwal ataupun memperingatkan pada jam-jam tertentu seperti alarm jam untuk membangunkan tidur.

5. Alarm jam

Alarm ini disebut juga *alarm clock* yaitu sebuah jam yang didesain untuk mengeluarkan suara nyaring pada jam-jam tertentu. Gunanya untuk membangunkan orang dari tidurnya di pagi hari. Alarm jam dapat juga digunakan untuk membangunkan orang dari tidur siang dan juga sebagai tanda pengingat sebuah jadwal. Untuk menghentikan bunyi alarm, orang harus menekan tombol di badan jam dan alarm akan mati beberapa waktu setelahnya.

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Definisi perilaku

Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan pengertian lain menyebutkan perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia, sedang dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia (Purwanto, 2002). Perilaku yang muncul dari individu dapat dikatakan merupakan usaha individu untuk memenuhi kebutuhannya dan usaha tersebut dapat diamati.

2.4.2 Jenis respon

Skinner (1938) seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon). Menurut Notoadmodjo (2003) untuk respon dibedakan menjadi dua :

1. *Respondent response* atau *reflexive respons*, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Respon yang ditimbulkan relatif tetap.
2. *Operant response* atau *instrument reflexive*, adalah respon yang timbul dan berkembang oleh perangsang tertentu. Perangsang ini bersifat memperkuat respon yang telah dilakukan.

2.4.3 Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap perangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Menurut Notoatmodjo (2003) respon ini berbentuk dua macam yaitu :

1. Bentuk pasif adalah respon internal yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Dalam hal ini perilaku masih terselubung atau *covert behavior*.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata atau *overt behavior*.

2.4.4 Cakupan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku kesehatan mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit. Perilaku ini sesuai dengan

tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yaitu :

- 1) Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, mobilisasi setelah operasi dan sebagainya.
 - 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegahan kecacatan misalnya : melakukan mobilisasi sesuai yang dianjurkan, perawatan luka secara steril biar tidak terjadi infeksi luka operasi dan sebagainya.
 - 3) Perilaku sehubungan dengan pencarian bantuan pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan alternatif, misalnya : usaha- usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantri, dokter praktek dan sebagainya), maupun ke fasilitas kesehatan tradisional (dukun, sinshe, dan sebagainya).
 - 4) Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. Misalnya melakukan diet yang harus dijalani, mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka pemulihannya.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern ataupun tradisional.
 3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi

kehidupan.

4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

2.4.5 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut teori Lawrence Green (1980) yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu :

1. Faktor Predisposisi

Termasuk di dalamnya adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai.

- 1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pada umumnya klien setelah operasi menganggap bahwa bergerak atau mobilisasi setelah operasi tidak boleh dilakukan dengan berbagai alasan padahal mobilisasi itu penting dilakukan 8 jam setelah operasi dilakukan.

- 2) Sikap

Mempengaruhi perilaku karena sikap merupakan kesiapan berespon atau bertindak. Bila klien bersikap kurang baik dalam melakukan mobilisasi, maka hal tersebut dapat berpengaruh terhadap perilaku yang muncul, maka untuk itu perlu perhatian oleh perawat dalam pelaksanaan

mobilisasi.

3) Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang lain, suami, istri, keluarga, teman. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Masyarakat yang mempercayai suatu keyakinan tertentu, maka dalam menghadapi suatu perilaku kesehatan akan berpengaruh terhadap status kesehatannya.

4) Keyakinan

Suatu hal yang dianggap benar dan dianut sebagai aturan yang dilakukan oleh masyarakat.

2. Faktor pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pendukung disini adalah ketersediaan sumber-sumber dan fasilitas yang memadai. Sumber-sumber dan fasilitas tersebut sebagian harus digali dan dikembangkan dari masyarakat itu sendiri.

3. Faktor penguat

Perilaku erat hubungannya dengan kesehatan. Tingkat kesehatan, keselamatan, serta kehidupan seseorang banyak ditentukan oleh faktor perilaku. Perilaku mempunyai andil nomer dua setelah lingkungan terhadap status kesehatan. Perilaku mobilisasi paska operasi adalah salah satu bagian penting yang harus di perhatikan, karena mobilisasi bagian dari perawatan paska operasi pasien laparatomi. Semakin baik tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula perilaku pencegahan individu terhadap penyakit.

2.5 Konsep Tindakan

2.5.1 Definisi tindakan

Tindakan adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Taufik (2007), tindakan merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

Dari kedua pengertian diatas tindakan merupakan aktifitas manusia sebagai respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

2.5.2 Domain tindakan

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang *overt behaviour* (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan mencakup ingatan akan hal hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan, yang meliputi fakta, kaidah, prinsip, dan metode yang diketahui. Pengetahuan disimpan dalam ingatan, digali pada saat dibutuhkan

melalui bentuk ingatan mengingat (*recall*) atau mengenal kembali (*recognition*) (Winkel, 1996).

2. Sikap

Merupakan bentuk evaluasi atau perasaan seseorang terhadap sesuatu obyek yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang disadari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyalur frustrasi atau bentuk pengalihan mekanisme ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu setelah frustrasi hilang tetapi dapat pula lebih persisten dan bertahan lama (Azwar, 2003).

Sikap menunjukkan status mental individu yang selalu diarahkan kepada suatu hal atau obyek tertentu yang sifatnya masih tertutup, oleh karena itu manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung tetapi hanya dapat di tafsirkan dari perilaku yang tertutup, dimana sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan pelaksana motif tertentu dengan kata lain sikap belum merupakan tindakan atau aktifitas, tetapi merupakan suatu kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu sebagai bentuk penghatan terhadap obyek tersebut (Taufik, 2007).

3. Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian / pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau

disikapinya (dinilai baik). Hal ini disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan tindakan kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

2.5.3 Proses Adopsi Tindakan

Menurut Notoatmodjo (2003), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa tindakan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Roger (1974), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi tindakan baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. Kesadaran (*awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Menimbang nimbang (*Evaluation*), baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Mencoba (*Trial*), orang mulai mencoba tindakan baru.
5. Mengadopsi (*Adoption*), subyek telah bertindak baru sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.6 Konsep Dasar Perawatan Diri (*Self – care*)

Teori keperawatan perawatan diri (*self-care*) dikemukakan oleh Dorothea Orem pertama kali dipublikasikan pada tahun 1971 meliputi : perawatan diri (*self-care*), defisit perawatan diri (*self-care defisit*), dan sistem keperawatan (*nursing-sistem*).

2.6.1 Perawatan Diri (*Self – Care*)

Teori perawatan diri didasari atas empat konsep yaitu perawatan diri, tindakan perawatan diri, keharusan perawatan diri dan tuntutan perawatan diri yang terapeutik (Kozier, 2010). Tindakan perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan aktivitas perawatan diri yang terdiri dari dua agen yaitu agen perawatn diri dan agen yang memberikan layanan perawatan diri. Terdiri dari tiga kategori perawatan diri yaitu :

1. keharusan universal bersifat umum bagi semua orang yang meliputi mempertahankan asupan dan pembuangan udara, air dan makanan; menyeimbangkan waktu istirahat, menyendiri dan interaksi sosial; mencegah bahaya yang mengancam jiwa dan kesejahteraan; dan meningkatkan fungsi hidup normal.
2. keharusan perkembangan sebagai hasil dari pendewasaan atau dikaitkan dengan kondisi atau kejadian, penyesuaian terhadap perubahan citra tubuh atau kehilangan pasangan.
3. keharusan akibat penyimpangan kesehatan sebagai hasil dari penyakit, cedera, atau penyakit atau penanganannya. Kebutuhan ini meliputi tindakan seperti mencari bantuan layanan kesehatan, melakukan terapi yang dianjurkan, dan belajar hidup dengan dampak penyakit atau penatalaksanaannya. Tuntutan perawatan diri terapeutik merujuk pada semua aktifitas perawatan diri yang ada atau dengan kata lain tindakan untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan.

2.6.2 Defisit Perawatan Diri (*self care deficit*)

Teori defisit perawatan diri menyatakan bahwa prang mendapat manfaat dari keperawatan karena mereka memiliki keterbatasan yang terkait dengan kesehatan dalam hal melakukan pemberian perawatan diri. Keterbatasan ini dapat disebabkan oleh kondisi sakit, cedera, atau akibat efek pemeriksaan atau terapi medis (Blais dkk, 2007).

Defisit perawatan diri terjadi pada saat agensi perawatan diri tidak adekwat memenuhi tuntutan perawatan diri yang ada. Teori defisit perawatan diri orem menjelaskan tidak hanya pada saat keperawatan diperlukan, tetapi juga bagaimana orang dapat dibantu melalui lima metode pemberian bantuan : bertindak atau melaksanakan, memandu, mengajarkan, mendukung, dan menciptakan lingkungan yang meningkatkan kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan saat ini dan di masa yang akan datang (Christensen & Kenney, 2009).

2.6.3 Sistem Keperawatan (*Nursing Agency System*)

Merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri kebutuhan pasien dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri (Hidayat, 2007).

Dalam pandangan teori sistem ini, Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan meliputi :

1. Sistem bantuan secara penuh (*wholly compensatory system*)

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara

penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan pasien secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulasi serta adanya manipulasi gerakan.

2. Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*)

Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal seperti pada pasien post op *abdoment* dimana pasien ini memiliki kemampuan seperti cuci tangan, gosok gigi, cuci muka akan tetapi butuh pertolongan perawat dalam ambulasi dan melakukan perawatan luka.

3. Sistem *suportif* dan *edukatif*

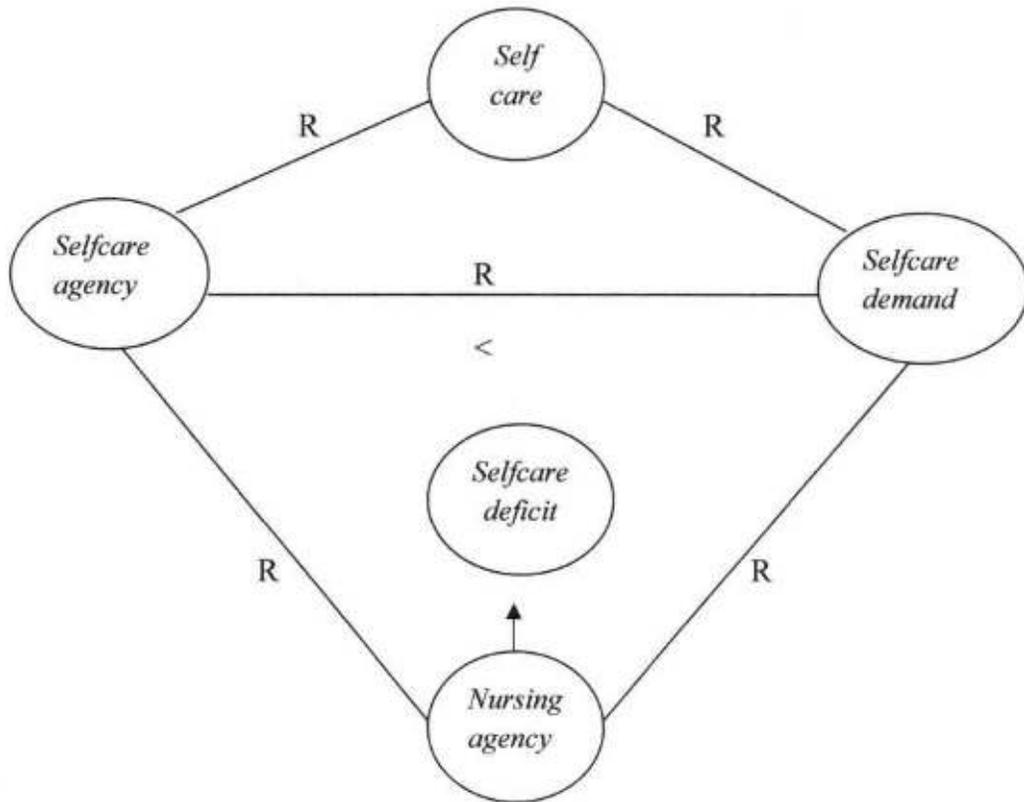
Merupakan sistem bantuan yang diberikan kepada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri, agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pada pasien yang memerlukan informasi dalam melakukan mobilisasi post operasi.

Dalam pandangan tentang teori dan konsep keperawatan, Orem mempunyai pandangan bahwa teori dan konsep dilakukan untuk merefleksikan antara individu dengan lingkungan, menggambarkan apa yang mereka lakukan, menggunakan kreasi dalam berfikir dan berkomunikasi, serta dalam melakukan perbuatan seharusnya sesuai dengan diri dan lingkungan. Keperawatan memiliki perhatian tertentu pada kebutuhan manusia terhadap tindakan perawatan dirinya sendiri dan kondisi serta melaksanakannya secara terus menerus dalam upaya mempertahankan kehidupan dan kesehatan, penyembuhan dari penyakit, dan mengatasi bahaya yang ditimbulkannya.

Pelayanan keperawatan berupaya mengatur dan mempertahankan kebutuhan perawatan diri secara terus menerus bagi mereka yang secara total tidak mampu melakukannya. Dalam hal ini perawat membantu klien untuk mempertahankan kebutuhan perawatan diri dengan memberikan sosialisasi sebagai bentuk pelayanan keperawatan akan kebutuhan mobilisasi dengan memberikan intruksi dan pengarahan secara individu sehingga secara bertahap klien mampu melakukannya sendiri (Potter and Perry, 2005).

2.6.4 Self- Care Agency

Self-care agency adalah kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seseorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self-care*. Orem mengidentifikasi sepuluh faktor dasar yang mempengaruhi *self-care agency* yaitu: usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga dan lingkungan eksternal (Nursalam, 2013). Perawat harus bisa mengidentifikasi *self care therapeutic demand* dan perkembangan serta tingkat *self-care agency* dari seorang individu karena *self-care therapeutic demand* dan *self-care agency* berubah secara dinamis. Ketidakseimbangan antara *self-care therapeutik demand* dan *self-care agency* berdampak pada *self-care defisit*, disinilah akan muncul suatu *nursing agency* (Blais dkk, 2007)



Gambar 2.2 Konsep *self-care* (Aligood & Tomey, 2006)

Perawatan diri pasien perlu ditingkatkan melalui suatu pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan keterampilan, hal ini berhubungan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan mobilisasinya. Kebutuhan mobilisasi memerlukan kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencari pengetahuan yang mempengaruhi tindakan yang diambil.

2.7 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang pengaruh sosialisasi penggunaan alarm ponsel terhadap perilaku mobilisasi paska operasi laparatomi, sebagaimana tercantum dalam tabel berikut :

Tabel 2.2 Keaslian penelitian

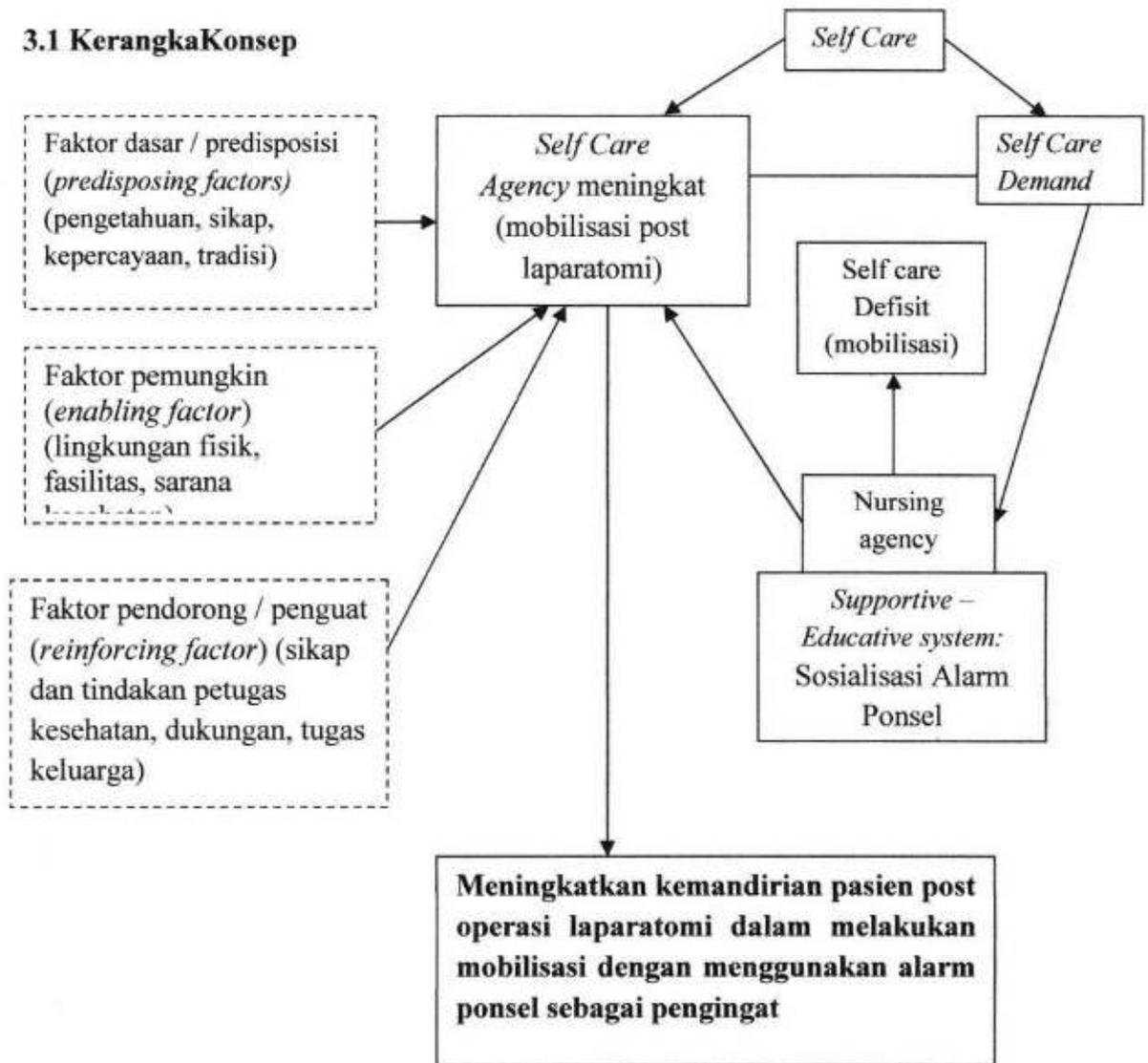
No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Efektifitas mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi appendicitis. (Riski R, 2010).	- Mobilisasi dini - Penyembuhan luka	Quasy eksperimen	Mobilisasi dini berpengaruh pada penyembuhan luka post operasi
2.	Pengaruh mobilisasi dini pada pasien stroke infark terhadap peningkatan pemulihan fungsional (Novayelinda, 2012).	- Mobilisasi dini - Pemulihan fungsional	Quasy eksperimen	Keduanya mempunyai pengaruh yang signifikan dalam peningkatan kemampuan fungsional
3.	Pengaruh mobilisasi dini terhadap terjadinya peristaltik usus pasien post operasi (Baktiar, 2011).	- Mobilisasi dini - Peristaltik usus	Kuantitatif Pra Eksperimental	Terdapat pengaruh mobilisasi dini dengan peristaltik usus
4.	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggaman Jari terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada pasien Post op Laparatomi (Bambang, 2012)	- Teknik relaksasi genggaman jari - Intensitas nyeri	Quasy eksperimen	Teknik relaksasi genggaman jari berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri post op laparatomi.

Sementara itu penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah tentang perilaku (Aspek tindakan) mobilisasi paska operasi laparatomi setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel. Variabel penelitian adalah sosialis alarm ponsel, perilaku mobilisasi paska operasi laparatomi. Jenis penelitian yang akan dilakukan yaitu *Pre-Eksperimental*

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

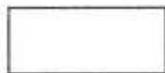
3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:



Tidak diteliti



Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konsep tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di IRNA Bedah Gladiol RSUD. Dr Soetomo Surabaya teori berdasarkan *self-care* Orem

Berdasarkan teori keperawatan *Self Care* yang dikemukakan oleh Dorothea Orem, manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri yang disebut *Self Care Agency*. *Self Care Agency* dapat berubah setiap waktu yang dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi. Yang kedua yaitu faktor pemungkin (*Enabling factor*) yang terdiri atas lingkungan fisik, fasilitas, sarana kesehatan. Yang ketiga adalah faktor pendukung (*Reinforcing factor*) yang berupa sikap dan tindakan petugas kesehatan, dukungan, dan tugas keluarga. Ketika terjadi defisit perawatan diri, peran perawat sebagai *Nursing Agency* membantu untuk memaksimalkan kemampuan pelaksanaan perawatan diri pasien post laparatomi dalam melakukan mobilisasi sesuai dengan tahapan mobilisasinya melalui tindakan keperawatan berupa bantuan *Supportif-Educative System* dengan memberikan sosialisasi alarm ponsel untuk meningkatkan kemampuan atau kemandirian dalam melakukan mobilisasi (*Self-Care Agency*) terhadap kebutuhan perawatan pasien (*Self-Care Demand*) yaitu kebutuhan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Pre-Eksperimental*. Desain *Pre-Eksperimental* ada tiga jenis yaitu 1) *one-shot case study*, 2) *one-group pre-post tes design*, dan 3) *static group design*. Dalam penelitian ini desain yang digunakan adalah *One shot case study*, yaitu penelitian yang dilakukan dengan melakukan intervensi atau tindakan pada satu kelompok kemudian diobservasi pada variabel dependen setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2013).

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	- Waktu 1	I Waktu 2	O Waktu 3

Gambar 4.1 Desain Penelitian

Keterangan:

K : Pasien post laparatomi

I : Intervensi sosialisasi penggunaan alarm ponsel

O : Pengukuran dengan observasi gerakan pasien post laparatomi dalam melakukan mobilisasi setelah diberikan sosialisasi penggunaan alarm ponsel

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dari penelitian ini adalah populasi terjangkau yaitu pasien paska operasi laparatomi di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama satu bulan sebanyak 20 orang.

4.2.2 Sampel

Besar sampel pada penelitian ini adalah semua pasien paska operasi laparatomi yang dirawat di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama waktu penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 14 pasien yang memenuhi kriteria inklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini kriteria inklusinya sebagai berikut:

- 1) Pasien paska operasi laparatomi non trauma setelah 8 sampai 72 jam post operasi.
- 2) Pasien mempunyai ponsel dan dapat mengoperasikannya.
- 3) Pasien mempunyai usia antara 19 sampai dengan 55 tahun.
- 4) Pasien paska laparatomi yang sudah mendapatkan pengobatan analgesik.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini kriteria eksklusinya adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien paska laparatomi dengan riwayat keganasan.
- 2) Pasien paska laparatomi yang mempunyai gangguan mental dan gangguan kesadaran .
- 3) Pasien yang mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini menggunakan *Non Randomized Sampling* dengan tipe "*Purposive Sampling*" artinya semua populasi target yang memenuhi kriteria inklusi diambil sampel penelitian.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan menciptakan stimulus yang dimanipulasi oleh penelitian menciptakan suatu dampak variabel dependen (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah sosialisasi penggunaan alarm ponsel.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel tergantung) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain, faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi.

4.1 Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi operasional penelitian pengaruh sosialisasi penggunaan alarm ponsel terhadap perilaku mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di Irna Bedah Gladiol RSUD. Dr Soetomo Surabaya.

Variabel	Definisi	Parameter	Instrumen	Skala data	Skor
X1: Sosialisasi alarm ponsel	Pemberian informasi tentang alarm ponsel	1) Maksud dan tujuan alarm ponsel 2) Waktu alarm ponsel 3) Manfaat alarm ponsel 4) Evaluasi penggunaan alarm ponsel	SAP		
Y: Perilaku mobilisasi pasien paska operasi laparatomi	Serangkaian bentuk tingkah laku pasien dalam melaksanakan kegiatan mobilisasi 8 sampai 72 jam setelah operasi sesuai dengan prosedur yang diberikan dan diajarkan perawat.	Komponen psikomotor a. Miring kanan – miring kiri secara bergantian b. Duduk bersandar di tempat tidur c. Duduk tegak di atas tempat tidur	Observasi	Ordinal	Dilaksanakan = 1 Tidak Dilaksanakan = 0 Kriteria : - Kurang : ≤ 55%, kode 1 - Cukup : 56-75%, kode 2. - Baik : 76-100%, kode

d. Turun dari tempat tidur	3. (Nursalam, 2008)
e. Berdiri disamping tempat tidur	
f. Berjalan di sekitar tempat tidur	

4.5 Pengumpulan dan Pengolahan data

4.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan SAP untuk variabel independen. Untuk variabel dependen instrumen yang digunakan adalah observasi tentang tindakan pasien poska operasi laparatomi dalam melakukan mobilisasi.

4.5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan pertimbangan banyaknya pasien laparatomi dan belum pernah dilakukan penelitian seperti ini sebelumnya.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama satu bulan mulai tanggal 12 Desember 2013 sampai dengan tanggal 12 Januari 2014.

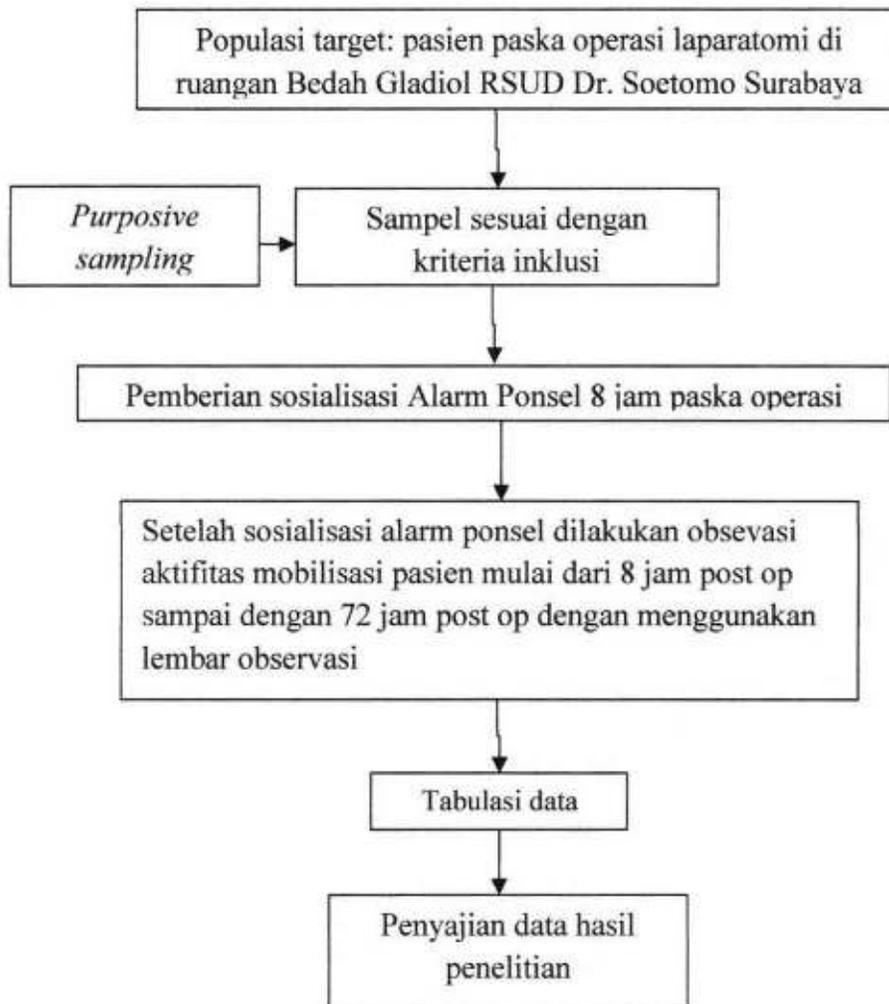
4.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

1. Setelah peneliti mendapat ijin dari Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pengumpulan data yang dilakukan dengan menggunakan lembar observasi, kemudian peneliti mendatangi pasien (responden) untuk menjelaskan tujuan penelitian, proses selama penelitian, pasien boleh *droup out* dan meminta kesediaan untuk menjadi responden dengan menyerahkan lembar *informed consent*.
2. Kemudian dilaksanakan intervensi sosialisasi penggunaan alarm ponsel kepada responden setelah 8 jam paska operasi laparatomi dengan memberikan penjelasan satu per satu tentang sosialisasi penggunaan alarm ponsel kepada responden yang diteliti.
3. Setelah sosialisasi diberikan, pada saat itu juga pasien mulai dilakukan observasi sesuai dengan lembar observasi yang sudah tersedia dimulai dari 8 jam post operasi aktifitas miring kanan – miring kiri tiap 2 jam secara bergantian, 24 jam post operasi aktifitas duduk bersandar di tempat tidur , 36 jam post operasi duduk bersandar beralih ke duduk, 48 jam post operasi aktifitas duduk tegak, 60 jam post operasi aktifitas duduk tegak beralih ke turun dari tempat tidur, 72 jam post operasi aktifitas turun dari tempat tidur beralih ke berdiri, > 72 jam post operasi aktifitas berjalan di sekitar tempat tidur.
4. Observasi dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh perawat yang sudah diajari cara melakukan observasi dan berdinasi pada waktu itu.

5. Dari hasil observasi ditabulasi untuk diketahui tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi setelelah diberikan sosialisasi penggunaan alarm ponsel.

4.6 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan salah satu tahap dalam penelitian. Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2013). Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian disajikan pada bagan berikut :



Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di IRNA Bedah Gladiol RSUD. Dr Soetomo Surabaya.

4.7 Analisa Data

Aspek tindakan dinilai dengan menggunakan rumus (Nursalam, 2008). Peneliti melakukan penilaian yang menggunakan lembar observasi dengan memberikan nilai pada masing-masing pernyataan dengan skor:

Dilaksanakan = 1

Tidak Dilaksanakan = 0

$$P = F/N \times 100\%$$

Dimana : P : Persentase

F : Jumlah tindakan yang dilaksanakan

N : Jumlah tindakan

Setelah persentase diketahui hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria kualitatif :

Baik = 76 – 100%

Cukup = 56 – 75%

Kurang = \leq 56%

Hasil dari kriteria kualitatif di atas kemudian ditabulasi silangkan dengan data responden yaitu umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

4.8 Etika Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Unair Surabaya dan permintaan ijin ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah mendapat persetujuan barulah melaksanakan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar ini diberikan kepada responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang terjadi sebelum dan sesudah. Dan lembar persetujuan diisi secara sukarela oleh responden.

2. *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, cukup memberi kode angka.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.9 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian, pada penelitian ini keterbatasan yang dihadapi adalah :

1. Besar sampel yang digunakan relatif kecil (14 orang) sehingga hasil penelitian kurang bisa digeneralisasikan.
- 2 Jadwal alarm ponsel yang diprogramkan ada yang bertepatan pada jam istirahat (tidur), sehingga pasien lebih memilih tidur daripada melakukan mobilisasi.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 12 Desember 2013 sampai dengan tanggal 12 Januari 2014.

Pada bagian ini akan di uraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, karakteristik responden dan variabel yang diukur.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Ruang Bedah Gladiol merupakan ruang perawatan bedah akut non trauma yang mempunyai kapasitas tempat tidur 54 tempat tidur dengan berbagai kasus meliputi : *Neuro Surgery, Digestif, Head and Neck, Plastik, Ortopedi, Urologi, Onchologi, Torak kardiovaskuler, general dan combusti*.

Bedah *digestif* atau bedah perut merupakan salah satu kasus di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang diakibatkan oleh berbagai penyebab, baik oleh karena infeksi maupun adanya tumor di organ abdomen. Pada saat penelitian jumlah pasien post laparatomi sebanyak 20 orang selama satu bulan mulai tanggal 12 Desember 2013 sampai dengan tanggal 12 Januari 2014.

5.1.2 Data umum responden

Penelitian ini dilakukan selama satu bulan dari tanggal 12 Desember 2013 sampai dengan tanggal 12 Januari 2014, kemudian dari 20 populasi didapatkan 14 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini. Pada data umum responden berisi tentang data demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan yang disajikan dalam bentuk tabel berikut di bawah ini :

1. Karakteristik responden berdasarkan usia.

Tabel 5.1 Distribusi pasien paska laparatomi menurut umur di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

Umur	Jumlah	Prosentase
19-35	5	36 %
36-55	9	64 %
Total	14	100 %

Berdasarkan tabel 5.1 kategori umur menurut DEPKES (2009) dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa dari 14 responden yang diteliti sebagian besar responden dalam kelompok usia 36 – 55 tahun sebanyak 9 orang (64 %).

2. Karakteristik responden menurut jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi pasien paska laparatomi menurut jenis kelamin di ruang bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

JenisKelamin	Jumlah	Prosentase
Laki-laki	10	71 %
Perempuan	4	29 %
Total	14	100 %

Berdasarkan dari tabel 5.2 dapat diuraikan bahwa dari 14 responden yang diteliti sebagian besar berjenis kelamin laki laki sebanyak 10 orang (71 %),

3. Karakteristik responden menurut pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi pasien paska laparatomi menurut pendidikan di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

Pendidikan	Jumlah	prosentase
SD	5	36 %
SMP	4	28 %
SMA	5	36 %
Total	14	100 %

Berdasarkan dari tabel diatas dapat dijelaskan bahwa dari 14 responden yang diteliti, berpendidikan SD sebanyak 5 orang (36 %), SMP sebanyak 4 orang (28 %) dan pendidikan SMA sebanyak 5 orang (36 %).

5.1.3 Data khusus responden

1. Karakteristik tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan usia.

Tabel 5.4 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan usia di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

Umur	Tindakan Mobilisasi							
	Baik		Cukup		Kurang		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
19-35 tahun	3	60	2	40	0	0	5	100
36-55 tahun	3	33	6	67	0	0	9	100

Berdasarkan dari tabel 5.4 dapat dijelaskan dari 14 responden yang diteliti dari kelompok usia 19 – 35 tahun yang melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel sebanyak 3 orang (60 %). Sedangkan pada kelompok usia 36 – 55 tahun yang melakukan mobilisasi dengan cukup baik sebanyak 6 orang (67 %).

2. Karakteristik tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 5.5 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan jenis kelamin di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

Jenis Kelamin	Tindakan Mobilisasi							
	Baik		Cukup		Kurang		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Laki-laki	3	30	7	70	0	0	10	100
Perempuan	3	75	1	25	0	0	4	100

Berdasarkan dari tabel 5.5 dapat dijelaskan bahwa dari 14 responden yang diteliti, responden yang melakukan mobilisasi dengan cukup baik sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan sebanyak 7 orang (70 %) pada jenis kelamin laki laki. Sedangkan pada jenis kelamin perempuan yang dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai jadwal alarm ponsel yang sudah di program sebanyak 3 orang (75 %).

3.Karakteristik tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan pendidikan.

Tabel 5.6 Tabulasi silang tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel berdasarkan pendidikan di ruang Bedah Gladiol RSUD Dr.Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014

Pendidikan	Tindakan Mobilisasi						Jumlah	
	Baik		Cukup		Kurang		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
SD	2	40	3	60	0	0	5	100
SMP	2	50	2	50	0	0	4	100
SMA	2	40	3	60	0	0	5	100

Berdasarkan 5.6 diketahui bahwa dari 14 responden , pada responden berpendidikan SD yang dapat melakukan mobilisasi dengan cukup baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan sebanyak 3 orang (60 %). pada pendidikan SMP yang dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang di programkan sebanyak 2 orang (50 %). Sedangkan pada pendidikan SMA yang dapat melakukan mobilisasi dengan cukup baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang di programkan sebanyak 3 orang (60 %).

4. Karakteristik gambaran tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di ruang bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Tabel 5.7 Distribusi tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi paska sosialisasi alarm ponsel di ruang bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014.

tindakan mobilisasi	Jumlah	Prosentase (%)
Baik	6	42,8
Cukup baik	8	57,2
Kurang baik	0	0
Total	14	100

Tabel 5.7 dapat memperlihatkan dari 14 responden yang diteliti, pasien yang dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan sebanyak 6 orang (42,8 %), pasien yang dapat melakukan mobilisasi dengan cukup baik sebanyak 8 orang (57,2 %), sedangkan yang kurang melakukan mobilisasi (0 %).

Tabel 5.8 Distribusi gambaran tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Desember 2013 s.d Januari 2014.

Post Op	Mobilisasi sesuai alarm berbunyi	Prosentase (%)
8 jam	14	100
10 jam	14	100
12 jam	14	100
14 jam	14	100
16 jam	13	93
18 jam	10	71
20 jam	12	86
22 jam	14	100
24 jam	12	86
36 jam	8	57
48 jam	9	64
60 jam	3	21
72 jam	4	28
≥72 jam	0	0

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dijelaskan bahwa pasien melakukan mobilisasi sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan pada 8 jam sampai 14 jam post operasi (aktifitas miring kanan-miring kiri) sebanyak 100 %, 16 jam post operasi (aktifitas miring kanan-miring kiri) yang melakukan mobilisasi sebanyak 93 %, 18 jam post operasi (aktifitas miring kanan-miring kiri) yang melakukan mobilisasi sebanyak 71 %, 20 jam post operasi (aktifitas miring kanan-miring kiri) yang melakukan mobilisasi sebanyak 86 %, 22 jam post operasi yang melakukan

mobilisasi sebanyak 100 %, 24 jam post operasi aktifitas miring kanan-miring kiri yang melakukan mobilisasi sebanyak 86 %, 36 jam post operasi (aktifitas duduk bersandar tempat tidur) yang melakukan mobilisasi sebanyak 57 %, 48 jam post operasi (aktifitas duduk bersandar beralih ke duduk tegak) yang melakukan mobilisasi sebanyak 64 %, 60 jam post operasi (aktifitas duduk tegak) yang melakukan mobilisasi sebanyak 21 %, 72 jam post operasi (aktifitas duduk beralih ke turun dari tempat tidur) yang melakukan mobilisasi sebanyak 28 %, sedangkan pasien lebih dari 72 jam post operasi (aktifitas berjalan di sekitar tempat tidur) pasien tidak melakukan mobilisasi sesuai dengan jadwal alarm yang diprogramkan (0 %).

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, dari keseluruhan aktifitas mobilisasi yang dilakukan oleh pasien menunjukkan bahwa pada saat aktifitas miring kanan miring kiri (8 jam sampai dengan 14 jam setelah operasi) pasien dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan yaitu 86 % sampai dengan 100 %. Pada tahap ini saat observasi dilakukan pasien mampu melakukan mobilisasi karena pasien masih berbaring di tempat tidur dan nyeri bisa ditoleransi. Menurut Brunner & Suddarth (2002) pasien pada 8 jam setelah operasi dapat melakukan aktifitas ringan (miring kanan miring kiri) di tempat tidur. Dalam teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa individu berfungsi dan mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan dengan merawat diri mereka sendiri dalam memenuhi kebutuhannya (Christensen &

Kenney, 2009). Hal ini dari hasil penelitian yang didapat, pada tahap ini 14 responden berusaha untuk memenuhi kebutuhan akan mobilisasinya, sehingga pasien dapat melakukan mobilisasi sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan. Saat melakukan aktifitas miring kanan miring kiri ditempat tidur pasien tidak merasakan nyeri, aktifitas tersebut dianggap sebagai aktifitas ringan yang harus dilakukan sehingga pasien dapat melakukan dengan mudah.

Pada saat aktifitas latihan duduk bersandar di tempat tidur (24 jam setelah operasi) pasien dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan yaitu 86 %. Pada tahapan mobilisasi, Widuri (2010) menjelaskan pada tahap ini (24 jam sampai dengan 36 jam setelah operasi) pasien paska operasi harus bisa duduk bersandar di tempat tidur sampai duduk tegak di tempat tidur. pada tahap ini saat observasi dilakukan dari 14 responden, dua responden mengatakan nyeri mulai dirasakan akibat berubah posisi dan merasa takut walaupun sudah diberikan motivasi dan obat analgesik. Menurut sistem keperawatan Orem (*suportif-edukatif*) yaitu membantu klien yang mampu atau belajar melakukan perawatan diri yang membutuhkan bantuan dengan memberikan bimbingan, dukungan, dan pengajaran (Hidayat, 2008). Pada tahap ini klien membutuhkan bantuan dalam meningkatkan mobilisasi dengan memberikan bimbingan dan dukungan serta motivasi dalam melakukan mobilisasinya walaupun nyeri dirasakan saat beraktifitas. Saat melakukan latihan duduk di tempat tidur, pasien merasakan nyeri pada luka operasinya, takut melakukan gerakan yang berlebihan, dan tidak diperbolehkan oleh keluarganya sehingga saat alarm ponsel berbunyi pasien tidak melakukan latihan sesuai yang diharapkan.

Pada saat aktifitas duduk bersandar beralih ke duduk tegak (36 jam setelah operasi) pasien dapat melakukan mobilisasi dengan cukup baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan yaitu 57%. Pada tahap ini dari 14 responden, 6 responden tidak dapat melakukan mobilisasi secara maksimal. Pada tahap ini saat observasi dilakukan sebagian besar pasien mengatakan belum kuat untuk duduk tegak dan nyeri luka bertambah saat latihan duduk, nyeri dirasakan pada bagian perut yang dioperasi. Menurut Saryono (2008) beberapa faktor yang mempengaruhi mobilisasi diantaranya ketersediaan energi yang kurang dan pengontrolan sistem syaraf. Respon pasien dalam melakukan mobilisasi memberikan respon yang berbeda tergantung dari respon pasien terhadap rangsangan nyeri saat mobilisasi.

Pada saat aktifitas latihan duduk tegak di tempat tidur (48 jam setelah operasi). Pada tahap ini pasien dapat melakukan mobilisasi dengan cukup baik sesuai dengan jadwal alarm ponsel yang diprogramkan yaitu 64%. Dari 14 responden, 5 responden tidak dapat melakukan sesuai yang diharapkan, saat observasi dilakukan sebagian besar pasien mengatakan belum kuat untuk duduk karena takut luka operasinya terbuka, tidak diperbolehkan oleh keluarga, nyeri pada luka operasi. sikap dalam melakukan mobilisasi adalah penting seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003), sikap merupakan kesiapan berespon atau bertindak, bila pasien bersikap kurang baik dalam melakukan mobilisasi, maka hal tersebut dapat berpengaruh terhadap perilaku yang muncul, maka untuk itu perlu perhatian oleh perawat dalam pelaksanaan mobilisasi.

Pada saat aktifitas duduk ditempat tidur beralih ke turun dari tempat tidur, dan latihan berdiri disamping tempat tidur (60 jam sampai dengan 72 jam setelah

operasi) pasien dapat melakukan mobilisasi kurang baik (21 % - 28 %). Pada tahap ini dari saat observasi dilakukan dari 14 responden, 11 responden mengatakan takut untuk turun dari tempat tidur, nyeri pada luka operasi, tidak diperbolehkan oleh keluarga turun dari tempat tidur dan bertepatan pada jam istirahat tidur sehingga pasien tidak bisa melakukan mobilisasi secara baik. Pada tahap ini pasien mengalami defisit perawatan karena kebutuhan mobilisasi tidak terpenuhi, peran perawat disini sangat diharapkan dalam memenuhi kebutuhannya. Defisit perawatan diri terjadi ketika individu tidak mampu melakukan tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dirinya, sebagaimana yang telah dijelaskan dalam teori Orem, *self-care agency* perlu ditingkatkan oleh karena pelaksanaan *self-care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill. Kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencari pengetahuan akan mempengaruhi tindakan yang diambil oleh seorang individu (Nursalam, 2013).

Pada saat aktifitas berjalan disekitar tempat tidur (lebih dari 72 jam setelah operasi) pasien tidak dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai dengan jadwal alarm yang diprogramkan (0 %). Pada tahapan mobilisasi menurut Widuri (2010), 72 jam setelah operasi pasien dapat melakukan latihan berjalan di sekitar tempat tidur. Pada tahap ini saat observasi dilakukan sebagian besar dari seluruh responden mengatakan masih merasa takut, lukanya akan terbuka, tidak diperbolehkan oleh keluarga, masih nyeri pada daerah luka operasinya, sehingga meskipun adanya pengingat alarm ponsel pasien tidak mau melakukan mobilisasi.

Menurut data demografi dari 14 responden yang diteliti, responden yang melakukan mobilisasi dengan baik sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan

pada kelompok usia 19-35 tahun sebanyak 60 %. Menurut perkembangan teori Piaget (1952) bahwa usia semakin dewasa mampu berfikir abstrak dan dapat menganalisis masalah secara ilmiah dan kemudian menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dalam hal ini pasien berusaha untuk melakukan mobilisasi dengan baik sesuai anjuran dari perawat maupun petugas kesehatan untuk melakukan mobilisasi sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan. Saat penelitian dilakukan pada kelompok usia 19-35 tahun pasien mempunyai semangat yang tinggi untuk sembuh, mudah menerima masukan tentang hal baru, dan keinginan yang kuat untuk cepat melakukan mobilisasi.

pada jenis kelamin perempuan dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan sebanyak 75 %. Saat penelitian dilakukan responden perempuan lebih mudah menerima dan memahami sosialisasi yang kita berikan sehingga pada saat melakukan mobilisasi sesuai jadwal alarm ponsel lebih baik perempuan dari pada laki laki.

Responden yang pendidikan SMA dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan sebanyak 40 %. Menurut Cokroningrat yang dikutip oleh Nursalam (2002), menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuannya. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perubahan seseorang terhadap nilai nilai yang baru diperkenalkan. Dalam hal ini tingkat pendidikan yang tinggi sangat mempengaruhi dalam menerima informasi tentang hal baru sehingga terjadi interaksi perubahan perilaku pada diri pasien. Namun pada penelitian ini responden yang berpendidikan SD juga dapat melakukan mobilisasi dengan baik (40 %)

dengan usia responden berkisar antara 48-55 tahun. Selain pendidikan, pengetahuan dan perubahan perilaku seseorang dipengaruhi oleh usia. Perkembangan usia 48-55 merupakan usia dewasa tua dimana pada usia ini seseorang lebih matang dan memiliki banyak pengalaman dari informasi-informasi yang diterima. Informasi dan pengalaman yang diterima pasien dapat meningkatkan interaksi perubahan perilaku mobilisasi pada pasien.

Dari hasil pembahasan penelitian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa sosialisasi penggunaan alarm ponsel berpengaruh pada tindakan mobilisasi dengan baik terutama pada 8 jam sampai dengan 24 jam setelah operasi saat tahap aktifitas miring kanan-miring kiri (86 % - 100 %), Pada 36 jam sampai dengan 48 jam setelah operasi saat tahap aktifitas latihan duduk bersandar di tempat tidur, duduk tegak, turun dari tempat tidur pasien dapat melakukan mobilisasi sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan dengan cukup baik (57 % - 64 %). Pada 60 sampai dengan ≥ 72 jam setelah operasi pasien tidak dapat melakukan mobilisasi dengan baik sesuai jadwal alarm ponsel yang diprogramkan saat tahap pasien latihan turun dari tempat sampai berjalan di sekitar tempat tidur (0 % - 28%).

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, analisa data dan pembahasan sosialisasi penggunaan alarm ponsel terhadap perilaku mobilisasi pasien paska operasi laparatomi di Ruang bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya, maka dapat disimpulkan :

1. Perilaku mobilisasi pasien paska operasi laparatomi setelah diberikan sosialisasi penggunaan alarm ponsel baik dilakukan pada 8 jam sampai dengan 24 jam paska operasi.
2. Berdasarkan hasil penelitian yang di dapat bahwa perilaku tindakan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel, dilakukan dengan baik pada 8 jam sampai dengan 24 jam setelah operasi (tahap miring kanan miring kiri), cukup baik pada 36 jam sampai dengan 48 jam setelah operasi (tahap latihan duduk dan turun dari tempat tidur), dan kurang baik pada 60 sampai dengan 72 jam setelah operasi (tahap latihan jalan di sekitar tempat tidur).

6.2 Saran.

1. Ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Penggunaan alarm ini hendaknya disosialisasikan kepada setiap pasien yang akan operasi sehingga pasien setelah operasi sudah menggunakan alarm ponsel ini sebagai pengingat dalam melakukan mobilisasi.

2. Manajemen RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam pembuatan SOP tentang penggunaan alarm ponsel dalam pelaksanaan mobilisasi pasien paska operasi laparatomi.

3. Untuk peneliti selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh penggunaan alarm ponsel terhadap perilaku mobilisasi pasien paska operasi laparatomi dengan melihat keterbatasan dari penelitian ini sekaligus pengembangan penggunaan alarm ponsel untuk peningkatan mobilisasi pada semua pasien paska operasi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rhineka Cipta. Hal 118-120
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan* . Jakarta : EGC. Hal :123-124
- Azwar S. (2003). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Hal 15-17
- Baradero & Wilfrid D. (2009). *Prinsip dan praktik keperawatan perioperatif*. Jakarta : EGC.
- Blais K K, Hayes J S, Kozier B, Erb G. (2007). *Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC. Hal : 145-163
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC. Hal:463-476
- Christensen P J, Kenney J W. (2009). *Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC. Hal : 65-71
- Hidayat A. (2008). *Pengantar konsep dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal:44-45
- Jitowiyono & Kristianasari. (2010). *Asuhan Keperawatan Post operasi dengan pendekatan nanda*. Jakarta: Muha Medika.
- Kozier. (2010). *Fundamental Of Nursing; Concept; Process And Practice*. Jakarta : EGC. Hal : 276
- Notoadmodjo S. (2003). *Pendidikan dan Tindakan Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta. Hal:12-15, 62-63, 114-117, 120-123, 130
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika . Hal : 87-88, 93-97
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika. Hal : 54-58
- Nursalam & Ferry Efendi. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta , Salemba Medika.
- Nursalam & Pariani S. (2001) *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Infomedika. Hal : 41-44, 64-66

- Majid, Judha & Kristiana. (2011). *Keperawat an Perioperatif*. Yogyakarta : Gosen Publishing.
- Oswari E. (1995). *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta : PT. Gramedia. Hal:29-31
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Fundamental*. Jakarta : EGC. Hal : 276
- Priharjo R. (2002). *Pemenuhan aktifitas istirahat pasien*. Jakarta : EGC.Hal:14
- Purwanto. (2002). *Psikologi Pendidikan*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- RSUD Dr.Soetomo Surabaya. (2013). *Rekam Medis SMF Bedah*.
- Taufik. (2007). *Prinsip Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta : Info Medika. Hal : 18-21
- Widuri H. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia (aspek mobilitas dan istirahat tidur)*. Yogyakarta : Gosen Publishing.Hal:13-1
- Winkel. (1996). *Psikologi Pengajaran*. Jakarta : PT. Grasindo. Hal : 154-213

LAMPIRAN

Lampiran 1 lembar pernyataan bersedia menjadi responden penelitian

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendengar dan memahami penjelasan saya menyatakan bersedia / tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ” **perilaku (aspek tindakan) mobilisasi pasien paska operasi laparatomi setelah diberikan sosialisasi alarm ponsel** ” yang dilakukan oleh Suparno, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan 2012.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi dan memutuskan untuk menjadi responden penelitian.

Tanda Tangan :.....

Tanggal :.....

No. Kode Responden : (tidak perlu diisi)

**Coret yang tidak perlu*

*Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi***SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

Topik : Mobilisasi Pasien Paska Operasi Laparatomi dan alarm ponsel
 Sub Topik : Konsep Mobilisasi Paska Operasi laparatomi dan alarm ponsel
 Sasaran : Pasien Paska operasi Laparatomi
 Waktu : 60 Menit
 Hari / Tanggal Pelaksanaan : Disesuaikan
 Tempat : IRNA Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya

I. ANALISIS KARAKTERISTIK PASIEN

Pasien paska operasi laparatomi di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pasien berjenis kelamin pria dan wanita, mempunyai umur 26 – 55 tahun. Pasien tidak tuli dan buta dan juga pasien sadar dan kooperatif.

II. ANALISIS TUJUAN DAN KARAKTERISTIK ISI

Penyuluhan dengan sub topik mobilisasi pasca operasi secara bertahap dan alarm ponsel yang diberikan kepada pasien paska operasi laparatomi yang dikhawatirkan timbulnya komplikasi paska operasi. Dengan demikian di bawah ini akan diuraikan tujuan umum dan tujuan khusus antara lain:

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan tentang mobilisasi dan pentingnya alarm ponsel selama 60 menit, maka pasien paska operasi laparatomi dapat mengetahui, memahami dan menerapkan tentang konsep sampai dengan aplikasi mobilisasi untuk mencegah komplikasi atau penyulit yang mungkin timbul.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan, maka diharapkan pasien paska operasi laparatomi mampu :

1. Menjelaskan kembali konsep mobilisasi dan pentingnya alarm.
2. Memberikan sikap yang baik atau positif tentang mobilisasi .
3. Mendemonstrasikan tahap-tahap mobilisasi secara tepat dan benar.

III. ANALISA SUMBER BELAJAR

Bahan acuan untuk sub topik mobilisasi secara bertahap dan benar di buku referensi, antara lain :

Modifikasi Buku Model latihan paska operasi dan pedoman mobisasi tepat dan benar buku Ilmu Keperawatan Jilid 1 Edisi 2.

IV. STRATEGI PANYAMPAIAN**A. Metode**

1. Bimbingan dan penyuluhan.

2. Demonstrasi.

B. Media dan Alat

1. Alat peraga / gambar

V. PENETAPAN STRATEGI PENGORGANISASIAN

Materi mobilisasi terlampir.

VI. PROSES BELAJAR MENGAJAR

NO.	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN PENGAJAR	KEGIATAN PESERTA
1.	Pembukaan	5 menit	Perkenalan	menanggapi
2.	pengembangan	15 menit	Menjelaskan tentang : -pengertian mobilisasi -tujuan mobilisasi -faktor faktor yang mempengaruhi mobilisasi -pentingnya alarm dalam mobilisasi -tahap tahap mobilisasi	Melakukan gerakan mobilisasi aktif dengan baik dan benar
		10 menit	Memberi kesempatan untuk bertanya	
		15 menit	Mengajak pasien melakukan gerakan	
3	Penutup	15 menit	Menyimpulkan materi yang telah diberikan, melakukan evaluasi, memberikan salam penutup	

*Lampiran 3 Materi Mobilisasi***MATERI MOBILISASI**

1. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah dan teratur.

2. Tujuan

- Mempertahankan fungsi tubuh
- Mempertahankan tonus dan kekuatan otot
- Memperlancar peredaran darah
- Memperlancar Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB)
- Membantu pernapasan menjadi lebih baik
- Mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dalam keadaan kembali normal (sembuh)

3. Komplikasi tidak melakukan mobilisasi

- Proses penyembuhan luka yang lama
- Penutupan luka yang tidak sempurna
- Terjadi atrofi otot, kontraktur, dan ulkus dikubitus
- Tidak bisa Buang Air Besar dan Buang Air Kecil

4. Macam mobilisasi

a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi yang mampu mengontrol seluruh area tubuh

b. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi yang mampu mengontrol sebagian area tubuh, ada 2 macam :

- Temporer, misalnya dislokasi sendi dan tulang

- Permanen, misalnya hemiplegi pada stroke

5. Mobilisasi gerak fungsi dasar

Mobilisasi pasien paska operasi laparatomi, ada 7 tahap pelaksanaan mobilisasi antara lain :

Tahap	Mobilisasi / gerakan	frekwensi	Waktu
I	Mobilisasi awal	4 kali / hari	Segera setelah operasi
II	Mobilisasi berputar (miring kanan-miring kiri)	Tiap 2 jam	7-8 jam paska operasi
III	Mobilisasi tegak duduk di tempat tidur	1-2 kali / hari	Setelah 24 jam paska operasi
IV	Mobilisasi turun dari tempat tidur	1-2 kali / hari	Setelah 24 jam paska operasi
V	Mobilisasi berjalan dengan bantuan	2-3 kali / hari	Setelah pasien bisa berdiri
VI	Mobilisasi naik ke tempat tidur	2-3 kali /hari	Setelah berjalan dan pasien akan tidur
VII	Mobilisasi bangkit dari duduk di tempat duduk	1-2 kali / hari	Setelah duduk dan pasien akan tidur atau berjalan

*Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur***STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****1. Pengertian Alarm**

Alarm secara umum dapat didefinisikan sebagai bunyi peringatan atau pemberitahuan. Dalam istilah jaringan, alarm dapat juga didefinisikan sebagai pesan berisi pemberitahuan ketika terjadi penurunan atau kegagalan dalam penyampaian sinyal komunikasi data ataupun ada peralatan yang mengalami kerusakan (penurunan kinerja).

2. Tujuan penggunaan alarm

Alarm ini digunakan untuk memperingatkan operator atau administrator mengenai adanya masalah (bahaya) pada jaringan dan dapat juga digunakan sebagai pengingat akan suatu jadwal, dalam hal ini jadwal dalam melakukan mobilisasi.

3. Prosedur pelaksanaannya

Dalam setting alarm untuk kebutuhan mobilisasi klien, alarm yang digunakan adalah tipe pengingat. Di mana, alarm akan berbunyi disesuaikan dengan tahapan mobilisasi yang dilakukan oleh pasien.

Alarm disetting sesuai dengan tahapan pelaksanaan mobilisasi klien, di atur sebagai berikut:

Tahap	Waktu	Aktifitas	Waktu	Jam Setting alarm
I	8 jam setelah operasi	Miring kanan miring kiri	Tiap 2 jam	Disesuaikan pasien saat selesai post operasi
II	24 jam pertama	Duduk bersandar	Tiap 12 jam	
III	Setelah 24 jam	Duduk tegak	Tiap 12 jam	
IV	48 jam setelah operasi	Turun dari tempat tidur	Tiap 12 jam	
V	Setelah 48 jam sudah berdiri stabil	Berdiri di samping tempat tidur	Tiap 12 jam	

*Lampiran 5 Lembar Observasi***LEMBAR OBSERVASI**

PENGARUH SOSIALISASI PENGGUNAAN ALARM PONSEL
TERHADAP PERILAKU MOBILISASI PASKA OPERASI LAPARATOMI

NAMA PASIEN :

UMUR : THN JENIS KELAMIN : L / P

PENDIDIKAN TERAKHIR : SD / SMP / SMA / PERGURUAN TINGGI

DIAGNOSA :

REGISTER :

DATA YANG DINILAI :

Post Op	Aktifitas Mobilisasi	Waktu	Jam Alarm Berbunyi	Dilaksanakan	Tidak Dilaksanakan
8 jam	Miring kanan	2 jam sekali			
10 jam	Miring kiri	2 jam sekali			
12 jam	Miring kanan	2 jam sekali			
14 jam	Miring kiri	2 jam sekali			
16 jam	Miring kanan	2 jam sekali			
18 jam	Miring kiri	2 jam sekali			
20 jam	Miring kanan	2 jam sekali			
22 jam	Miring kiri	2 jam sekali			
24 jam	Duduk bersandar tempat tidur	12 jam sekali			
36 jam	Duduk bersandar beralih ke duduk tegak	12 jam sekali			
48 jam	Duduk tegak	12 jam sekali			
60 jam	Duduk tegak beralih ke turun dari	12 jam sekali			

VI	72 jam setelah operasi	Berjalan di sekitar tempat tidur	Tiap 8 jam	
----	------------------------	----------------------------------	------------	--

Post Op	Aktifitas Mobilisasi	Waktu	Jam Alarm Berbunyi	Dilaksanakan	Tidak Dilaksanakan
	tempat tidur				
72 jam	Turun dari tempat tidur beralih ke berdiri	8 jam sekali			
≥ 72 jam	Berjalan di sekitar tempat tidur	Sesuai kemampuan pasien			
Total nilai					

Keterangan : Dilaksanakan = nilai 1, Tidak Dilaksanakan = nilai 0

1. Kekuatan otot :
2. Kelumpuhan :
3. Status nutrisi :

Lampiran 7 Tabulasi rekapitulasi tindakan mobilisasi paska operasi laparatomi

Tabulasi Tindakan Mobilisasi Paska Operasi Laparatomi Sesuai Jadwal Alarm Ponsel

Responden	8 jam	10 jam	12 jam	14 jam	16 jam	18 jam	20 jam	22 jam	24 jam	36 jam	48 jam	60 jam	72 jam	≥72 jam	Dilaksanakan	
															Ya	Tidak
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	11	3
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9	5
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	4
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9	5
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9	5
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	12	2
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	10	4
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	9	5
9	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	4
10	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	8	6
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	12	2
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	11	3
13	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	11	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	10	4
Jumlah	14	14	14	14	13	10	12	14	12	8	9	3	4	0		

Lampiran 6 Tabulasi responden tindakan mobilisasi paska operasi laparatomi

Tabulasi Responden Tindakan Mobilisasi Paska Operasi Laparatomi

Re.	usia	Jenis Kelamin	Pend.	Jumlah aktifitas	Dilaksanakan	Prosentase	Tidak dilaksanakan	Prosentase	OP ke	Tonus otot	Kelumpuhan	Status Nutrisi
1	54	Laki-laki	SD	14	11	78 %	3	22 %	1	baik	Tdk ada	Baik
2	45	Laki-laki	SD	14	9	64 %	5	36 %	1	baik	Tdk ada	Baik
3	19	Perempuan	SMA	14	12	86 %	2	14 %	1	baik	Tdk ada	Baik
4	22	Laki-laki	SMA	14	10	71 %	4	29 %	1	baik	Tdk ada	Baik
5	48	Perempuan	SD	14	9	64 %	5	36 %	1	baik	Tdk ada	Baik
6	22	Perempuan	SMP	14	11	78 %	3	22 %	1	baik	Tdk ada	Baik
7	55	Laki-laki	SD	14	10	71 %	4	29 %	1	baik	Tdk ada	Baik
8	33	Laki-laki	SMA	14	9	64 %	5	36 %	1	baik	Tdk ada	Baik
9	42	Laki-laki	SMP	14	10	71 %	4	29 %	1	baik	Tdk ada	Baik
10	41	Laki-laki	SMA	14	8	57 %	6	43 %	1	baik	Tdk ada	Baik
11	19	Perempuan	SMA	14	12	86 %	2	14 %	1	baik	Tdk ada	Baik
12	50	Laki-laki	SD	14	11	78 %	3	22 %	1	baik	Tdk ada	Baik
13	42	Laki-laki	SMP	14	11	78 %	3	22 %	1	baik	Tdk ada	Baik
14	44	Laki-laki	SMP	14	10	71 %	4	29 %	1	baik	Tdk ada	Baik



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 27 September 2013

Nomor : 2594 /UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Suparno
NIM : 131211123038
Judul Skripsi : Efektifitas Penggunaan Alarm Ponsel terhadap Mobilisasi pada Pasien Paska Operasi Laparatomi
Pembimbing 1 : Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng.
Pembimbing 2 : Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Tembusan:

1. Kabid. Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO SURABAYA
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Mayjend . Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Tlp. 031-5501073,5501164
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah
2.
RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Dari : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
Nomor : 070/ 89/ / 301.4.2/Litb/X/2013
Tanggal : 23 Oktober 2013
Sifat : Penting
Lampiran : 1 Explar
Perihal : Permohonan ijin pengambilan data

Menunjuk surat dari Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya nomor : 2594/UN3.1.12/PPd/2013 tanggal 27 September 2013 , perihal pada pokok surat, dengan ini kami mohon ijin Pengambilan data atas nama :

Suparno
NIM. 131211123038

Data yang di butuhkan dengan judul :

"Efektifitas penggunaan alarm ponsel terhadap mobilisasi pada pasien paska operasi laparatomi "

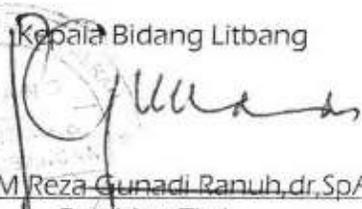
untuk dapat melaksanakan permohonan ijin pengambilan data di unit kerja / bagian Saudara.

Apabila dapat disetujui kami mengharapkan jawaban Saudara dalam waktu tidak lama guna proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara, bersama ini kami lampirkan foto copy surat yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Tembusan Kepada : Yth

1. Direktur sebagai laporan
2. Wadir Pendidikan Profesi & Penelitian
3. Wadir Pelayanan Medik & Keperawatan
4. Arsip

Kepala Bidang Litbang

Dr. IGM Reza Gunadi Ranuh, dr, SpA(K)
Pembina Tk. I
NHP. 19601105 198802 1 002

**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
INSTALASI RAWAT INAP BEDAH**

Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Telp. (031)5501136 FAX. (031)5501766
SURABAYA 60286

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
Dari : Kepala IRNA Bedah
Nomor Surat : 109/301/Nota Dinas/IRNA Bedah/XI/2013
Lampiran : -
Tanggal : 25 November 2013
Perihal : **Ijin Penelitian a.n Suparno**

Dengan hormat,

Menanggapi surat dari Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan dengan nomor 070/891/301.4.2/Litb/XI/2013 tanggal 23 Oktober 2013 perihal Permohonan ijin penelitian. Pada prinsipnya kami tidak berkebaratan dan memberikan ijin kepada :

Suparno

NIM. 131211123038

untuk melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat Inap Bedah dengan judul :

"Efektifitas penggunaan alarm ponsel terhadap mobilisasi pada pasien paska operasi laparotomi"

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama yang diberikan, kami sampaikan terima kasih.



a.n Kepala IRNA Bedah
Koordinator Keperawatan IRNA Bedah
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Ns. Bambang Subagjo, SKep, M.M.Kes

Penata

Tembusan Kepada Yth :

1. Arsip

TINDAKAN MOBILISASI PASIEN

NIP.19630511 199003 1 007

SUPARNO



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 10 Desember 2013

Nomor : 3211 /UN3.1.12/PPd/2013
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas
 Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Suparno
 NIM : 131211123038
 Judul Skripsi : Pengaruh Sosialisasi Alarm Ponsel terhadap Perilaku Mobilisasi Pasien Paska Operasi Laparatomi di Irna Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Inharini, S.Kp., M.Kep

NIP. 197904242006042002

Tembusan:

1. Irna Bedah Gladiol

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nina Asminatin, SST
NIP : 19641111 199203 2 005
Jabatan : Kepala Ruangan Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo
Surabaya

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Suparno
NIM : 131211123038

Telah menyelesaikan penelitian di Ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Sotomo
Surabaya dengan judul :

**“ Perilaku (aspek tindakan) Mobilisasi Pasien Pasca Operasi Laparatomi
Setelah Diberikan Sosialisasi Alarm Ponsel Di Ruang Bedah Gladiol RSUD
Dr.Soetomo Surabaya”.**

Mulai tanggal 12 Desember 2013 sampai dengan tanggal 12 Januari 2014

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 3 Februari 2014

Kepala Ruangan Bedah Gladiol



BRUD. RS. SOETOMO
Surabaya
RUANG BEDAH
DR. SOETOMO

NINA ASMINATIN, SST

NIP. 19641111 199203 2 005