

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FK UNAIR
SURABAYA

SKRIPSI

HUBUNGAN MOBILISASI DAN PENYEMBUHAN LUKA PASCA LAPARATOMI DI RUANG BEDAH F DAN G RUMAH SAKIT Dr. SOETOMO SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

NINDAWI

NIM : 019930048 B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2002

Lembar persetujuann

Skripsi ini telah Disetujui pada
Tanggal 2 April 2002

Oleh
Pembimbing Ketua



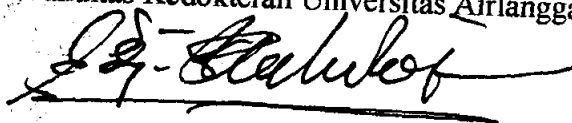
Siti Pariani dr., MS, MSc, PhD
NIP 130 552 934

Pembimbing



Padoli, SKp
NIP 140 281 145

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Prof. Eddy Soewandjojo, dr. SpPD
NIP 130 325 831

Lembar Pengesahan

Telah Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Tanggal 8 April 2002

Tim Penguji

Ketua : Siti Pariani dr., MS, MSc, PhD (.....)

Anggota : Tintin Sukartini, SKp (.....)

Anggota : Padoli, SKp. (.....)

Mengetahui
Ketua Program Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

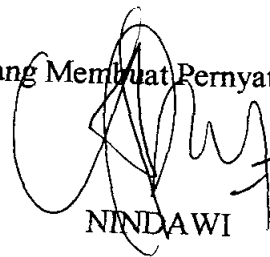


Prof. Eddy Soewandjojo, dr. SpPD
NIP 130 325 831

Surat Pernyataan

Saya menyatakan dengan sesungguhnya, 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.

Yang Membuat Pernyataan



NINDAWI

"MOTTO"

*Aku datang dari reruntuhan, ku mencoba bangkit, , menyimak, berbenah diri,
instropeksi diri " siapa acoe ini" di dalam mencoba, memandang sekitar,
bangun dari kekurangan untuk meraih suatu kesuksesan dan bersaing
secara sehat, ilmiah tanpa didomplengi oleh siapapun dalam
mencari ilmu untuk mecapai cita dan cinta.*

Kini kubelajar dari kegagalan

(Isi hati yang tak sampai)

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmad-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul “Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Lapararatomy di Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam menyelesaikan proses skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr, Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr, SpPD, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. H. Muh. Dikman Angsar, SpOG, selaku Direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin dalam penelitian ini.
4. Direktur Akademi Keperawatan Pamekasan, yang telah memberikan ijin dan bantuan pembiayaan dalam mengikuti pendidikan dan penelitian.
5. Siti Pariani, dr., MS, MSc, PhD, selaku pembimbing ketua yang telah mengarahkan dan membimbing peneliti.
6. Padoli, SKp, selaku pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penelitian ini.

7. Kepala ruang Bedah F dan G beserta karyawannya yang telah membantu dan memfasilitasi dalam penelitian ini.
8. Segenap klien yang telah bersedia membantu dan bersedia menjadi responden
9. Teman-teman khususnya di rumah kontrakan Kalidami (Nando, Heri, Haris, Furgon dan Hanjung) yang telah rela memberikan fasilitas komputer, tempat berteduh, berbagi rasa, dorongan moril dan materiil, sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
10. Teman mahasiswa PSIK yang telah memberikan dorongan moril dan materiil sehingga proses penelitian ini dapat diselesaikan.

Dengan selesaikan penelitian ini, peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam berbagai aspek, untuk itu masukan dan kritikan yang sifatnya membangun demi perbaikan dan lebih bermakna dalam perkembangan keperawatan di masa mendatang.

Surabaya, Maret 2002

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar pengesahan	iii
Surat Pernyataan	iv
Motto	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Diagram	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	xiii
Abstrak	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Relevansi	5
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep mobilisasi	6
2.2 Konsep penyembuhan luka	10
2.3 Mobilisasi dan penyembuhan luka	14
2.4 Kerangka konsep	16
2.5 Hipotesa	17

BAB 3 : METODOLOGI PENELITIAN	18
3.1 Desain Penelitian	18
3.2 Kerangka Kerja (<i>frame work</i>)	19
3.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Sampling	19
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	20
3.5 Identifikasi Variabel	21
3.6 Definisi Operasional	22
3.7 Cara Pengukuran Variabel	26
3.8 Penumpulan dan Analisa Data	26
3.9 Etika penelitian	28
3.10 Keterbatasan	29
BAB 4 : HASIL , ANALISA DATA DAN PEMBAHASAN	31
4.1 Hasil Penelitan	32
4.2 Analisa Data	34
4.3 Pembahasan	38
BAB 5 : KESIMPULAN DAN SARAN	46
5.1 Kesimpulan	46
5.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN	51

DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 2.1 : Kerangka Konsep Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Paska Laparatomi	16
Diagram 3.1 : Kerangka Kerja Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi	19

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 4.1 : Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin	33
Gambar 4.2 : Distribusi Responden Menurut Umur	33
Gambar 4.3 : Distribusi Responden Menurut Pendidikan	34

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.4 Hasil analisa Chi-Square hubungan frekuensi mobilisasi dan penyembuhan luka	35
Tabel 4.5 Hasil analisa Chi-Square hubungan pelaksana mobilisasi dan penyembuhan luka	35
Tabel 4.6 Hasil analisa Chi-Square hubungan intensitas (lama) mobilisasi dan penyembuhan luka	36
Tabel 4.7 Hasil analisa Chi-Square hubungan metode mobilisasi dan penyembuhan luka	36
Tabel 4.8 Hasil analisa Chi-Square hubungan waktu mobilisasi dan penyembuhan luka	37
Tabel 4.9 Hasil analisa Chi-Square hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka	37

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Formulir persetujuan menjadi responden penelitian	52
Lampiran 2 : Format pengumpulan data	53
Lampiran 3 : Surat Ijin dari Diklat RSUD Dr. Soetomo Surabaya	55
Lampiran 4 : Tabulasi Data	58
Lampiran 5 : Analisa statistik Chi-Square	59

ABSTRACT

The mobilitation of post operation patient is important, it's make early helping to be healing process of wound post laparotomi operation. The nurse as teamwork of medical care, who often interact with the patient must have more knowledge to do mobilitation optimal healing as them condition by approach, health education, so patinet and family would understood about objectives, do it early by themself, so that well must be quickly and short day care.

The research that held on Januari to Maret 2002 at Dr. Soetomo's Hospital is purpose to known about relation of mobilitation and healing wound at room F and G.

The design of this research is cross sectional, the variabel measuring in one way of questioner to third days and simple observation to fifth days ot tenth days of patient of healing or went to back. Number of sample is 30 sample, who chosen by non-probability sampling-purposive sampling type. The data are computer statistically to indentity the mobilitation to healing wound and aplication by chi-square test with $p \leq 0,05$.

The result of fisher's exact test show that there is a significance influence of mobilitation (frecuency $p = 0,011$, the massenger $p = 0,011$, the metode $p = 0,011$, the intensity $p = 0,000$, and the fist time of mobilitation $p = 0,003$) to healing wound. So, all of the respondent are mobilitation (frequency, massenger, metode, intensity and fist time) to them.

The conclusion of research expressed that there is significantly corelation between mobilitation and welling wound. Healing wound is not only influenced by mobilitation, but also from ohter factor at nutriton, age, imunology, hormonal, and at all.

Key Words : Mobilitation, Healing Wound

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mobilisasi merupakan kemampuan klien untuk bergerak secara bebas, mudah, gerakan berirama dan dengan sengaja di dalam lingkungan sebagai bagian yang perlu bagi kehidupan. Dengan mobilisasi maka peredaran darah menjadi lancar, gerakan dari fungsi tulang dan otot menjadi baik. Bila mobilisasi dibatasi, klien tidak dapat melakukan mobilisasi, maka salah satu yang akan terjadi adalah gangguan integritas kulit (Kozier, 1991). Kerusakan integritas kulit dapat terjadi juga pada klien pasca laparatomi dengan berbagai indikasi. Pada klien pasca laparatomi umumnya tidak biasa melakukan mobilisasi penuh, hanya bisa melakukan mobilisasi sebagian. Pada umumnya klien takut bergerak atau mobilisasi dengan berbagai alasan. Hal ini sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka.

Keadaan klien pasca laparatomi yang mengalami keterbatasan kemampuan untuk melakukan pergerakan fisik atau mobilisasi secara mandiri atau memerlukan bantuan dari orang lain dalam penelitian ini diperlukan suatu kerja sama atau kooperatif dalam tindakan gerak fungsi fisik dasar ; 1) terelentang, 2) miring kanan-kiri, 3) duduk, dan 4) jalan. Sebelum penelitian ini berlanjut, dilakukan survey tingkat kejadian klien dengan pasca laparatomi di *medical record* Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. Angka yang menunjukkan tindakan laparatomi yang terjadi pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2001 di Ruang Bedah Rumah Sakit Dr Soetomo Surabaya

menunjukkan 95 dari 386 pulang sembuh setelah operasi lebih atau sama dengan 10 hari. Dari data tersebut di atas masih ditemukan kurang lebih dari 25 % klien yang menjalani laparatomi mengalami proses penyembuhan luka yang lambat (Rekam Medik Rumah Sakit Dr. Soetomo, 2001). Keterlambatan penyembuhan luka pasca laparatomi dapat disebabkan oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi ; 1) infeksi, 2) hematoma, 3) banyaknya benda asing dalam luka seperti benang, 4) lokasi iskemia, 5) kompresi jaringan dalam waktu yang lama (intraoperasi prosedur, jahitan luka terlalu kencang). Faktor eksternal dapat meliputi ; 1) nutrisi yang tidak adekuat, 2) defisiensi vitamin A, dan C, 3) penyakit penyerta seperti diabetes melitus, 4) anemia, 5) obat imunosupresan, 6) tidak melakukan mobilisasi (Djohansyah, 1993).

Dampak dari pada pasca laparatomi adalah gangguan integritas kulit di daerah operasi. Hal ini mengganggu kenyamanan klien. Satu upaya yang dilakukan oleh perawat dalam menghadapi pemulihan kerusakan jaringan adalah dengan cara memberi penjelasan dan membantu melakukan mobilisasi pada klien yang tidak biasa atau belum biasa melakukan sendiri (Black, 1997). Hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca laparatomi mempunyai arti penting dalam memperpendek hari perawatan. Penyembuhan luka yang adekuat yaitu cepat (bila sembuh perprimus tanpa ada hambatan antara 7-10 hari pasca laparatomi), tanpa perubahan kontur dan fungsi jaringan.

Kerusakan integritas kulit yang merupakan dampak tindakan laparatomi sangat menarik untuk dikaji lebih lanjut sejauh mana hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca laparatomi yang merupakan salah satu peran perawat untuk memberikan informasi dan contoh tentang mobilisasi tersebut. Peran

perawat sebagai “Care Giver” sangat membantu dalam menemukan cara-cara yang optimal untuk menyembuhkan luka dengan membantu melakukan mobilisasi pada klien pasca laparotomi. Untuk mendapatkan gambaran tentang masalah tersebut di atas, perlu dilakukan penelitian untuk mengidentifikasi pelaksanaan tindakan keperawatan agar penyembuhan luka pasca laparotomi dapat dipercepat, sehingga perawat bekerja sama dengan klien akan dapat melaksanakan intervensi perawatan lebih profesional.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka rumusan masalah dapat disusun sebagai berikut :

- 1) Bagaimana pelaksanaan mobilisasi pada klien pasca laparotomi.
- 2) Bagaimana proses penyembuhan luka pasca laparotomi.
- 3) Apakah ada hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca laparotomi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mempelajari hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca laparotomi, sehingga dapat digunakan dasar dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengidentifikasi pelaksanaan mobilisasi pada klien pasca laparotomi.
- 2) Untuk mengidentifikasi penyembuhan luka pasca laparotomi.
- 3) Untuk mengidentifikasi hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca

1.5 Relevansi

Mobilisasi merupakan salah satu dari beberapa faktor eksternal yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pada klien paska laparatomi, sehingga proses tersebut dapat dilalui dalam waktu pendek dan menekan biaya perawatan pada klien tersebut. Dalam hal ini perlu adanya suatu intervensi yang diberikan untuk memberikan informasi pada klien tentang maksud dan tujuan daripada mobilisasi terhadap penyembuhan luka, sehingga keterlibatan serta kemandirian klien dapat dioptimalkan.

Di dalam perkembangan ilmu keperawatan khususnya intervensi keperawatan membantu perawat dalam memenuhi standar keperawatan dengan kualifikasi nasional.

laparatomi.

1.4 Manfaat

1) Untuk klien :

- (1) Memberi motivasi dan peran serta klien dalam tindakan keperawatan mobilisasi dalam penyembuhan luka pasca laparatomi.
- (2) Penyembuhan luka cepat dan hari perawatan lebih pendek, sehingga dapat menekan biaya perawatan.
- (3) Memberikan pendidikan kesehatan dalam kemandirian perawatan yang berhubungan luka pasca laparatomi.

2) Untuk Profesi :

- (1) Memberi masukan dan dapat menambah pengetahuan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
- (2) Sebagai bahan penelitian lebih lanjut.

3) Untuk institusi :

- (1) Sebagai dasar dalam pemecahan masalah dalam mengaplikasikan ilmu dari konsep dasar dengan praktek klinik keperawatan.
- (2) Memberikan masukan dan tambahan dalam memberikan pokok bahasan yang berhubungan dengan mobilisasi dan proses penyembuhan luka.
- (3) Instansi rumah sakit dapat mengetahui dan mengidentifikasi masalah serta langkah-langkah dalam memberi pelayanan keperawatan yang profesional.

1.5 Relevansi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan klien untuk bergerak secara bebas. Mobilisasi penting untuk mempertahankan kesehatan klien (Beyer dan Dubas, 1984).

2.1.1 Macam mobilisasi menurut (Beyer dan Dubas, 1984):

1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh ini menunjukkan bahwa saraf motorik dan sensorik mampu mengontrol seluruh area tubuh. Mobilisasi penuh mempunyai banyak keuntungan bagi kesehatan baik kesehatan fisiologis maupun psikologis bagi klien untuk memenuhi kebutuhan dan kesehatan secara bebas, mempertahankan interaksi sosial dan peran dalam kehidupannya sehari-hari.

2) Mobilisasi sebagian

Klien yang mengalami mobilisasi sebagian umumnya mempunyai gangguan saraf sensorik dan motorik pada area tubuh. Mobilisasi sebagian dapat dibedakan menjadi; 1) mobilisasi temporer yang disebabkan oleh trauma reversible pada system muskuloskeletal seperti dislokasi sendi dan tulang, dan 2) mobilisasi permanen biasanya disebabkan oleh rusaknya system saraf yang reversible seperti hemiplegi karena kecelakaan atau stroke.

2.1.2 Mobilisasi dengan Gerak Fungsi Dasar

Pada klien paska laparatomi dapat dilakukan mobilisasi dengan gerak

fungsi dasar sebagai berikut (Depkes Pendidikan Ahli Madya Keperawatan, 1993) :

1) Gerak kepala pada posisi berbaring

Mengangkat kepala dan memutar ke kiri dan ke kanan.

2) Gerak berguling atau miring kanan-kiri

Dengan kedua lutut ditekuk, kedua tangan di atas kemudian badan dimiringkan kanan-kiri dengan mengayun tungkai dan lengan. Hanya dengan ayunan kedua lengan berusaha untuk berguling dengan mengangkat satu lengan atau satu tungkai.

3) *Briding* (gerakan melayang)

Dengan lutut ditekuk, kemudian berusaha mengangkat pantat.

4) Duduk-bangkit ke duduk

Dari posisi terlentang dengan lengan bawah, kemudian berusaha bangkit ke duduk. Atau dari posisi miring, kedua tungkai bawah di luar tempat tidur dengan lengan dan tangan berusaha bangkit ke posisi duduk di tepi tempat tidur yang diteruskan dengan latihan keseimbangan duduk.

5) *Transfer* (pindah tempat)

Pada posisi duduk, kedua lengan mengangkat badan kemudian bergeser ke depan ke belakang, kanan-kiri, bergeser duduk dengan satu tangan menyangga diteruskan latihan pindah tempat dari *bed* ke *brankar* dan sebaliknya, dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, kursi roda ke *closet* dan sebaliknya.

6) Bangkit dari duduk ke berdiri

Terapi fisik setiap hari di tempat tidur untuk mengajarkan kemandirian dalam mobilisasi di tempat tidur, melalui berbagai aktivitas seperti berguling dari

sisi ke sisi lain dan bergerak dari posisi terlentang ke posisi duduk, demikian pula keterampilan berpindah, seperti dari tempat tidur ke kursi. Para perawat membantu menguatkan aktivitas pembelajaran ini. Secara progresif tingkatkan waktu di luar tempat tidur dalam batas toleransi, lakukan program latihan duduk bagi klien pasca laparatomi yang mengalami kesulitan duduk akibat gangguan atau kerusakan kulit (Garrison S.J., 2001).

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan dengan gerak fungsi dasar adalah (Akper Depkes, 1993).

(1) Frekuensi mobilisasi

Frekuensi mobilisasi yang dapat dilakukan pada kontraksi otot yang akan dilatih tanpa gerak sendi pada daerah operasi atau yang mengalami imobilisasi, latihan diberikan setiap jam selama 5 detik. Perubahan posisi dengan gerak fungsi dasar pada klien pasca laparatomi yang sudah mulai ada adaptasi dapat dilakukan gerakan seperti terlentang dan miring kanan-kiri setiap 2 jam sekali, sedangkan duduk dan berjalan (transfer dari suatu tempat ke tempat lain) secara bertahap tiap 8 jam sekali.

(2) Pelaksana mobilisasi

Pelaksanaan mobilisasi dapat dilakukan oleh secara mandiri atau memerlukan bantuan dari orang lain dan peralatan (Carol Vestal, 1998).

(3) Lama mobilisasi

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan pada kontraksi otot yang akan dilatih tanpa gerak sendi pada daerah operasi atau yang mengalami imobilisasi, kontraksi ditahan selama 6 detik dan diikuti dengan pelepasan, latihan diberikan setiap jam selama 5 detik. Perubahan posisi dengan gerak fungsi dasar pada klien

pasca laparatomi yang sudah mulai ada adaptasi dapat dilakukan gerakan seperti terlentang dan miring kanan-kiri setiap 2 jam sekali, sedangkan duduk dan berjalan (transfer dari suatu tempat ke tempat lain) secara bertahap tiap 8 jam sekali selama 5-10 menit.

(4) Metode mobilisasi

Perubahan posisi dengan gerak fungsi dasar pada klien pasca laparatomi yang sudah mulai ada adaptasi dapat dilakukan gerakan seperti terlentang dan miring kanan-kiri, sedangkan duduk dan berjalan (transfer dari suatu tempat ke tempat lain) secara bertahap tiap 8 jam sekali.

(5) Waktu mobilisasi

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan pada kontraksi otot yang akan dilatih tanpa gerak sendi pada daerah operasi atau yang mengalami imobilisasi

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Menurut Kozier (1991) :

1) Gaya hidup

Banyak orang melakukan aktivitas fisik secara teratur dalam rangka memelihara dan mempertahankan kesehatan mereka.

2) Proses penyakit dan trauma

Mobilisasi dapat terhambat oleh karena adanya rasa takut atau nyeri yang dirasakan pada klien paska operasi.

3) Kebudayaan

Sebagian klien masih ada yang mempersepsikan akan melakukan kegiatan gerak atau mobilisasi bila keadaan lukanya sudah sembuh.

4) Tingkat energi

Tingkat energi seseorang bersifat individual, ada individu membatasi

kegiatan walaupun tidak dalam keadaan sakit.

5) Usia dan tingkat perkembangannya

Usia sangat mempengaruhi tingkat kegiatan seseorang. Pada lansia tingkat kegiatan lebih kurang dari pada orang dewasa.

2.2 Penyembuhan Luka

2.2.1 Patofisiologi

Luka sembuh karena regenerasi jaringan atau oleh pembentukan granulasi. Sel-sel yang cedera mempunyai kapasitas regenerasi yang berlangsung baik, bila struktur sel yang melatarbelakangi tidak rusak. Bila otot cedera akan terjadi hipertropi sel-sel marginal atau garis tepi. Pada system saraf perifer tidak terjadi regenerasi. Pada torehan bedah yang biasa, jaringan otot ditoreh, sel epitel regenerasi di atas jaringan granulasi (Long, 1996).

2.2.2 Fase Penyembuhan Luka menurut Long (1996) :

1) Fase I,

Leukosit mencerna bakteri dan jaringan yang rusak. Fibrin menumpuk dan mengisi luka, pembuluh darah dari benang fibrin tumbuh pada luka sebagai kerangka (Garrison, 2001). Lapisan tipis dari sel epitel bermigrasi lewat luka dan membantu menutupi luka. Kekuatan jaringan yang dibentuk lemah, tetapi luka yang dijahit akan menahan jaringan yang dijahit dengan baik. Pada fase I berlangsung 3 hari.

2) Fase II

Leukosit mulai menghilang dan dasar luka mulai berisi kolagen serabut protein putih. Semua lapisan sel epitel beregenerasi secara lengkap dalam satu

minggu. Jaringan baru memiliki banyak jaringan vaskuler, jaringan ikat kemerahan karena banyak pembuluh darahnya. Tumpukan kolagen akan menunjang luka dengan baik dalam 6-7 hari.

3) Fase III

Kolagen terus bertumpuk dan menekan pembuluh darah baru sehingga arus darah mulai menurun. Luka berwarna merah jambu yang luas. Pada fase ini berlangsung kira-kira dari minggu kedua sampai minggu keenam.

4) Fase IV

Berlangsung beberapa bulan, klien akan mengeluh gatal di sekitar luka, walaupun kolagen terus menimbun. Pada fase ini luka menciut dan menjadi tegang.

2.2.3 Bentuk Penyembuhan Luka

Menurut Long (1996) penyembuhan luka akan terjadi dalam bermacam tahap :

1) Penyembuhan primer

Luka tajam, bersih dan dijahit, tanpa komplikasi. Hasilnya sembuh dengan sedikit-sedikit.

2) Penyembuhan sekunder

Luka diisi oleh jaringan granulasi, epitel, merambat dari tepi luka ke jaringan granulasi, penyembuhan berjalan lama, hasilnya sikatrik yang tampak jelek.

3) Penyembuhan tersier

Luka dijahit setelah beberapa hari kemudian. Luka sudah lebih terkontaminasi dari penyembuhan primer, granulasi lebih banyak.

2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Menurut Kozier (1995) ada beberapa faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, yaitu :

1) Nutrisi

Makanan yang dikonsumsi hendaknya mengandung kalori dan protein tinggi untuk mempertahankan kekuatan dan daya tahan. Makanan enteral atau makanan intravena sebagai usaha akhir untuk menyokong kebutuhan nutrisi sebagai pendekatan fisiologis (Garisson, 2001). Protein dan vitamin C adalah zat makanan utama yang penting untuk penyembuhan luka. Protein penting untuk membentuk jaringan baru . Vitamin C untuk pematangan serat kolagen pada tahap akhir penyembuhan (Kozier, 1995).

2) Vaskularisasi

Tanpa suplai darah yang adequate, penyembuhan luka akan lambat atau tidak terjadi karena darah membawa nutrisi yang dibutuhkan oleh pertumbuhan jaringan baru. Gangguan suplai darah ke pembuluh darah dapat merangsang respon terhadap benda asing.

3) Luas Luka

Makin kecil luka, waktu penyembuhan lebih cepat karena jaringan baru diperlukan untuk mengganti jaringan yang rusak menjadi lebih sedikit.

4) Umur

Penyembuhan lebih cepat pada orang muda daripada orang yang lebih tua.

5) Stressor lain

Adanya infeksi, benda asing, penyakit diabet atau stressor lain dapat

menunda proses penyembuhan luka. Radiasi dapat memperlambat proses penyembuhan luka sampai 5-6 hari setelah terapi radiasi.

6) Mekanisme imun

Proses penyembuhan luka juga dipengaruhi oleh tingkat pertahanan tubuh, fagositosis dan kebersihan luka.

7) Hormon adrenokortikal

Menurut style (1956), kerja hormon untuk proses inflamasi atau antiinflamasi seperti kerja dari pada glukokortikoid (kortison). Untuk penyembuhan luka kortison dapat mengurangi formasi jaringan kolagen.

8) Penyakit penyerta

Tingkat infeksi, penyakit diabetes mellitus dapat memperlambat penyembuhan luka.

2.2.5 Penilaian penyembuhan luka

Penyembuhan luka adalah proses pemulihan kesehatan, pengembalian fungsi normal, perbaikan seperti asal dari kerusakan (Rothenburg, 1989). Luka adalah terputusnya jaringan. penyembuhan luka adalah pemulihan kontinuitas jaringan perprimum atau penyembuhan primer yaitu ; 1) tidak ada infeksi, 2) luka bersih, 3) penyembuhan luka primer, 4) *tensil strength* atau luka tampak seperti garis tebal, dan 5) penyembuhan luka sebagai garis menebal.

2.2.6 Lama penyembuhan luka

Lama penyembuhan luka :

- 1) Cepat (< 10 hari)
- 2) Sedang (10 hari-3 minggu)
- 3) Lambat (> 3 Minggu)

2.3 Aplikasi tingkat pencegahan dan penyembuhan luka

Aplikasi tingkat pencegahan dan penyembuhan luka pada asuhan keperawatan klien pasca laparatomi adalah ; 1) upaya mencegah terjadinya gangguan pemulihan dini jaringan luka operasi yang disebabkan oleh faktor lokal seperti infeksi, hematoma, atau lokal iskemia, 2) upaya mencapai penyembuhan luka yang adekuat yaitu terhindar dari kecacatan (Lewis, 1984). Pemulihan dini jaringan dan penyembuhan luka yang adekuat memungkinkan klien melakukan mobilisasi dan rehabilitasi dengan segera (Beyer dan Dubas, 1984).

2.4 Mobilisasi pada klien paska laparatomi dan Penyembuhan Luka

2.4.1 Laparatomi

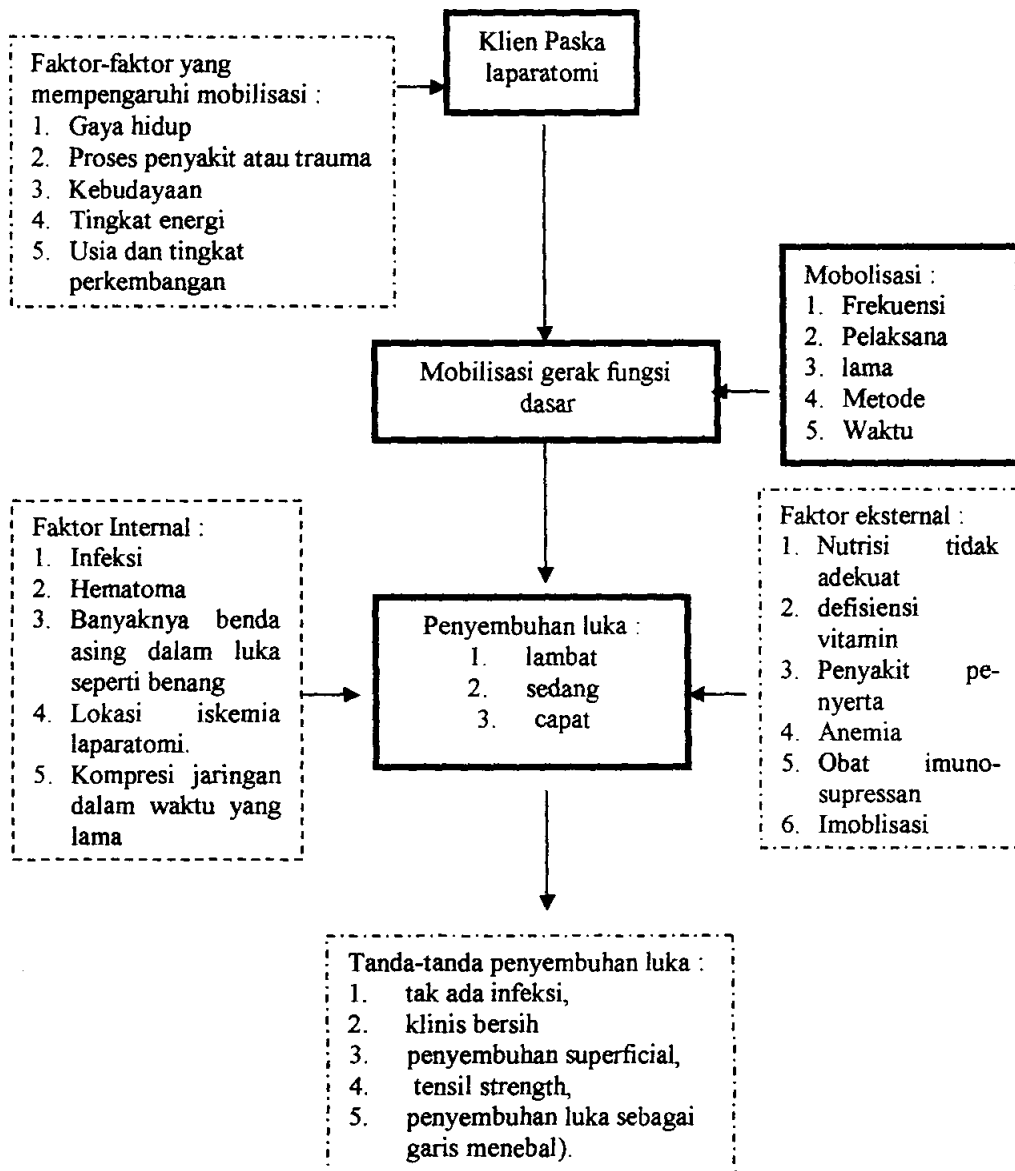
Laparatomi adalah operasi pemotongan dinding perut sampai dengan rongga peritoneum (Edmund, 2000). Laparatomi merupakan insisi yang dilakukan tepat di garis tengah, diatas dan di bawah umbilikus dari ujung prosesus xyfoideus ke pubis. Insisi dilakukan dengan memutar umbilikus ke arah kanan dan kiri tergantung pada sisi mana proses penyakit terjadi yang meliputi pemotongan : 1) kulit, 2) jaringan subkutan fasia, 3) lemak ekstraperitoneal menumpuk dan banyak pembuluh darah di sepertiga atas insisi dan 4) peritoneum. Pembuluh darah tersebut di antaranya adalah vena mesentrika inferior, arteri illiaka kiri-kanan, arteri kolika kiri-kanan, dan ligamen treitz. (Robert G.G, 1987).

2.4.2 Pengaruh mobilisasi terhadap luka

Pengaruh mobilisasi sebagai fasilitator vaskularisasi dalam mengantisipasi perubahan pada lapisan dan sel-sel mesotelial di atas dasar fibrolisis bagian veseral menutupi usus dan mesentrika yang relatif tidak sensitif

hanya berespon terhadap traksi dan regangan, dan parietal yang melapisi dinding abdomen dan berhubungan dengan fascia peritoneum. Dengan paska laparotomi di mana terjadi cedera, maka sel-sel mesotelial akan berintegrasi ke dalam luka dan monosit bebas dalam cairan peritoneum (Robert G.G, 1987). Mekanisme kerja mobilisasi ini sebagai fasilitator dalam meningkatkan kerja vaskularisasi yang adekuat karena menyediakan kebutuhan nutrisi dan oksigen untuk penyembuhan luka, beberapa faktor penyulit seperti banyaknya kerusakan arteri dan vena, penekanan verban dan odema pada luka. Vaskularisasi yang adekuat akan mengaktifkan kerja leukosit, benang-benang fibrin dan sel epitel dan kolagen bermigrasi lewat luka dan menutupi luka pada jaringan peritoneal sampai otot fasianya (Kozier, 1995). Hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pasca laparotomi dalam hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Salah satu faktor eksternal tersebut adalah mobilisasi yang juga memfasilitasi dalam proses penyembuhan luka pasca laparotomi. Berbagai macam mobilisasi yang dapat dilakukan pada penyembuhan luka apakah cepat, sedang, dan lambat tergantung bagaimana klien tersebut melakukan mobilisasi. Hal ini dilakukan tergantung dari kemauan dan minat klien secara individual dalam mengantisipasi keadaannya. (Garrison, 2001).

2.4 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : diteliti
- : tidak diteliti

Diagram 2.1
Kerangka Konsep Hubungan Pengaruh Mobilisasi dan
Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi

2.6 Hipotesa

Hipotesis adalah suatu asumsi pernyataan tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam riset (Nursalam dan Pariani, 2000), yaitu :

H_0 = tidak terdapat hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pada klien pasca laparatomi

H_1 = terdapat hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka pada klien pasca laparatomi

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan antara lain :

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang vital dalam penelitian, yang memungkinkan memaksimalkan suatu kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi *validity* suatu hasil (Nursalam dan Pariani, 2000). “Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi” akan dapat diketahui dengan menggunakan jenis penelitian “*Analisis Observasional Quesi Eksperimen*”. Penggunaan jenis penelitian ini untuk mengetahui hubungan mobilisasi dengan penyembuhan luka pasca laparatomi. Dalam penelitian ini obyek atau klien pasca laparatomi dilakukan secara *purposive sampling* yaitu mulai dari hari ketiga paska laparatomi sampai dengan terlihat tanda-tanda penyembuhan primer antara lima sampai sepuluh hari dari paska laparatomi atau sampai klien pulang. *Purposive sampling* disebut juga *judgment sampling* adalah suatu teknik sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Burns dan Grove, 1991).

3.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

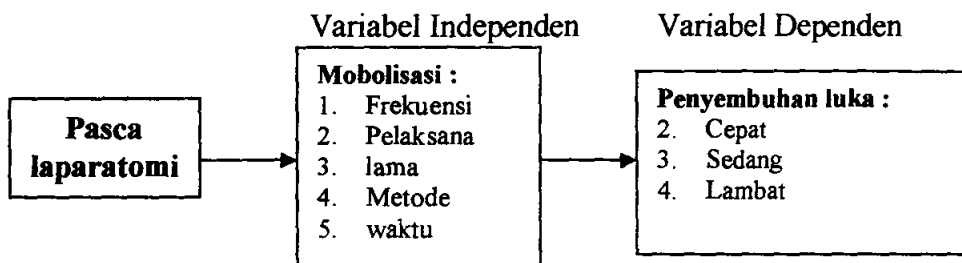


Diagram 3.1
Kerangka Kerja Hubungan Mobilisasi dan
Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi

3.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang akan diteliti (Nursalam dan Pariani, 2000). Pada penelitian ini populasinya adalah semua klien pasca laparatomi dengan indikasi emergensi (eksplorasi laparatomi) yang ada di Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan *sampling* tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam dan Pariani, 2000). Sampel dari penelitian ini adalah sebagian klien pasca laparatomi yang memenuhi kriteria kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah Karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam dan Pariani, 2000). Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu luka pasca laparatomi emergensi, klien sadar, kooperatif, umur 15-65 tahun, tidak terdapat penyakit penyerta, serta bersedia menjadi responden

3.3.3 Sampling

Sampling adalah cara atau metode pengambilan sampel atau suatu proses dalam menyeleksi proporsi dari populasi untuk mewakili populasi (Nursalam dan Pariani, 2000). Sampling pada penelitian ini adalah semua klien yang ada di Ruang Bedah F dan G dengan paska laparatomi eksplorasi mempunyai kesempatan yang sama menjadi responden bila memenuhi syarat-syarat inklusi. Pada penelitian ini menggunakan *non probability sampling-purposive sampling type* yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih klien pasca laparatomi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya.

3.3.4 Besarnya sampel

Besar sampel adalah banyaknya subyek yang akan dijadikan sampel (Sastroasmoro dan Ismael, 1995). Dalam penelitian ini besar sampel yang akan dijadikan penelitian sebanyak 30 responden pada klien yang mengalami pasca laparatomi eksplorasi.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1) Lokasi

Lokasi yang dijadikan tempat penelitian adalah Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya dengan pertimbangan sebagai berikut ; 1) Ruang bedah F dan G merupakan lokasi dengan kondisi klien pasca laparatomi eksplorasi yang memenuhi kriteria inklusi, dan 2) kedua ruang tersebut merupakan kelanjutan dari perawatan paska laparatomi dari ruang operasi yang sifatnya emergensi sampai kondisi klien agak stabil di ruang bedah F kemudian

dipindahkan ke ruang bedah G sampai sembuh atau boleh pulang.

2) Waktu penelitian

Jadual penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

PROGRAM KEGIATAN	WAKTU DALAM BULAN TAHUN 2001/2002																
	DESEMBER			JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL				
1. Persiapan :																	
- Penyusunan proposal	x	x	x														
- Konsultasi proposal				x	x	x											
2. Pengumpulan data							x	x	x	x	x	x					
3. analisa data dan pembahasan												x	x				
4. Penulisan riset													x	x			
5. Seminar																	x

3.5 Identifikasi Variabel

3.5.1 Identifikasi variabel

Variabel adalah karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subyek ke subyek yang lainnya (Sastroasmoro & Ismael, 1995).

1) Variabel dependen

Variabel dependen (terikat) adalah variabel respon (*output*). Sebagai variabel respon berarti variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel bebas (Nursalam dan Pariani, 2000). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah penyembuhan luka paska laparatomi.

2) Variabel independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah suatu stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam dan Pariani, 2000). Variabel independen dalam penelitian

pasca laparatomi adalah mobilisasi.

3.6 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam dan Pariani, 2000).

1) Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah hal Bergeraknya sesuatu seperti zat cair , klien dan lain-lain (Ahmad A.K., 1994). Mobilisasi adalah kemampuan klien untuk bergerak secara bebas (Beyer dan Dubas, 1984). Mobilisasi dalam penelitian ini adalah satu tindakan atau gerak fungsi dasar yang dilakukan baik oleh perawat, klien atau keluarga untuk tercapainya tujuan (penyembuhan luka).

(1) Frekuensi mobilisasi

Frekuensi mobilisasi dibedakan menjadi ; 1) 4-6 kali, 2) 7-10 kali, dan 3) lebih dari 10 kali dengan merubah posisi tubuh (miring kanan/kiri, terlentang dan duduk) dengan frekuensi yang teratur setiap 2 jam untuk memberikan kenyamanan pada klien dan mempercepat proses penyembuhan luka pasca laparatomi.

(2) Pelaksana mobilisasi

Pelaksanaan mobilisasi dapat dilakukan oleh ; 1) klien sendiri secara aktif, dan atau 2) klien dengan bantuan (pasif) baik oleh perawat atau keluarganya. Perawat memberi penjelasan kepada klien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi, sehingga dapat dilakukan dengan baik.

(3) Lama mobilisasi

Lama mobilisasi dibedakan apakah klien dalam melakukan mobilisasi dengan waktu yang dibutuhkan ; 1) kurang dari 5 menit, 2) 5-10 menit, 3) 11-15 menit, dan 4) lebih dari 15 menit. Hal ini penting karena dengan kemampuan mobilisasi yang digunakan dalam melakukan aktivitas di tempat tidur, sangat membantu melancarkan peredaran darah. Makin lama melakukan mobilisasi makin baik pengaruhnya terhadap integritas kulit dan proses penyembuhan luka.

(4) Metode mobilisasi

Suatu Cara atau model mobilisasi yang dilakukan pada klien paska laparatomi yaitu 1) terlentang, 2) terlentang, miring kanan-kiri, 3) terlentang, miring kanan-kiri, duduk, dan 4) terlentang, miring kanan-kiri, duduk, dan jalan

(5) Waktu mobilisasi

Waktu pertama kali dilakukan mobilisasi pada klien paska laparatomi, yaitu 1) hari ke-1-3, 2) hari ke-3-6, dan 3) lebih dari hari ke-6.

2) Lama penyembuhan luka :

Lama penyembuhan luka pada penelitian ini adalah waktu yang diperlukan dalam proses pemulihan kontinuitas jaringan pertoneal. Lama penyembuhan luka ; 1) Cepat (< 10 hari), 2) Sedang (10-3 Minggu), dan 3) Lambat (> 3 Minggu).

Kriteria penilaian luka sebagai berikut ; 1) jelek, bila tidak ada tanda-tanda penyembuhan, 2) cukup, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi , klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, tidak terjadi penyembuhan luka sebagai garis menebal), 3) baik, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan

tidak terjadi tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal), dan 4) sangat baik, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal).

Adapun definisi operasional secara rinci adalah sebagai berikut :

VARIABLE	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA PENGUKURAN	SKOR
Variabel Bebas Mobilisasi	Suatu tindakan atau aktivitas (gerakan fungsi dasar) yang dilakukan secara sengaja baik oleh klien, keluarga dan perawat.	1) Frekuensi 2) Pelaksana 3) Intensitas (lama) 4) Metode (cara) 5) Waktu			
Frekuensi mobilisasi	Berapa kali klien melakukan mobilisasi dalam sehari	< 4 kali 4-6 kali 7-10 kali > 10 kali	Questioner	Ordinal	< 4 kali = 1 4-6 kali = 2 7-10 kali = 3 > 10 kali = 4
Pelaksana mobilisasi	orang yang melakukan mobilisasi	- Klien (aktif) - Klien dengan bantuan (pasif)	Questioner	Nominal	- Klien (aktif) = 1 - Klien dengan bantuan (pasif) = 2
Intensitas (lama) mobilisasi	Waktu yang diperlukan dalam melakukan mobilisasi	- < 5 menit - 5-10 menit - 10-15 menit - > 15 menit	Questioner	Ordinal	- < 5 menit = 1 - 5-10 menit = 2 - 10-15 menit = 3 - > 15 menit = 4
Metode (cara) mobilisasi	Cara mobilisasi dilakukan.	- Terlentang - Terlentang, miring kanan dan kiri - Terlentang, miring kanan dan kiri, duduk - Terlentang, miring kanan dan kiri, duduk, dan jalan	Questioner	Nominal	- Terlentang = 1 - Terlentang, miring kanan dan kiri = 2 - Terlentang, miring kanan dan kiri, duduk = 3 - Terlentang, miring kanan dan kiri, duduk, dan jalan = 4

Waktu	Waktu mulai di-lakukan mobilisasi paska laparatomi Pemnulihan	- Hari ke1-3 - Hari ke4-6 - Lebih dari hari ke-6	Questioner	Ordinal	- Hari ke1-3 = 4 - Hari ke4-6 = 3 - Lebih dari hari ke-6
Variabel Terikat					
Penyembuhan luka	Menutupnya kembali jaringan luka mulai dari hari ketiga pasca laparatomi sampai dengan terlihat tanda-tanda penyembuhan primer antara lima sampai tujuh hari dari paska laparatomi atau sampai klien pulang.	- Lama penyembuhan luka - Penilaian luka			
Lama proses penyembuhan luka	Waktu yang diperlukan dalam proses pemulihan kontinuitas jaringan pertoneal.	- lambat (> 3 minggu) - Sedang (10 hari-3 minggu) - cepat (<10 hari)	Observasi	Ordinal	- lambat (> 3 minggu) = 1 - Sedang (10 hari-3 minggu) = 2 - cepat (<10 hari) = 3
Penilaian tingkat luka	Kriteria tingkat pemulihan kontinuitas jaringan luka paska laparatomi.	- Jelek, bila tidak ada tanda-tanda penyembuhan - Cukup, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, tidak terjadi penyembuhan luka sebagai garis menebal). - Baik, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada	Observasi	Ordinal	- 1 = Jelek, bila tidak ada tanda-tanda penyembuhan - 2 = Cukup, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, tidak terjadi penyembuhan luka sebagai garis menebal). - 3 = Baik, bila tanda-tanda penyembuhan ter-

		infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tidak terjadi tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal). - Sangat baik, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal).			jadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tidak terjadi tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal). - 4 = Sangat baik, bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal).
--	--	---	--	--	---

Keterangan :

Dari skala ordinal ini dirubah dalam skala nominal saat analisa data dengan ketentuan :

Jumlah nilai	frekuensi	pelaksana	metode	lama	waktu
≤ 2	Kurang	Aktif	Nonvariatif	Cukup	Dini
> 2	Baik	Pasif	variatif	lama	lambat

3.7 Cara Pengukuran Variabel

Variabel independen dan variabel dependen diukur dengan menggunakan lembar observasi.

3.8 Pengumpulan dan Analisa Data**1) Pengumpulan data**

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data berupa wawancara terstruktur dan lembaran observasi yang pernyataannya dibuat sendiri oleh peneliti, yang ditujukan kepada subyek yang memenuhi kriteria inklusi. Lembaran pertanyaan terstruktur (*questioner*) disusun secara terperinci sesuai dengan variabel yang diteliti pada saat kali pertama dengan klien dan kemudian dilakukan

observasi pada hari ke lima sampai hari kesepuluh atau sembuh/pulang untuk mengevaluasi tingkat penyembuhan luka setelah dilakukan tindakan.

Para perawat membantu menguatkan aktivitas pembelajaran mobilisasi. Secara progresif tingkatkan waktu di luar tempat tidur dalam batas toleransi, lakukan program latihan duduk bagi klien pasca laparotomi yang mengalami kesulitan duduk akibat gangguan atau kerusakan kulit (Garrison S.J., 2001).

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan pada kontraksi otot yang akan dilatih tanpa gerak sendi pada daerah operasi atau yang mengalami imobilisasi, kontraksi ditahan selama 6 detik dan diikuti dengan pelepasan, latihan diberikan setiap jam selama 5 detik. Perubahan posisi dengan gerak fungsi dasar pada klien pasca laparotomi yang sudah mulai ada adaptasi dapat dilakukan gerakan seperti terlentang dan miring kanan-kiri setiap 2 jam sekali, sedangkan duduk dan berjalan (transfer dari suatu tempat ke tempat lain) secara bertahap tiap 8 jam sekali selama 5-10 menit.

2) Analisa data

- (1) Analisa deskriptif atau tabulasi, untuk mengetahui hubungan dari masing-masing variabel (Djarwanto, 1996).
- (2) Analisa Chi Square dengan Uji Fisher Exact Test, dilakukan untuk menganalisa hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan signifikansi atau kemaknaan yang digunakan $p \leq 0,05$ (Nursalam dan Pariani, 2000).

Data yang telah dikumpulkan akan dilakukan tabulasi dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel yang diukur. Penganalisaan data dengan menggunakan bantuan alat piranti SPSS 10 adalah untuk mengetahui hubungan antara variabel

dependent dan variabel *independent*.

Apabila $p \geq 0,05$ berarti H_0 diterima H_1 ditolak artinya tidak terdapat pengaruh mobilisasi terhadap penyembuhan luka. Apabila $p \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak H_1 diterima artinya terdapat pengaruh mobilisasi terhadap efek penyembuhan luka.

3.9 Etika penelitian

Setelah mengajukan permohonan tentang penelitian yang dimaksud mendapatkan ijin dari Direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan klien sebagai responden (subyek). Oleh karena itu untuk melindungi keselamatan dan kerahasiaannya, maka peneliti mengutamakan prinsip pemanfaatan, menghormati hak asasi, keadilan, autonomi serta kepercayaan. Fasilitas yang digunakan adalah *informed consent*, *anonymity* dan *confidentiality*.

1.6 *Informed consent*

Informasi persetujuan setelah mendapatkan informasi secara jelas dan menandatangani formulir yang telah disediakan, bila subyek menerima untuk dilakukan penelitian. Lembar persetujuan diberikan pada klien pasca laparatomi di Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dokter Soetomo Surabaya yaitu pada saat pengambilan data.

1.7 *Anonymity*

Dalam menjaga kerahasiaan responden, maka nama subyek tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengikutsertakannya peneliti cukup menuliskan nomer kode subyek pada masing-masing lembar pengumpulan

data.

1.8 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti.

3.10 Keterbatasan

1) Desain sampling

Sampel yang diteliti hanya terbatas pada klien dengan paska laparatomi, sehingga hasilnya kurang representatif sebagai generalisasi secara keseluruhan. Keterbatasan dan kekurangan dalam pengambilan jumlah sampel, karena sampel yang tersedia dan waktu penelitian terbatas. Quesi eksperimen, metode ini tidak adanya randomisasi yang berarti pengelompokan sampel pada kelompok eksperimen tidak dilakukan dengan random atau acak dan kontrol terhadap variable yang berpengaruh terhadap eksperimen tidak dilakukan (Sukidjo Notoatmodjo, 1993).

2) Instrumen

Alat ukur yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah mobilisasi dengan menggunakan lembar pertanyaan (*questioner*) dan menggunakan lembar observasi untuk mengetahui tingkat penyembuhan luka. Mobilisasi yang dilakukan klien lebih mengarah ke subyektivitas, sehingga hasil secara obyektif kurang akurasi.

3) *Feasibility*

Dalam melakukan penelitian ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam keterbatasan ini diantaranya ; 1) terbatasnya dana, sarana

dan waktu, sehingga hasil dari penelitian kurang sempurna dan kurang memuaskan, 2) tingkat kemampuan peneliti terbatas, sehingga penjabaran permasalahan dalam penelitian kurang sempurna, 3) Pengalokasian dana dalam penelitian ini relatif sedang artinya dapat dijabarkan sendiri oleh peneliti.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data dan hasil analisisnya. Untuk selanjutnya akan disajikan pembahasan hasil penelitian untuk mencari alternatif jawaban terhadap masalah-masalah penelitian.

Data umum akan menampilkan karakteristik klien yang meliputi jenis kelamin, umur dan pendidikan. Data khusus tentang bagaimana hubungan frekuensi, pelaksana, intensitas (lama), metode (cara), dan waktu mobilisasi pasca laparatomi terhadap penyembuhan luka. Peneliti mulai melakukan pengumpulan data sejak pertengahan Januari 2002 sampai dengan pertengahan Maret 2002. Kasus yang disajikan adalah klien pasca laparatomi dengan indikasi emergensi seperti peritonitis generalisata, appendiks perforasi dan tindakan operasi eksplorasi laparatomi lainnya.

Data khusus dalam penelitian ini meliputi hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel independent dan variabel dependent untuk mengetahui hubungan signifikansi antar variabel tersebut. Untuk mengetahui tingkat signifikansi antara variabel dan mengukur hubungan yang lebih bermakna akan diuji dengan uji statistik Chi-Square (X^2). Tingkat kemaknaan dalam penelitian ini adalah $p \leq 0,05$, artinya bila nilai $p \leq 0,05$, maka H_0 ditolak berarti ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur. Bila $p > 0,05$, maka H_0 diterima berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur.

Berikut akan disajikan pembahasan hasil penelitian untuk mencari

alternatif jawaban terhadap permasalahan penelitian.

4.1 Hasil

4.1.1 Data umum

1) Deskriptif pelayanan bedah ruang bedah F dan G

Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya merupakan tempat perawatan sub akut dari tindakan pasca operasi laparatomi dengan indikasi tindakan emergensi akibat dari beberapa penyakit atau kasus. Pada penelitian ini telah dilakukan suatu pengambilan data dari beberapa klien dengan pasca laparatomi eksplorasi akibat peritonitis generalisata, appendiks perforasi sehingga tingkat homogenitasnya lebih dipercaya.

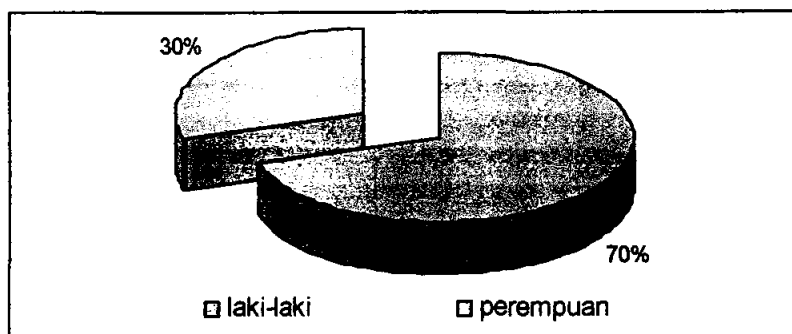
Populasi klien pasca laparatomi ini di ruang bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya mulai dari pertengahan Januari sampai dengan pertengahan Maret 2002 telah didapatkan responden sebanyak 30 orang dengan karakteristik tertentu sesuai dengan kriteria inklusi.

Dari sampel yang ada diobservasi sesuai dengan tingkat kemampuan dan kebiasaan klien dalam mobilisasi atau gerakan fungsi dasar tubuh mulai dari terelentang, miring kanan dan kiri, duduk dan berjalan baik (frekuensi, metode, lama, waktu dan pelaksana) terhadap penyembuhan luka yang diobservasi pada hari ke lima sampai dengan hari ke sepuluh dan atau klien sampai sembuh/pulang. Untuk mengevaluasi proses ini peneliti bekerja sama dengan perawat ruang bedah F dan G selama penelitian dan perawatan klien pasca laparatomi dengan indikasi tindakan emergensi seperti yang telah dikriteriakan dalam inklusi sampel.

2) Karakteristik responden

Secara umum akan diuraikan tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, umur, dan pendidikan.

(1) Jenis kelamin

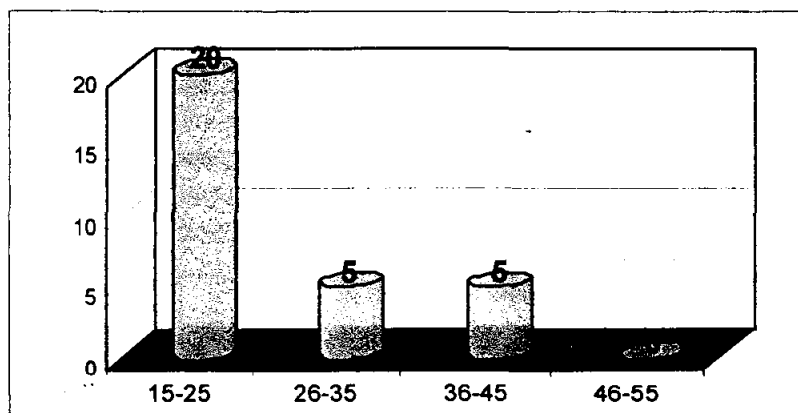


Gambar 4.1

Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Klien
Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Gambaran karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan jenis kelamin laki-laki 70% dan sisanya adalah perempuan sebanyak 30%,

(2) Umur responden

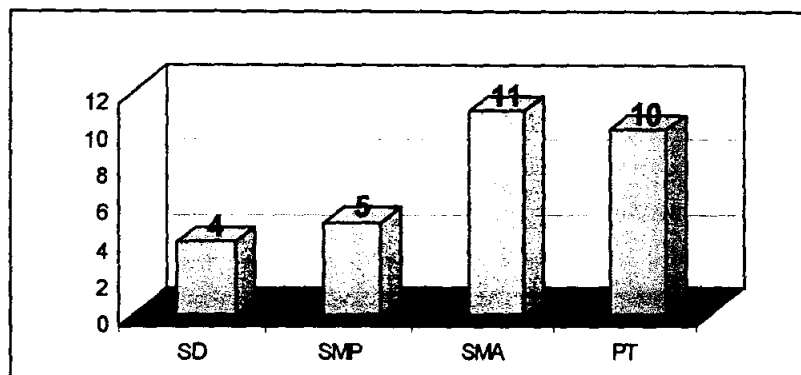


Gambar 4.2

Distribusi Responden Menurut Umur Klien
Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Gambaran karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur antara 15-25 tahun (66,67%), sedangkan kelompok umur 26-35 tahun (16,67%) dan 36-45 tahun (16,67%).

(3) Pendidikan responden



Gambar 4.3
Distribusi Responden Menurut Pendidikan Klien
Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Berdasarkan gambar 4.3 digambarkan bahwa distribusi responden menurut pendidikan terbagi menjadi tingkat pendidikan terbanyak SMA sebesar 40%, Perguruan Tinggi (PT) sebesar 33,33 % dan lainnya SD, SMP masing-masing 13,33 %.

4.1.2 Data khusus

Data khusus ini menjabarkan tentang hubungan antara *variable independent* (variabel bebas) dengan *variable dependent* (variabel terikat) yaitu hubungan frekuensi, metode, pelaksana, lama dan waktu mobilisasi terhadap penyembuhan luka pasca laparatomi di ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

1) Hubungan frekuensi mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.4

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Frekuensi Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Frekuensi mobilisasi	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
1-6 kali	4	13,3	4	13,3	8	26,7
7->10 kali	21	70	1	3,3	22	73,3
Total	25	83,3	5	16,6	30	100
Uji Fisher's Exact Test	$X^2 = 8,7 \quad p = 0,011 \quad df = 1$					

Hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$ artinya ada hubungan frekuensi mobilisasi dan penyembuhan luka.

2) Hubungan pelaksana mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.5

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Pelaksana Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Pelaksana mobilisasi	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
Klien (aktif)	21	70	1	3,3	22	73,3
Klien dengan bantuan (pasif)	4	13,3	4	13,3	8	26,7
Total	25	83,3	5	16,6	30	100
Uji t Fisher's Exac Test	$X^2 = 8,7 \quad p = 0,011 \quad df = 1$					

Dengan melihat tabel di atas bahwa tingkat kesembuhan klien yang melakukan mobilisasi aktif 73,3 % dengan penyembuhan cepat (70%) dan mobilisasi bantuan (pasif) 26,7% dengan penyembuhan luka cepat (13,3%). Hasil Uji Fisher's Exact Tets menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0.05$ artinya ada hubungan pelaksana mobilisasi dan penyembuhan luka.

3) Hubungan intensitas (lama) mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.6

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Intensitas (Lama) Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Intensitas (lama) mobilisasi	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
1-10 menit	3	10	5	16,7	8	26,7
11->15 menit	22	73,3	0	0	22	73,3
Total	25	83,3	5	16,7	30	100
Uji t Fisher's Exac Test	$X^2 = 16,5$ $p = 0,000$ $df = 1$					

Dengan melihat tabel di atas dapat dijelaskan bahwa tingkat kesembuhan klien yang melakukan mobilisasi lebih lama (73,3%) dengan penyembuhan cepat (73,3%). Hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,000$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada signifikan $p \leq 0,1$, artinya ada hubungan lama mobilisasi dan penyembuhan luka.

4) Hubungan metode mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.7

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Metode Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Metode mobilisasi	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
Terlentang, miring kanan dan kiri	4	13,3	4	13,3	8	26,7
Terlentang, miring kanan dan kiri, duduk, dan jalan	21	70	1	3,3	22	73,3
Total	25	83,3	5	16,6	30	100
Uji t Fisher's Exact Test	$X^2 = 8,7$ $p = 0,011$ $df = 1$					

Dengan melihat tabel di atas bahwa klien yang melakukan mobilisasi terlentang, miring kanan kiri, duduk dan berjalan 73,3% dengan tingkat kesembuhan cepat 70%. Hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat

signifikan $p \leq 0,05$, ada hubungan metode mobilisasi dan penyembuhan luka.

5) Hubungan waktu mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.8

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Waktu Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Waktu mobilisasi	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
Hari 1-3	23	76,7	1	3,3	24	80
Hari 4-6	2	6,7	4	13,3	6	20
Total	25	83,4	5	16,6	30	100
Uji t Fisher's Exact Test	$X^2 = 13,3 \quad p = 0,03 \quad df = 1$					

Dengan melihat tabel di atas bahwa tingkat kesembuhan klien yang melakukan mobilisasi hari ke1-3 sebanyak 80% dan hari ke 4-6 sebanyak 20% pasca laparatomi. Bila ditinjau dari hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,03$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$, artinya ada hubungan waktu memulai mobilisasi dan penyembuhan luka.

6) Hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka

Tabel 4.9

Hasil Analisa Chi-Square Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Mobilisasi -	Penyembuhan luka				Total	
	cepat	%	sedang	%	n	%
Cukup	4	13,3	5	16,7	9	30
Baik	21	70	0	0	21	70
Total	25	83,3	5	16,7	30	100
Uji t Fisher's Exact Test	$X^2 = 14,00 \quad p = 0,001 \quad df = 1$					

Dengan melihat tabel 4.9, bahwa mobilasi baik dengan penyembuhan cepat (70%), sedangkan mobilisasi cukup dengan tingkat penyembuhan luka cepat 13,3% dan sedang 16,7%. Bila ditinjau dari hasil Uji Fisher's Exact Test

menunjukkan $p = 0,001$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$, artinya ada hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka.

4.2 Pembahasan

Selanjutnya setelah dilakukan analisa data dan hasil dari penelitian yang diperoleh dengan menggunakan Uji Statistik Fisher's Exact Test, akan dilakukan pembahasan. Hal-hal yang akan dibahas diantaranya adalah hubungan 1) frekuensi, 2) metode, 3) lama, 4) pelaksana, dan 5) waktu mobilisasi terhadap penyembuhan luka.

1) Hubungan frekuensi mobilisasi dan penyembuhan luka

Hasil Uji Fisher's Exact Test pada tabel 4.4 menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$ artinya ada hubungan frekuensi mobilisasi dan penyembuhan luka.

Sel-sel pada luka jaringan pasca laparatomi akan mengalami kerusakan struktur. Sel dapat mengalami keadaan stres metabolik. Hal ini dapat terjadi akibat pembentukan ATP berhenti, penimbunan asam laktat menyebabkan *coiling* dan *clumping* DNA inti, sintesis protein terganggu, dan akhirnya sel-jaringan menjadi mati (Suhartono, 1997). Kondisi ini pada saatnya mencetuskan respon kompensasi peningkatan frekuensi jantung untuk memperbaiki hipoksia atau kerusakan jaringan tersebut sehingga proses penyembuhan luka akan lebih lebih cepat (Carpenito, 2000).

Dengan melihat tabel di atas bahwa tingkat kesembuhan luka pasca laparatomi pada klien yang melakukan frekuensi mobilisasi 7->10 kali/hari sebanyak 73,3 % dengan penyembuhan cepat (70%) dan frekuensi mobilisasi 1-6 kali/hari sebanyak 26,7% dengan penyembuhan luka cepat (13,3%). Kedua hal tersebut terjadi karena responden sebagian besar berusia antara 15-25 tahun yang merupakan usia pertumbuhan, tingkat aktivitas dan mobilitas lebih tinggi, sehingga aliran darah didistribusikan pada banyak sistem termasuk luka pasca laparatomi sesuai dengan kebutuhan metabolisme dan tuntutan fungsional dari jaringan-jaringan karena kebutuhan jaringan terus-menerus mengalami perubahan, maka aliran darahnya harus terus-menerus disesuaikan dengan meningkatnya metabolisme, maka aliran darah meningkat guna memasukkan oksigen dan nutrisi serta membuang hasil akhir metabolisme. Selama latihan yang cukup aliran darah menuju otot rangka melalui mekanisme pengaturan intrinsik dan ekstrinsik (Sylvia & Lorraine, 1995).

2) Hubungan pelaksana mobilisasi dan penyembuhan luka

Dengan melihat tabel 4.5, bahwa tingkat kesembuhan luka pasca laparatomi pada klien yang melakukan mobilisasi aktif 73,3 % dengan penyembuhan cepat (70%) dan mobilisasi bantuan (pasif) 26,7% dengan penyembuhan luka cepat (13,3%). Hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0.05$ artinya ada hubungan pelaksana mobilisasi dan penyembuhan luka.

Pemahaman membantu menguatkan pentingnya mematuhi pengaruh mobilisasi terhadap penyembuhan luka pasca laparatomi. Sehingga mobilisasi

yang dilakukan secara aktif lebih meningkatkan produksi dan kerja dari pada neutrophil, histamin dan bioaktif lainnya untuk mengeleminasi agen/infeksi sehingga proses penyembuhan luka lebih cepat (Sylvia & Lorraine, 1996).

Pada penelitian ini responden yang mengalami penyembuhan luka cepat pasca laparatomi sebagian besar terjadi pada usia 15-25 tahun (66,7%) dan 26-35 tahun (13,3%), sedangkan pada usia 36-45 tahun (3,3%). Pada usia 36-45 tahun ini akan mengalami kemunduran fisik dan aktivitas sehingga kurang aktif, akhirnya proses penyembuhan lukanya lebih lambat. Menurut ATP III, umur itu sendiri masih mempunyai banyak pengaruh dalam perhitungan penyembuhan luka, tetapi usia bukan halangan signifikan untuk kesembuhan (Carisson, 1999 & Pegione, 2001).

Menurut Larose (1994) mengatakan bahwa pengaruh intervensi dengan berbagai metode pada wanita tidak sama dengan pria pada usia pertengahan yang secara aktif, mempunyai profil peningkatan sintesa protein, lisosom, kerja makrofage dibanding dengan yang kurang aktif.

3) Hubungan lama mobilisasi dan penyembuhan luka

Hasil Uji Fisher's Exact Tets menunjukkan $p = 0,000$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada signifikansi $p \leq 0,1$, artinya ada hubungan lama mobilisasi terhadap penyembuhan luka.

Kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup ditentukan oleh 1) fungsi fisik atau pergerakan, 2) perilaku tidur, 3) dukungan sosial, 4) depresi, 5) fungsi kognitif, 6) persepsi kesehatan (Carisson, 1999). Akhirnya adalah penting menekankan kembali bahwa penyakit adalah dinamis bukan statis. Manifestasi penyakit pada klien tertentu berubah setiap saat bila keseimbangan biologis

bergeser dan bila menekankan mekanisme bekerja. Pengaruh lingkungan yang terjadi pada klien juga akan mempengaruhi penyakit yang mempunyai batas manifestasi dan spektrum yang berbeda pada individu yang satu dengan yang lainnya (Carisson, 1999).

Dengan melihat tabel 4.6 dapat dijelaskan bahwa tingkat kesembuhan klien yang melakukan mobilisasi lebih lama (73,3%) dengan penyembuhan cepat (73,3%). Hal ini terjadi pada sebagian besar responden berusia 15-25 tahun, 26-35 tahun, sehingga energi yang dimiliki dalam tingkatan aktivitas dan pergerakan lebih lama dari pada usia di atasnya. Pada usia muda yang melakukan mobilisasi secara teratur dengan intensitas yang tinggi mempunyai pengaruh yang berbeda dari pada klien yang intensitas gerak fisiknya rendah pada penyembuhan luka (Carisson, 1999).

4) Hubungan metode mobilisasi dan penyembuhan luka

Dengan melihat tabel 4.7, bahwa klien yang melakukan mobilisasi terlentang, miring kanan kiri, duduk dan berjalan 73,3% dengan tingkat kesembuhan cepat 70%. Hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,011$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$, artinya ada hubungan metode mobilisasi dan penyembuhan luka.

Metode mobilisasi kombinasi dengan terlentang, miring kanan kiri, duduk, dan berjalan akan lebih meningkatkan suplai darah ke jaringan luka pasca laparatomi yang mengakibatkan peningkatan kerja sel darah putih, histamin dan zat bioaktif-kimia lainnya lebih lama bekerja untuk mengopsonisasi dan menghancurkan agen-agen atau infeksi untuk mengeleminasi dan menetralisasi

proses peradangan luka. (Sylvia & Lorraine, 1996).

Pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa klien yang kurang lama dalam mobilisasinya 26,7% dengan proses penyembuhan luka cepat 10% dan 16,7% sembuh dalam jangka waktu sedang. Hal ini menggambarkan bahwa dengan imobilisasi atau kurang mobilisasi, maka suplai oksigen pada jaringan perifer atau jaringan luka berkurang pula. Oksigen yang kurang akan menghasilkan *free radical* yang berlebihan menyebabkan peroksidasi lipid yang merusak struktur sel. Kadar kalsium bebas di sitoplasma $< 0,1 \mu\text{M}$, sedang kadar kalsium ekstraselluler sebesar $1,3 \mu\text{M}$. Sebagian besar kalsium intraselluler berada di mitokondria dan *endoplasmic reticulum* (ER). Kadar kalsium tertentu dipertahankan oleh *membrane-associated, energy dependent* Ca^{++} , Mg^{++} ATP ase. Pada luka iskemia dan toksin menimbulkan peningkatan kadar kalsium sitoplasmik, yang memicu enzim, seperti fosfolipid (merusak membran) dan protease (merusakkan membran dan protein *cytoskeletal*) yang dapat menimbulkan kematian sel dan jaringan (Contrans RS, 1994).

Sebenarnya penyembuhan pada setiap jaringan tubuh terjadi dengan proses yang berjalan sejajar dengan yang digambarkan untuk kulit, dengan variasi-variasi lokal yang bergantung pada kemampuan jaringan untuk melakukan regenerasi. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka atau daerah cedera atau peradangan jaringan lain. Proses penyembuhan yang demikian bergantung pada proliferasi sel dan aktivitas sintetik, khususnya sensitif terhadap defisiensi suplai darah lokal dengan disertai gangguan pengiriman bahan baku, dan peka terhadap keadaan gizi klien. Pada penelitian ini sesuai dengan tabel yang menggambarkan bahwa sebagian dari responden yang kurang lama dalam

melakukan mobilisasi pada usia 36-45 tahun dan ditunjang dengan pendidikan yang rendah, yang dalam perawatan sehari-hari kebutuhan makan, minum yang kurang adekuat, serta takut dalam melakukan mobilisasi. Pada klien yang kurang gizi akan kekurangan energi, sehingga gerakan fisik menurun, kelemahan sehingga luka tidak menyembuh secara optimal. Penyembuhan luka juga dihambat oleh adanya benda asing atau jaringan nekrotik dalam luka, infeksi, dan imobilisasi yang tidak sempurna dan pendekatan tepi luka (Sylvia & Lorraine, 1995).

5) Hubungan waktu mulai mobilisasi dan penyembuhan luka

Bila ditinjau dari hasil Uji Fisher's Exact Test menunjukkan $p = 0,03$, karena nilai x hitung lebih besar dari nilai x tabel, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$, artinya ada hubungan waktu memulai mobilisasi dan penyembuhan luka (Sylvia & Lorraine, 1996).

Berlawanan dengan kepercayaan umum, pembatasan gerak untuk menghindari rusaknya jahitan dan penyembuhan yang jelek masih ada pengaruhnya terhadap penyembuhan luka. Intoleransi individual harus diidentifikasi pertama kali digunakan sebagai dasar untuk melakukan mobilisasi.

Dengan melihat tabel 4.8, bahwa tingkat kesembuhan klien yang melakukan mobilisasi hari ke1-3 sebanyak 80% dengan proses penyembuhan luka cepat 76,7% dan hari ke 4-6 sebanyak 20% dengan proses penyembuhan luka cepat 6,7% pada klien pasca laparatomi. Sebagian besar responden yang melakukan mobilisasi dini pada usia 15-35 tahun, hal ini juga dilatarbelakangi oleh tingkat pendidikan SMP, SMA, dan PT, sehingga tingkat pengetahuan klien lebih baik dalam proses pembelajaran keperawatan dari pada klien dengan latar

belakang SD. Dengan demikian akan mudah diajak kerja sama dalam melakukan mobilisasi sedini mungkin. Mobilisasi secara dini akan meningkatkan sirkulasi, sehingga mencegah kerusakan jaringan akibat hipoksia dari penyakitnya dan dampak pembedahannya. Pada keadaan imobilisasi, jaringan granulasi dan jaringan parut yang menjembatani defek pembedahan pada tubuh lambat laun akan menimbulkan tekanan intraperitoneal sambil membentuk kantong yang menonjol dalam insisi, sehingga proses penyembuhan luka pasca laparatomi lebih lambat (Sylvia & Lorraine, 1996).

Pembedahan menghasilkan baik respon yang diperkirakan maupun yang tidak diperkirakan pada klien. Melalui pengkajian yang lengkap perawat mengidentifikasi klien yang berisiko tinggi terhadap komplikasi dan yang berespon negatif pada pengalaman pembedahan dan pasca pembedahan (Sylvia & Lorraine, 1996)

6) Hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka

Dengan melihat tabel 4.9, bahwa mobilisasi baik dengan penyembuhan cepat (70%), sedangkan mobilisasi cukup dengan tingkat penyembuhan luka cepat 13,3% dan sedang 16,7%. Penyembuhan cepat ini tergantung dari beberapa faktor di antaranya adalah faktor ekstrinsik mobilisasi dini yang ditunjang oleh usia yang masih dalam pertumbuhan dan tingkat energi yang tinggi sehingga aktif dalam melakukan mobilisasi. Sedangkan klien yang melakukan mobilisasi cukup dengan tingkat kesembuhan 13,3 %, dapat disebabkan karena usia yang masih dalam usia pertumbuhan, sehingga membantu dalam proses penyembuhan luka. Sedangkan waktu penyembuhan luka sedang (16,7%), hal ini dapat terjadi karena usia yang lebih tua, juga didukung oleh tingkat pendidikan rendah, tingkat energi yang

rendah serta persepsi lain yang negatif terhadap operasi pasca laparotomi dan tindakannya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan kesimpulan dari analisa data dan hasil pembahasan untuk menjawab pertanyaan penelitian, serta saran-saran yang sinkron dengan kesimpulan tersebut.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitan yang telah dilakukan dapat dirumuskan kesimpulan sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan mobilisasi pada klien pasca laparatomi yang melakukan mobilisasi baik (70%) dan mobilisasi cukup (30%) dengan ketentuan sebagai berikut ; 1) frekuensi mobilisasi 1-6 kali (26,7%), sedangkan 7->10 kali sebanyak 73,3%, 2) sebagian besar pelaksana mobilisasi aktif pada klien pasca laparatomi sebesar (73,3%), sedangkan mobilisasi pasif (bantuan) 26,7%), 3) Intensitas (lama) melakukan mobilisasi 1-10 menit (26,7%), dan sebagian besar lama melakukan mobilisasi selama 11-> 15 menit (73,7%), 4) sebagian besar metode mobilisasi yang dilakukan klien pasca laparatomi adalah mobilisasi gerak fungsi dasar penuh (73,3%), sedangkan metode frekuensi terelentang, miring kanan dan kiri hanya (26,7%), dan 5) waktu melakukan mobilisasi sebagian besar 1-3 hari pertama operasi 80%, sedangkan lambat pada hari ke- 4-6 (20%).
- 2) Dalam proses penyembuhan luka pada klien pasca laparatomi dengan mobilisasi baik tingkat penyembuhan luka cepat (70%), sedangkan mobilisasi

cukup (30%) dengan tingkat penyembuhan luka cepat 13,3% dan sedang 16,7%.

- 3) Secara umum hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka adalah sebagian besar klien melakukan mobilisasi baik sesuai dengan fungsi gerak dasar yang diterapkan dengan tingkat penyembuhan luka pasca laparatomi dapat sembuh cepat (70%), sedangkan mobilisasi yang dilakukan klien pasca laparatomi dengan taraf cukup (30%) dapat mempengaruhi tingkat penyembuhan luka dengan waktu penyembuhan cepat 13,3% dan sedang 16,7%. Hasil analisa Chi-Square dengan menggunakan Uji Fisher Exact Test didapatkan $X^2 = 14,00$ dan $df = 1$ dengan tingkat signifikansi $p = 0,001$, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $p \leq 0,05$, artinya ada hubungan mobilisasi dan penyembuhan luka.

5.2 Saran-Saran

5.2.1 Untuk klien

Klien pasca laparatomi diharapkan dapat melakukan mobilisasi secara aktif dan bertahap setelah ada anjuran mobilisasi miring kanan-kiri, duduk, dan berjalan. Klien mempunyai rancangan jadual dalam melakukan mobilisasi sehingga hal tersebut dapat terprogram dan membantu dalam proses penyembuhan luka.

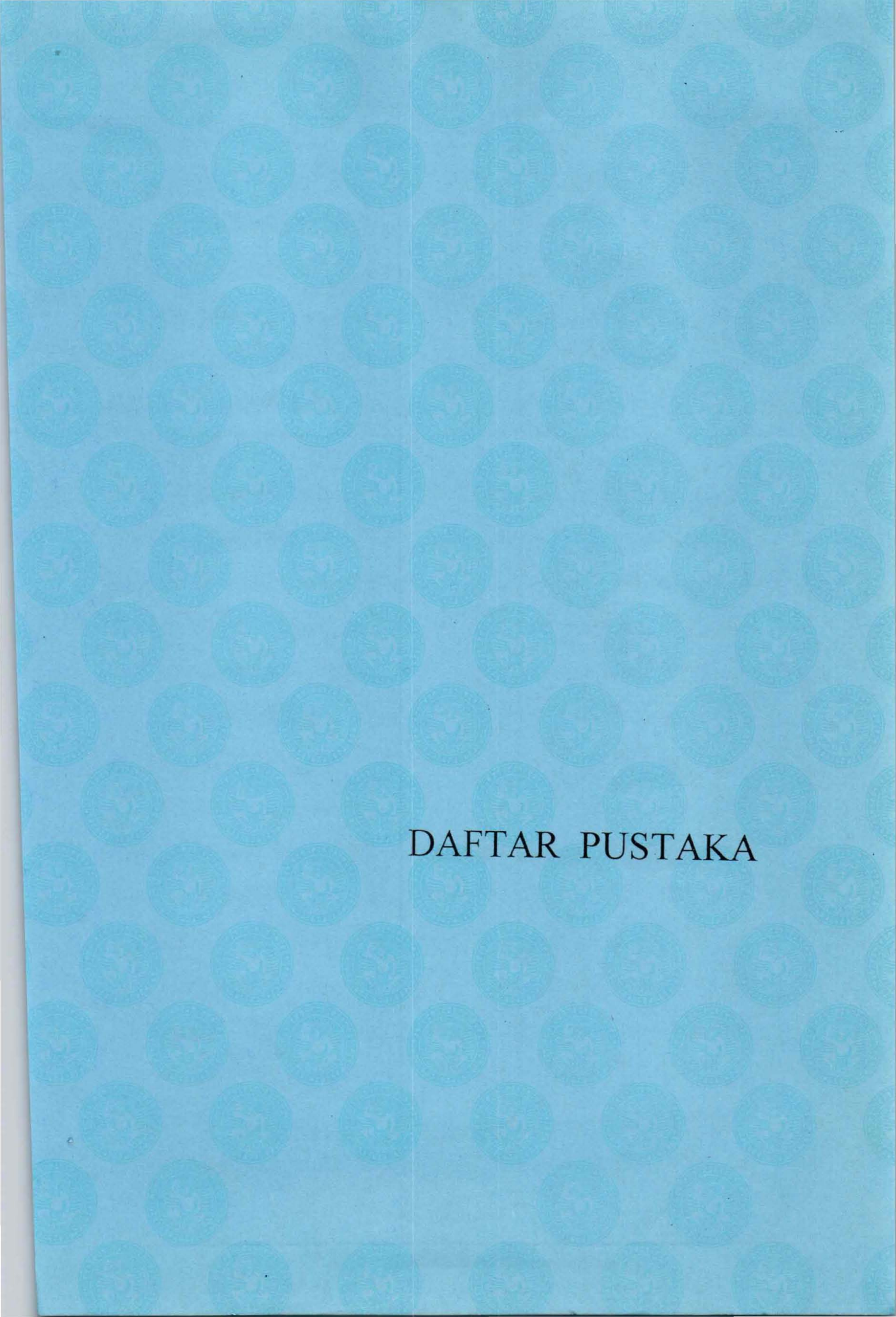
5.2.2 Untuk institusi

Perawat hendaknya tidak bosan dalam memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan secara individual tentang pengaruh mobilisasi terhadap penyembuhan luka dengan memberikan gambaran sekilas bagaimana mobilisasi

dilakukan dan teknik sehingga mudah ditiru dan dilakukan sendiri oleh klien. Untuk itu perawat hendaknya memberikan jadwal dan contoh metode yang dapat dilakukan dalam melakukan mobilisasi.

5.2.3 Untuk profesi dan ilmu

Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang pengaruh faktor eksternal lainnya seperti lingkungan atau penunjang lainnya terhadap penyembuhan luka pada klien pasca laparatomi.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Beyer, M,R.N.Ph.D., Dudas, S.R.N.MSn. (1984). *The Clinical Practise of Medical Surgical Nursing 2nd End.* Brown Co Biston.
- Black, J.M. dan Matassarini-Jacobs. (1997). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Condotioning of Care 5nd End.* W.d. Saunders Company. Philadelphia.
- Burbara, C. Long. (1996). *Essential of Medical Nursing Process Approach.* The CV Mosby Company. St. Lois USA.
- Burn, N.R., Ph.D., Grove, S.K., R.N.Ph. D. (1994). *The Principle of Nursing Research : Conduct Critique and Utilization, 2nd End.* WB. Saunders Corporation.
- Carisson, 1999 & Pegione. (2001). *Screening and Treating Adults for Lipid Disoreder.* Medical Clinic of America. America
- Contrans RS. (1994). *Managing Dyslipidemia In Older Adults.* Medical Clinic of America. America
- Djarwanto. (1996). *Manajerial Besarnya Uji Statistik dalam Penelitian.* Liberty. Yogyakarta.
- Djohansyah, Marzoeki. (1993). *Ilmu Bedah, Luka dan Perawatannya.* Universitas Airlangga. Surabaya.
- Edmund. S,. (2000). *Kamus Kedokteran.* Rineka Cipta. Jakarta.
- Garrison, S.J. (2001). *Dasar-dasar Terapi dan Rehabilitasi Fisik.* J.B. Lippincott Company Co. Philadelphia.
- Kozier B., Erb.G. dan Gliver. (1995) *Fundamental of Nursing : Concept, Process and Practise 4nd Ed.* Addison-Wesley Publishing Company, Inc. California.
- Lewis, L.W. (1984). *Fundamental Skill in Patient Care.* 3 th End. JB. Lippincott Co. Philadephia.
- Nursalam, Pariani. (2000). *Metodologi Penelitian.* PSIK FK Unair. Surabaya
- Robert G.G. (1987) *Atlas Bedah Umum.* Bina Rupa Aksara. Jakarta
- Rotherburg, M.A., M.D. Cahamparin, CF. (1984). *Dictionary of Medical Team.* Borron Ed. Inc. New York.
- Schwartz. (2000). *Intisari Prinsip-Prinsip Ilmu Bedah,* EGC. Jakarta

- Sastro, S. dan Ismail (1995) *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Terkini*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- Suhartono. (1997). *Patofisiologi Kedokteran*. FK Unair. Surabaya.
- Sylvia & Lorraine. (1996). *Patofisiologi Buku 1*. EGC. Jakarta.
- (1993) *Latihan dan Perawatan Klien Imobilisasi*. Depkes AMD Keperawatan Banjar, Kalimantan
- Windu Purnomo. (2000). *Biostatistika dan Kependudukan*. Program Pascasarjana-FKM-Unair.Surabaya

LAMPIRAN

Lampiran-Lampiran

Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian

**HUBUNGAN MOBILISASI
DAN PENYEMBUHAN LUKA
PASCA LAPARATOMI DI RUANG BEDAH F
DAN G RUMAH SAKIT Dr. SOETOMO SURABAYA**

**OLEH
NINDAWI**

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan Luka Pasca Laparatomi di Ruang bedah F dan G Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya, adapun manfaat penelitian ini adalah memberikan masukan untuk peningkatan pelayanan keperawatan terhadap klien paska laparatomi dan pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah.

Saya mengharapkan tanggapan Saudara sesuai dengan pendapat Saudara sendiri. Partisipasi Saudara dalam penelitian ini bersifat bebas untuk itu atau tidak tanpa ada sanksi apapun. Jika Saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan menandatangani kolom di bawah ini.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian : Hubungan Mobilisasi dan Penyembuhan luka Pasca
Laparotomi di Ruang Bedah F dan G Rumah Sakit
Dr. Soetomo Surabaya

Tanggal penelitian :
No Kode Responden :
Peneliti :

Petunjuk :

Berilah tanda "✓" pada kotak jawaban yang Saudara pilih !

A. Karakteristik Responden

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| 1. Nomor responden | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jenis kelamin | | |
| <input type="checkbox"/> Laki-laki | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Perempuan | | |
| 3. Pendidikan terakhir | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SD | | |
| <input type="checkbox"/> SMP | | |
| <input type="checkbox"/> SMA | | |
| <input type="checkbox"/> PT | | |
| 4. Umur | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 15-25 tahun | | |
| <input type="checkbox"/> 26-35 tahun | | |
| <input type="checkbox"/> 36-45 tahun | | |
| <input type="checkbox"/> 45-55 tahun | | |
| <input type="checkbox"/> 56-65 tahun | | |

B. Daftar Pertanyaan Sebelum Tindakan

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Setelah dioperasi, apakah Saudara dilakukan atau melakukan mobilisasi (pergerakan tubuh) ? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ya | |
| <input type="checkbox"/> Tidak | |
| Jika ya, maka jawablah pertanyaan berikutnya ! | |
| 2. Bagaimana cara melakukan mobilisasi (pergerakan tubuh): | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Terlentang , | |
| <input type="checkbox"/> Terlentang, miring kanan dan kiri, | |
| <input type="checkbox"/> Terlentang, miring kanan kiri, dan duduk, | |
| <input type="checkbox"/> Terlentang, miring kanan kiri, duduk dan jalan) | |
| 3. Berapa kali dalam sehari melakukan mobilisasi (pergerakan tubuh)? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 1-3 kali | |
| <input type="checkbox"/> 4-6 kali | |
| <input type="checkbox"/> 7-10 kali | |
| <input type="checkbox"/> > 10 kali | |

4. Siapa yang membantu pelaksanaan mobilisasi (pergerakan tubuh)?
 - Klien sendiri (aktif)
 - Klien dengan bantuan orang lain baik perawat/keluarga (pasif)
5. Kapan mulai melakukan mobilisasi (pergerakan tubuh) ?
 - hari ke-1-3
 - hari ke-4-6
 - > hari ke-7
6. Berapa lama setiap melakukan mobilisasi (pergerakan tubuh) ?
 - < 5 menit
 - 5-10 menit
 - 11-15 menit
 - > 15 menit
7. Bagian tubuh yang mana yang sering dilakukan mobilisasi (pergerakan tubuh) ?
 - Anggota gerak bagian atas
 - Bagian badan
 - Bagian tubuh yang tidak dioperasi
 - Seluruh anggota tubuh

C. Lembaran Observasi setelah dilakukan tindakan

1. Kapan mulai dilakukan perawatan luka setelah operasi?
 - 2 hari
 - 3 hari
 - 4 hari
 - 5 hari
2. Berapa kali sehari dilakukan perawatan luka ?
 - 1 kali sehari
 - 2 kali sehari
 - 1 kali dalam dua hari
3. Lamanya perawatan setelah operasi ?
 - Cepat (< 10 hari)
 - Sedang (10 hari-3 Minggu)
 - Lambat (> 3 Minggu)
4. Penilaian penyembuhan luka pasca laparatomi :
 - Bila tidak ada tanda-tanda penyembuhan.
 - Bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi , klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, tidak terjadi penyembuhan luka sebagai garis menebal).
 - Bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial,tidak terjadi tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal).
 - Bila tanda-tanda penyembuhan terjadi (tak ada infeksi, klinis bersih, penyembuhan superficial, tensil strength, penyembuhan luka sebagai garis menebal).



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.I ILMU KEPERAWATAN
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp. (031) 5012496 - 5014067 Facs : 5022472

Surabaya, 7 Nopember 2001

Nomor : 1295/103.1.17/D-IV & PSIK/2001.
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Awal Mahasiswa PSIK - FK UNAIR

Kepada Yth. : *Rektor Rg Dr Soetomo*
Minat : *Kati Lit Bang RSUD Dr Soetomo*

Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : *NINDAWI*
NIM : *019030048 B*
Judul Penelitian : *Pengaruh Mobilitas Terhadap Percepatan Prosa Penyembuhan Luka*
Tempat : *RSUD (BUDATE) Dr Soetomo*

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program
[Signature]
Prof. Eddy Soewandio, dr. Sp.PD
NIP. 130.325 831
PROGRAM STUDI
ILMU KEPERAWATAN

Tembusan :

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. MAYJEN PROF.Dr. MOESTOPO NO.6-8 TELP. 5501071 – 5501072
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala Irna Bedah
D a r i : Kepala Bidang Litbang
Nomor : 070/ 497 /216/Litb/XII/2001
Tanggal : 14 Desember 2001
Lampiran :
Perihal : Mohon pertimbangan ijin penelitian
A.n. NINDAWI

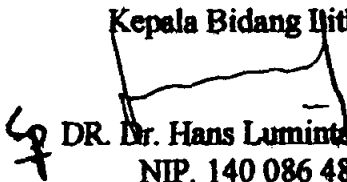
Menunjuk surat dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga nomor. 1035/J03.1.17/PSIK& D IV PP/2001 tanggal 27 April 2001 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini mohon ijin bagi mahasiswa atas nama :

No.	Nama / Nim	Judul
1.	NINDAWI 019930048 B	“ Pengaruh mobilisasi terhadap proses percepatan penyembuhan luka paska laparatomi di Ruang Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya “

agar dipertimbangkan untuk dapat melakukan penelitian di Bagian Saudara sebagai syarat tugas akhir studinya dan kami mengharap jawaban Saudara guna proses administrasi lebih lanjut.
Sebagai bahan pertimbangan Saudara bersama ini kami lampirkan foto copy surat permohonan yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Litbang,


DR. Dr. Hans Lumintang, SpKK
NIP. 140 086 485

Tembusan :

1. Bidang Keperawatan
 2. Koordinator penelitian
- Unit kerja

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. MAYJEN PROF. Dr. MOESTOPO NO.6-8 TELP. 5501071 – 5501072
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala Irna Bedah
D a r i : Kepala Bidang Litbang
Nomor : 070/497/216/Litb/XII/2001
Tanggal : 14 Desember 2001
Lampiran :
Perihal : Mohon pertimbangan ijin penelitian
A.n. NINDAWI

Menunjuk surat dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga nomor. 1035/J03.1.17/PSIK& D IV PP/2001 tanggal 27 April 2001 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini mohon ijin bagi mahasiswa atas nama :

No.	Nama / Nim	Judul
1.	NINDAWI 019930048 B	“ Pengaruh mobilisasi terhadap proses percepatan penyembuhan luka paska laparotomi di Ruang Bedah G RSUD Dr. Soetomo Surabaya “ F

agar dipertimbangkan untuk dapat melakukan penelitian di Bagian Saudara sebagai syarat tugas akhir studinya dan kami mengharap jawaban Saudara guna proses administrasi lebih lanjut.

Sebagai bahan pertimbangan Saudara bersama ini kami lampirkan foto copy surat permohonan yang bersangkutan.

Atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Litbang,

DR. Dr. Hans Lumintang, SpKK
NIP. 140 086 485

Tembusan :

1. Bidang Keperawatan
2. Koordinator penelitian
Unit kerja

*Kepala
Kepala Bidang Litbang RSUD Dr. Soetomo
mohon ditanda. oleh Nindawi
yang akan melakukan penelitian
di Ruang Bedah G RSUD Dr. Soetomo*

TABULASI DATA

NO	JNSKLN	UMUR	PDDK	FREQ	ELAKS	LAMA	CARA	WAKTU	MOBI	ILM PL	CHI 5	CHI 1
1	1	2	4	2	1	2	2	1	2	2	00.004	00.007
2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	00.006	00.009
3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	00.008	00.011
4	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	00.009	00.013
5	1	2	4	2	1	2	2	1	2	2	00.011	00.015
6	1	1	4	1	2	2	1	1	1	2	00.013	00.017
7	2	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.014	00.018
8	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	00.016	00.020
9	1	3	3	1	2	1	2	2	1	1	00.017	00.022
10	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	00.018	00.023
11	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	00.020	00.025
12	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	00.021	00.026
13	1	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.022	00.028
14	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.024	00.029
15	1	3	2	1	2	1	1	2	1	1	00.025	00.031
16	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	00.026	00.032
17	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.028	00.033
18	2	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.029	00.035
19	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.030	00.036
20	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	00.031	00.038
21	2	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.033	00.039
22	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.034	00.040
23	1	3	3	1	2	1	1	2	1	2	00.035	00.042
24	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	00.036	00.043
25	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.038	00.044
26	1	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.039	00.046
27	1	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.040	00.047
28	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	00.041	00.048
29	2	1	4	2	1	2	2	1	2	2	00.043	00.050
30	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	00.044	00.051

mobilisasi * Lama penyembuhan luka

		Crosstab			
		Lama penyembuhan luka		Total	
		10 hr-3mgg	< 10 hari		
		mobilisasi	kurang mobilisasi	Count	5
Expected Count	1,5			7,5	9,0
% within mobilisasi	55,6%			44,4%	100,0%
% within Lama peny. luka	100,0%			16,0%	30,0%
% of Total	16,7%			13,3%	30,0%
Std. Residual	2,9			-1,3	
mobilisasi baik	Count		0	21	21
	Expected Count		3,5	17,5	21,0
	% within mobilisasi		,0%	100,0%	100,0%
	% within Lama peny. luka		,0%	84,0%	70,0%
	% of Total		,0%	70,0%	70,0%
	Std. Residual		-1,9	,8	
Total	Count	5	25	30	
	Expected Count	5,0	25,0	30,0	
	% within mobilisasi	16,7%	83,3%	100,0%	
	% within Lama peny. luka	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	16,7%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	14,000(b)	1	,000	,001	,001	
Continuity Correction(a)	10,286	1	,001			
Likelihood Ratio	14,668	1	,000	,001	,001	
Fisher's Exact Test				,001	,001	
Linear-by-Linear Association	13,533(c)	1	,000	,001	,001	,001
N of Valid Cases	30					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

c The standardized statistic is 3,679.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Frequensi * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Pelaksanaan * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Lama pelaksanaan * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Cara pelaksanaan * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Waktu mobilisasi * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
mobilisasi * Lama penyembuhan luka	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Frequensi * Lama penyembuhan luka

		Lama penyembuhan luka			Total
		10 hari- 3 minggu	kurang dari 10 hari		
Frequensi	1-6 kali	Count	4	4	8
		Expected Count	1,3	6,7	8,0
		% within Frequensi	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	80,0%	16,0%	26,7%
		% of Total	13,3%	13,3%	26,7%
		Std. Residual	2,3	-1,0	
	7->10 kali	Count	1	21	22
		Expected Count	3,7	18,3	22,0
		% within Frequensi	4,5%	95,5%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	20,0%	84,0%	73,3%
		% of Total	3,3%	70,0%	73,3%
		Std. Residual	-1,4	.. 6	
Total	Count	5	25	30	
	Expected Count	5,0	25,0	30,0	
	% within Frequensi	16,7%	83,3%	100,0%	
	% within Lama penyembuhan luka	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	16,7%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,727(b)	1	,003	,011	,011	
Continuity Correction(a)	5,761	1	,016			
Likelihood Ratio	7,807	1	,005	,011	,011	
Fisher's Exact Test				,011	,011	
Linear-by-Linear Association	8,436(c)	1	,004	,011	,011	,011
N of Valid Cases	30					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

c The standardized statistic is 2,905.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,475	,003	,011
N of Valid Cases		30		

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Pelaksanaan * Lama penyembuhan luka

Crosstab

		Lama penyembuhan luka		Total	
		10 hari- 3 minggu	kurang dari 10 hari		
Pelaksanaan	Aktif	Count	1	21	22
		Expected Count	3,7	18,3	22,0
		% within Pelaksanaan	4,5%	95,5%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	20,0%	84,0%	73,3%
		% of Total	3,3%	70,0%	73,3%
	Std. Residual	-1,4	,6		
Pasif	Count	4	4	8	
	Expected Count	1,3	6,7	8,0	
	% within Pelaksanaan	50,0%	50,0%	100,0%	

	% within Lama penyembuhan luka	80,0%	16,0%	28,7%
	% of Total	13,3%	13,3%	26,7%
	Std. Residual	2,3	-1,0	
Total	Count	5	25	30
	Expected Count	5,0	25,0	30,0
	% within Pelaksanaan	16,7%	83,3%	100,0%
	% within Lama penyembuhan luka	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,727(b)	1	,003	,011	,011	
Continuity Correction(a)	5,761	1	,016			
Likelihood Ratio	7,807	1	,005	,011	,011	
Fisher's Exact Test				,011	,011	
Linear-by-Linear Association	8,436(c)	1	,004	,011	,011	,011
N of Valid Cases	30					
a Computed only for a 2x2 table						
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.						
c The standardized statistic is -2,905.						

Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,475	,003	,011
N of Valid Cases		30		
a Not assuming the null hypothesis.				
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.				

Lama pelaksanaan * Lama penyembuhan luka

		Crosstab			
		Lama penyembuhan luka		Total	
		10 hari- 3 minggu	kurang dari 10 hari		
Lama pelaksanaan	< 10 menit	Count	5	3	8
		Expected Count	1,3	6,7	8,0
		% within Lama pelaksanaan	62,5%	37,5%	100,0%
		% within Lama peny. luka	100,0%	12,0%	26,7%
		% of Total	16,7%	10,0%	26,7%
		Std. Residual	3,2	-1,4	
	11->15 menit	Count	0	22	22
		Expected Count	3,7	18,3	22,0
		% within Lama pelaksanaan	,0%	100,0%	100,0%
		% within Lama peny. luka	,0%	88,0%	73,3%
		% of Total	,0%	73,3%	73,3%
		Std. Residual	-1,9	,9	
Total	Count	5	25	30	
	Expected Count	5,0	25,0	30,0	
	% within Lama pelaksanaan	16,7%	83,3%	100,0%	
	% within Lama peny. luka	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	16,7%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	16,500(b)	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction(a)	12,307	1	,000			
Likelihood Ratio	16,449	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	15,950(c)	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	30					
a Computed only for a 2x2 table						
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.						
c The standardized statistic is 3,994.						

Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,596	,000	,000
N of Valid Cases		30		
a Not assuming the null hypothesis.				
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.				

Cara pelaksanaan * Lama penyembuhan luka

Crosstab					
			Lama penyembuhan luka		Total
			10 hari- 3 minggu	kurang dari 10 hari	
Cara pelaksanaan	Terentang miring kanan/kiri	Count	4	4	8
		Expected Count	1,3	6,7	8,0
		% within Cara pelaksanaan	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	80,0%	16,0%	26,7%
		% of Total	13,3%	13,3%	26,7%
		Std. Residual	2,3	-1,0	
	Terentang miring ka/ki, duduk, jalan	Count	1	21	22
		Expected Count	3,7	18,3	22,0
		% within Cara pelaksanaan	4,5%	95,5%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	20,0%	84,0%	73,3%
		% of Total	3,3%	70,0%	73,3%
		Std. Residual	-1,4	,6	
	Total	Count	5	25	30
		Expected Count	5,0	25,0	30,0
% within Cara pelaksanaan		16,7%	83,3%	100,0%	
% within Lama penyembuhan luka		100,0%	100,0%	100,0%	
% of Total		16,7%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8,727(b)	1	,003	,011	,011	
Continuity Correction(a)	5,761	1	,016			
Likelihood Ratio	7,807	1	,005	,011	,011	
Fisher's Exact Test				,011	,011	
Linear-by-Linear Association	8,436(c)	1	,004	,011	,011	,011
N of Valid Cases	30					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

c The standardized statistic is 2,905.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,475	,003	,011
N of Valid Cases		30		

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Waktu mobilisasi * Lama penyembuhan luka

Crosstab

		Lama penyembuhan luka			
		10 hari- 3 mingggu	kurang dari 10 hari	Total	
Waktu mobilisasi	1-3 hari	Count	1	23	24
		Expected Count	4,0	20,0	24,0
		% within Waktu mobilisasi	4,2%	95,8%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	20,0%	92,0%	80,0%
		% of Total	3,3%	76,7%	80,0%
		Std. Residual	-1,5	,7	

	4-6 hari	Count	4	2	6
		Expected Count	1,0	5,0	6,0
		% within Waktu mobilisasi	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	80,0%	8,0%	20,0%
		% of Total	13,3%	6,7%	20,0%
	Std. Residual	3,0	-1,3		
	Total	Count	5	25	30
		Expected Count	5,0	25,0	30,0
		% within Waktu mobilisasi	16,7%	83,3%	100,0%
		% within Lama penyembuhan luka	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total		16,7%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	13,500(b)	1	,000	,003	,003	
Continuity Correction(a)	9,375	1	,002			
Likelihood Ratio	11,082	1	,001	,003	,003	
Fisher's Exact Test				,003	,003	
Linear-by-Linear Association	13,050(c)	1	,000	,003	,003	,003
N of Valid Cases	30					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

c The standardized statistic is -3,612.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,557	,000	,003
N of Valid Cases		30		

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,564	,000	,001
N of Valid Cases		30		

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.