

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, setelah itu bagian yang akan ditangani ditampilkan dan dilakukan tindakan perbaikan kemudian akan diakhiri dengan penutupan dengan cara penjahitan luka (Sjamsuhidajat & De Jong, 2013).

Individu yang akan menjalani pembedahan akan menerima anastesi terlebih dahulu baik anastesi umum, regional (spinal dan epidural), atau lokal tergantung jenis pembedahan apa yang akan dijalannya (Potter & Perry, 2006). Anastesi adalah suatu keadaan narkosis, analgesia, relaksasi dan hilangnya refleksi (Smelzer & Bare, 2008). Anastesi umum biasanya digunakan pada prosedur bedah mayor yang umumnya diberikan melalui jalur IV dan inhalasi, sedangkan anastesi regional (spinal dan epidural) diberikan dengan cara menyuntikkan agen/ obat anestetik disekitar saraf, dan anastesi lokal biasanya digunakan dalam prosedur minor (Potter & Perry, 2006; Smelzer & Bare, 2008).

Jumlah tindakan anastesi diseluruh dunia dapat mencapai 240 juta tindakan setiap tahunnya (Redjeki, 2013). Penggunaan anastesi dalam prosedur pembedahan kini semakin berkembang terutama anastesi spinal

dimana jenis anastesi ini sudah digunakan lebih dari seratus tahun (Watters, 2012). Anastesi spinal adalah anastesi yang bertujuan untuk memblokir transmisi sinyal saraf agar pasien tidak merasa sakit saat dilakukan pembedahan. Anastesi jenis ini biasa digunakan pada operasi pinggul, perut dan kaki dengan cara disuntikkan ke dalam tulang belakang pasien sehingga pasien akan mengalami mati rasa pada leher ke bawah (Latif, 2010).

Pasien yang mendapatkan anastesi spinal selama pembedahan biasanya akan mengalami mual, muntah, dan nyeri post pembedahan. Peran perawat setelah anastesi spinal selain memantau tanda vital pasien, perawat juga mengobservasi pasien dengan cermat dan mencatat waktu saat perjalanan sensasi kaki dan jari kembali. Ketika sensasi pada kaki dan jari sudah kembali sepenuhnya, maka pasien dapat dipertimbangkan telah pulih dari efek anastesi spinal (Smelzer & Bare, 2008).

Pasien yang mendapatkan anastesi spinal dan telah pulih dari anastesi seringkali tidak mampu merasakan bahwa kandung kemihnya penuh dan seringkali tidak mampu memulai atau menghambat dalam berkemih. Normalnya dalam waktu 6-8 jam setelah anastesi, pasien akan mendapatkan kontrol fungsi berkemih secara volunter, tergantung jenis pembedahan apa yang dilakukan (Potter & Perry, 2006). Retensi urin yang terjadi setelah anastesi dan pembedahan memiliki persentase sebesar 50%-70% dan lebih signifikan terjadi pada anastesi spinal dibandingkan dengan anastesi umum (Warner, 2009; Olsfaruger, 2009).

Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan *post* pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan). Selama diruang perawatan, banyak dari klien ragu untuk melakukan batuk, napas dalam, mengganti posisi, ambulasi, atau melakukan latihan-latihan yang diperlukan. Alasan pasien ragu untuk melakukan hal tersebut karena nyeri yang dirasakan pasien meningkat seiring dengan berkurangnya pengaruh anastesi sehingga hal tersebut dapat memperlambat pemulihan (Potter & Perry, 2006). Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat tahun 2004 menunjukkan bahwa pasien yang takut untuk bergerak *post* pembedahan mempunyai persentase sebesar 50-54%, dimana rasa takut tersebut disebabkan karena nyeri yang timbul akibat pembedahan (Kotsovolis, 2009).

Perubahan-perubahan yang dapat terjadi apabila pemulihan tidak dilakukan dapat menyebabkan perubahan pada metabolik, sistem respiratori, sistem kardiovaskuler, sistem muskuloskeletal, sistem integumen dan eliminasi urin, dan BAB (Potter & Perry, 2010). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Teasell & Dittmer (2009) bahwa pada pasien yang mengalami imobilisasi akibat tidak dilakukan perubahan posisi dapat menyebabkan kehilangan masa otot 10%-15% setiap minggu, penyerapan energi menurun 60%-69%, penurunan volume jantung sampai 27%, serta dekubitus berkisar 0,4%-38%. Intervensi keperawatan untuk meningkatkan pengembalian fungsi tubuh dan mengurangi nyeri, pasien dianjurkan untuk melakukan

mobilisasi dini, yaitu kemampuan seseorang untuk bergerak bebas yang dilakukan sedini mungkin setelah pasien kembali ke bangsal perawatan (Asmadi, 2008).

Tujuan utama mobilisasi dini adalah untuk mencegah komplikasi imobilitas serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan psikologis pasien, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri dan mempersiapkan pasien pulang (Amidei, 2012; Smelzer & Bare, 2008).

Mobilisasi dini pada pasien *post* pembedahan dapat dilakukan secara bertahap yang dimulai sekitar 24-48 jam setelah pembedahan sesuai dengan kemampuan klien, yang diawali dengan rentang gerak aktif atau rentang gerak pasif kemudian dilanjutkan dengan miring kanan dan miring kiri melalui ambulasi (Amidei, 2012; Oswari, 2005). Pasien yang tidak mengalami pusing dan mual dapat melanjutkan dengan duduk, berdiri dan berjalan (Clark, Lowman, Griffin, Mathhears, & Reif, 2013). Hasil penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi dini bermanfaat dalam meningkatkan fungsi fisik pasien dan aman jika dilakukan sesuai dengan Standar Operasi Prosedur (SOP) dan telah terbukti dapat mengurangi *length of stay* di rumah sakit hingga 3 hari (Amidei, 2012).

Peran perawat dalam mobilisasi dini adalah sebagai *care giver* dan *educator*. Perawat sebagai *care giver* yaitu memberi asuhan keperawatan pada pasien mulai dari melakukan pengkajian rentang gerak, membuat diagnosa keperawatan, melakukan perencanaan, implementasi dan

evaluasi (Potter & Perry, 2006). Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan edukasi pada pasien yang berkaitan dengan mobilisasi dini yang akan diberikan setelah post pembedahan (Brunner & Suddarth, 2014).

Mobilisasi dini ditujukan untuk mengembalikan fungsi aktivitas hidup sehari-hari klien. Program *Activity Daily Living* (ADL) dimulai secepat mungkin ketika dimulainya proses rehabilitasi. ADL mencakup aktivitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan harian, seperti mandi, berpakaian, makan, berdandan, mobilisasi dan pengendalian buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) (Sugiarto, 2005). Menurut teori Orem, klasifikasi tingkat ketergantungan pasien dibedakan menjadi tiga kriteria yaitu *minimal care* (mampu melakukan perawatan sendiri), *partial care* (bantuan sebagian), dan *total care* (bantuan secara penuh) (Hapsari, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada hari Senin 26 Januari 2015 didapatkan hasil bahwa pasien yang menjalani pembedahan pada bulan November 2014-25 Januari 2015 sebanyak 344 pasien dan rata-rata pasien 114 setiap bulannya dengan klasifikasi pasien yang menjalain pembedahan dengan anastesi spinal sebanyak 149, dengan anastesi general sebanyak 55, dan anastesi lokal sebanyak 140. Hasil wawancara yang dilakukan dengan 5 orang perawat yang berada di bangsal Zaitun dan Ar-Royan mengatakan bahwa di RS tersebut belum memiliki SOP sebagai acuan

untuk melakukan mobilisasi dini pada pasien, akan tetapi perawat sudah memberikan mobilisasi dini pada pasien dengan tujuan mempercepat pemulihan pasien dan mempersingkat waktu rawat inap. Pasien yang sedang menjalani perawatan di bangsal takut untuk melakukan mobilisasi dikarenakan beberapa faktor seperti rasa nyeri saat bergerak dan takut ketika bergerak jahitannya robek sehingga menghambat dalam pemenuhan ADL: *toileting* pasien. Rata-rata pasien yang menjalani perawatan *post* pembedahan mengalami retensi urin yang mengakibatkan pasien harus terpasang kateter dan untuk pelepasan kateter biasanya hari ke 2 *post* pembedahan. Hal inilah yang membuat pasien tidak mau memulai untuk mobilisasi dini dikarenakan terpasang kateter tersebut. Selain itu, apabila pasien tidak melakukan mobilisasi dini akan berdampak pada kesehatannya, seperti hilangnya kekuatan otot ataupun dekubitus akibat tidak ada gerakan yang dilakukan sehingga untuk memulai berjalan pun pasien tidak mampu/ malas.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “efek mobilisasi dini pada pasien *post* pembedahan terhadap kemampuan dalam pemenuhan adl: *toileting* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka masalah penelitian yang dapat diangkat adalah “Apakah terdapat efek mobilisasi dini pada pasien

post pembedahan terhadap kemampuan dalam pemenuhan ADL: *toileting* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui efek mobilisasi dini pada pasien *post* pembedahan terhadap kemampuan dalam pemenuhan ADL: *toileting* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

2. Tujuan khusus

Diketuinya:

- a. Karakteristik responden
- b. Kemampuan ADL: *toileting* kelompok kontrol pada 24 jam, 48 jam, dan 72 jam
- c. Kemampuan ADL: *toileting* kelompok intervensi pada 24 jam, 48 jam, dan 72 jam

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu keperawatan

Menambah referensi tentang efek mobilisasi dini pada pasien *post* pembedahan terhadap kemampuan dalam pemenuhan ADL: *toileting* melalui bukti penelitian yang signifikan.

2. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi institusi pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien *post* pembedahan dengan mobilisasi dini.

3. Bagi pasien

Sebagai salah satu *evidence based* untuk pencegahan komplikasi dan pemulihan pasien.

4. Bagi penulis

Penelitian ini merupakan pengalaman nyata bagi peneliti dimana dapat menambah pengetahuan yang lebih mendalam tentang efek mobilisasi dini pada pasien *post* pembedahan terhadap kemampuan dalam pemenuhan ADL: *toileting*.

E. Penelitian Terkait

1. Marlisa (2013) yang berjudul “Tingkat pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pada pasien paska infark miokard akut (IMA) di RS PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pada pasien pasca infark miokard akut di RS PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah non ekperimental dengan desain deskriptif. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini sangat kurang (51,4%). Perbedaan penelitian ini adalah tempat, waktu dan responden yang tidak sama. Adanya perbedaan karakteristik responden antara penelitian yang pernah dilakukan dengan penelitian ini akan mengakibatkan perbedaan hasil penelitian.

2. Khodriyati (2003) yang berjudul “Evaluasi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca infark miokard akut di Irjan Rumah Sakit Dr.Sardjito Yogyakarta”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pencapaian mobilisasi dini pada pasien pasca IMA dari 7 tahap mobilisasi dini. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan deskriptif eksploratif dengan pendekatan prospektif. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *accidental total sampling* sebanyak 30 pasien selama 3 bulan. Hasil penelitian ini adalah pasien pasca IMA paling dominan >55 tahun (70%), jenis kelamin laki-laki (90%), diagnosa medis IMA Anterior Extensive (46,7%), jangka waktu pelaksanaan 25-48 jam (50%), lamanya 15-20 menit (100%), frekuensi latihan 1x/ hari (93,3%), jumlah hari pelaksanaan 5 hari (60%), mengkaji kondisi pasien, penjelasan tujuan, persiapan alat (100%), *informed consent* 0, tahap pelaksanaan dalam 7 tahap (61,72%). Perbedaan penelitian ini adalah tempat, waktu dan responden yang tidak sama. Adanya perbedaan karakteristik responden antara penelitian yang pernah dilakukan dengan penelitian ini akan mengakibatkan perbedaan hasil penelitian.
3. Ratih. D (2008) yang berjudul “Gambaran pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada pasien *minimal care*, *partial care*, dan *total care* di ruang penyakit dalam dan bedah RSUD Kota Yogyakarta”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pemenuhan

kebutuhan dasar manusia pada pasien *minimal care*, *partial care*, dan *total care* di ruang penyakit dalam dan bedah RSUD Kota Yogyakarta. Jenis penelitian ini adalah deskriptif eksploratif. Teknik penentuan sampel menggunakan cluster sampling dan menggunakan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian ini adalah kurang (51,36%). Perbedaan penelitian ini adalah tempat, waktu dan responden yang tidak sama. Adanya perbedaan karakteristik responden antara penelitian yang pernah dilakukan dengan penelitian ini akan mengakibatkan perbedaan hasil penelitian