



**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG
MOBILISASI DINI PASIEN POST OPERASI DENGAN
ANESTESI SPINAL**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh

**Sri Sudaryati
Nim : 30902300117**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**



**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG
MOBILISASI DINI PASIEN POST OPERASI DENGAN
ANESTESI SPINAL**

Skripsi

Oleh

**Sri Sudaryati
NIM : 30902300117**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi dengan judul: "**Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi dengan Anestesi Spinal**". Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang dibuktikan melalui uji *Turn it in* dengan hasil **23%**. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepadasya;

Semarang, 7 September 2024

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti,



Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 0609067504

Sri Sudaryati
NIM. 30902300117

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI PASCA ANESTESI SPINAL

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Sri Sudaryati

NIM : 30902300117

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I,

Tanggal : 24 November 2023



Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih., M.Kep., Sp KMB.
NIDN. 060203760

Pembimbing II,

Tanggal : 24 November 2023



Ns. Hernandia Distnarista, M.Kep.
NIDN. 0602098503

UNISSULA
SEMARANG

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG MOBILISASI DINI
PASIEEN POST OPERASI DENGAN ANESTESI SPINAL**

Disusun oleh:

Nama : Sri Sudaryati

NIM : 30902300117

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 29 Agustus 2024
dandinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Erna Melastuti, S. Kep.,Ns., M.Kep
NIDN. 06 2005 7604



Penguji II,

Dr.Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., KMB
NIDN. 06 0203 7603



Penguji III,

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep.
NIDN. 06 0208503



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087404



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, April 2024**

ABSTRAK

Sri Sudaryati

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN MOBILISASI DINI PASIEN
POST OPERASI DENGAN ANESTESI SPINAL**

78 halaman + 8 tabel + 5 gambar + 10 lampiran + xv

Latar Belakang : Pembedahan yang diiringi dengan pembiusan spinal merupakan satu kesatuan dalam tindakan operasi. Kesiapan pasien dalam melakukan tindakan pembedahan merupakan faktor penting dalam operasi hanya saja bukan hanya dari segi kesiapan untuk melakukan tindakan pembedahan dan pembiusan, pemberian pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal sangat penting diberikan, karena dari hal ketidaktahuan tersebut bisa mengakibatkan banyak pasien enggan melakukan mobilisasi dini. Penyebab lain dari kurangnya pengetahuan tentang mobilisasi dini membuat terlambatnya pemindahan pasien dari ruang *recovery room* ke ruang rawat inap. Pentingnya pemahaman pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien setelah dilakukan pembiusan agar tidak terjadi keterlambatan pemindahan keruang rawat inap. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal di *recovery room*.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional, dan teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu menggunakan teknik total sampling, yaitu teknik dengan pengambilan sampel melalui sumber data dengan pertimbangan tertentu. jumlah populasi pada penelitian ini yaitu 84 pasien

Hasil : berdasarkan hasil uji analisa univariat didapatkan hasil bahwa jumlah responden terbanyak berjenis kelamin laki – laki sebanyak 54 responden (64,3%), berusia 31 – 50 tahun sebanyak 40 responden (47,6%), responden berdasarkan pekerjaan terbanyak berprofesi buruh 29 responden (34,5%), pendidikan terakhir terbanyak SMA sebanyak 37 responden (44%), responden berdasarkan tingkat pengetahuan sebanyak 55 responden atau (65,5 %) dalam kategori kurang.

Kesimpulan : Responden memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah. Dengan memiliki tingkat pengetahuan yang kurang dapat diartikan pasien kurang dapat melakukan mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal, maka lama perawatan dirumah sakit pun akan semakin memanjang, enggan melakukan mobilisasi dini juga dapat mengakibatkan luka operasi lama dalam penyembuhannya.

Kata kunci : **Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini, Anestesi Spinal**
Daftar Pustaka : **37 (2011-2022)**

**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, April 2024**

ABSTRACT

Sri Sudaryati

**OVERVIEW OF KNOWLEDGE LEVEL OF EARLY MOBILIZATION OF
POST-OPERATING PATIENTS WITH SPINAL ANESTHESIA**

78 pages + 8 tables + 5 figures + 10 appendices + xv

Background: *Surgery accompanied by spinal anesthesia is an integral part of the operation. Patient readiness for surgery is an important factor in surgery, but not only in terms of readiness for surgery and anesthesia, providing knowledge about early mobilization for post-operative patients after spinal anesthesia is very important, because this ignorance can result in many patients reluctant to carry out early mobilization. Another cause of lack of knowledge about early mobilization is the delay in transferring patients from the recovery room to the inpatient room. It is important to understand the knowledge about early mobilization of patients after anesthesia so that there is no delay in transfer to the inpatient room. This study aims to identify the characteristics of the level of knowledge about early mobilization in post-operative patients with spinal anesthesia in the recovery room.*

Method: *This research uses cross-sectional design, and the sampling technique used in this study is using purposive sampling techniques, which are techniques by sampling through data sources with certain considerations. The population in this study was 64 patients.*

Results: *based on the results of univariate analysis tests obtained results that have a high level of self regulation as many as 28 people (50.0%) for those who have a moderate level of self regulation, namely 23 people (41.1%) and those who have low self regulation levels, namely 5 people (8.9%).*

Conclusion: *Respondents have high self regulation in Puskesmas Mranggen III Demak Regency. By having high self-regulation can be interpreted patients can manage the treatment of diabetes mellitus by controlling blood sugar control, dietary behavior, and also lifestyle for the better, if they have low self regulation patients cannot manage the treatment of diabetes mellitus by controlling blood sugar control, dietary behavior, and lifestyle becomes less good.*

Keywords : *knowledge level of early mobilization, Spinal Anesthesia*

Bibliography : *37 (2011-2022)*

KATA PENGANTAR

Aassalamu 'alaikum wr. wb

Bismillahirrohmanirohim, puji syukur kepada Allah Subhanahu wa ta'ala atas segala rahmat dan karunia Nya yang tak pernah terputus dan sholawat serta salam senantiasa tecurahkan kepada Nabi Muhammad Sholallahu Alaihi Wassalam yang selalu menjadi panutan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Mobilisas Dini Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Spinal” dalam rangka memenuhi persyaratan pencapaian gelar Sarjana Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang”.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari sepenuhnya bahwa penuls mendapat bantuan dan kerja sama dari berbagai pihak, sehingga proposal ini dapat terselesaikan. Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian SKM. M. Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M. Kep, Sp. KMB selaku Kaprodi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M. Kep, Sp. KMB selaku pembimbing I yang telah membimbing dan sabar meluangkan waktu serta pikiran dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam menyusun skripsi ini, ucapan terima kasih saya ucapkan juga pada Ns.Hernandia Distinarista, M.Kep selaku pembimbing II yang telah

meluangkan waktu serta pikiran dalam memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.

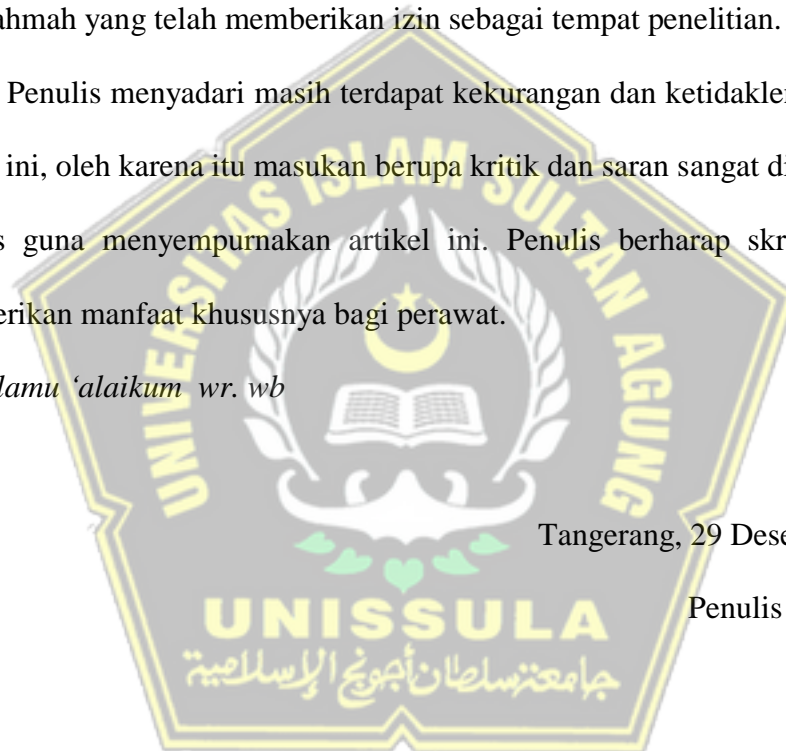
5. Seluruh Dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
6. dr. Irhami Elfajri, MMR. Selaku direktur Rumah Sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah yang telah memberikan izin sebagai tempat penelitian.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dan ketidaklengkapan dalam skripsi ini, oleh karena itu masukan berupa kritik dan saran sangat diharapkan oleh penulis guna menyempurnakan artikel ini. Penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat khususnya bagi perawat.

Wassalamu 'alaikum wr. wb

Tangerang, 29 Desember 2023

Penulis



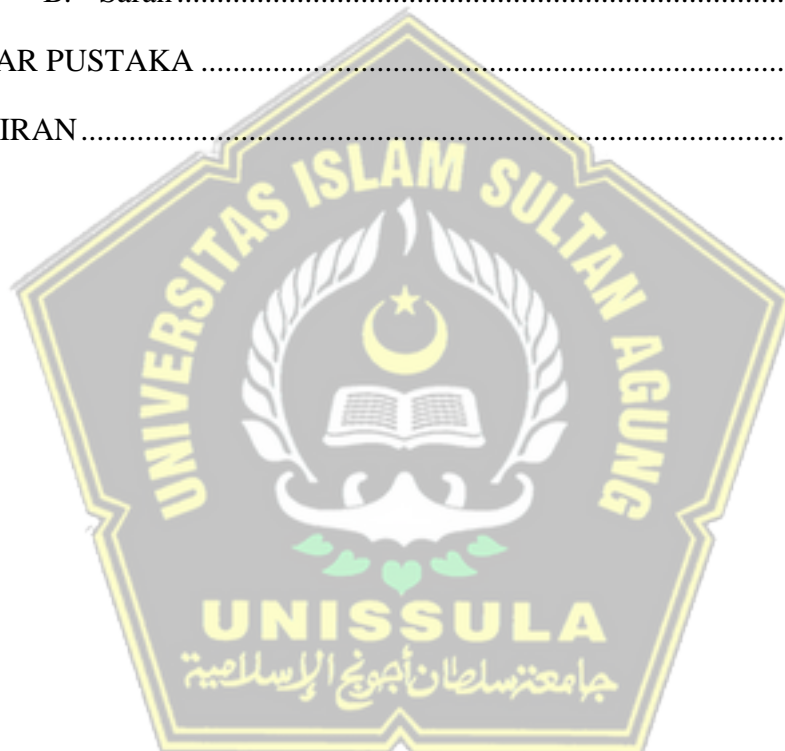
DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME..... | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| ABSTRAK..... | v |
| <i>ABSTRACT</i> | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR TABEL..... | xiii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xv |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 7 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 8 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 9 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 10 |
| A. Konsep Operasi Atau Pembedahan..... | 10 |
| 1. Pengertian Operasi..... | 10 |
| 2. Indikasi Pembedahan..... | 11 |
| 3. Klasifikasi Pembedahan..... | 11 |
| B. Konsep Anestesi Spinal..... | 12 |
| 1. Definisi Anestesi Anestesi Spinal..... | 12 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2. | Indikasi Anestesi Spinal | 12 |
| 3. | Kontra Indikasi Spinal..... | 13 |
| 4. | Mekanisme Obat Anestesi Spinal..... | 13 |
| 5. | Komplikasi Anestesi Spinal | 14 |
| C. | Konsep <i>Bromage Score</i> | 14 |
| 1. | Definisi <i>Bromage Score</i> | 14 |
| 2. | Faktor yang mempengaruhi <i>Bromage Score</i> | 15 |
| 3. | Kriteria Penilaian <i>Bromage Score</i> | 15 |
| D. | Konsep Pengetahuan..... | 16 |
| 1. | Definisi Pengetahuan..... | 16 |
| 2. | Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan | 19 |
| 3. | Pengukuran Pengetahuan | 22 |
| 4. | Kriteria pengetahuan | 22 |
| E. | Konsep Mobilisasi Dini..... | 23 |
| 1. | Pengertian Mobilisasi Dini..... | 23 |
| 2. | Manfaat Mobilisasi Dini..... | 26 |
| 3. | Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini | 27 |
| 4. | Tahapan Mobilisasi Dini | 29 |
| 5. | Mobilisasi dini Pasca Operasi | 31 |
| 6. | Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi | 33 |
| F. | Kerangka Teori..... | 35 |
| G. | Hipotesis | 36 |
| BAB III | METODE PENELITIAN | 37 |
| A. | Kerangka Konsep | 37 |
| B. | Variabel Penelitian | 37 |

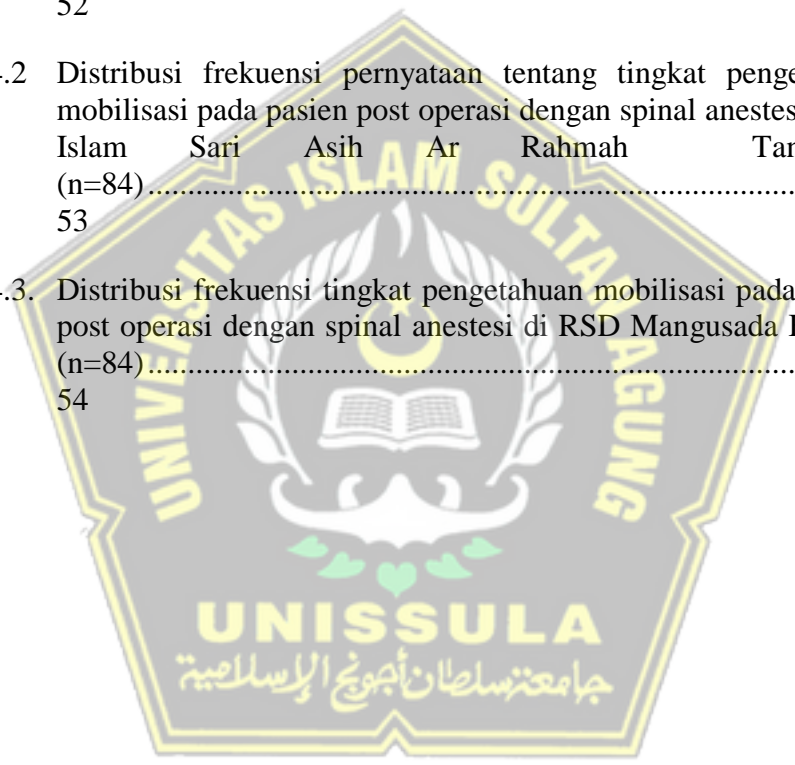
| | |
|--|----|
| C. Desain Penelitian | 37 |
| D. Populasi Dan Sampel..... | 38 |
| 1. Populasi | 38 |
| 2. Sampel | 39 |
| E. Tempat Dan Waktu Penelitian..... | 40 |
| 1. Tempat Penelitian..... | 40 |
| 2. Waktu Penelitian | 40 |
| F. Definisi Operasional..... | 40 |
| G. Instrumen / Alat Pengumpulan Data | 41 |
| H. Metode Pengumpulan Data | 44 |
| I. Analisa Data | 46 |
| 1. Teknik pengolahan data..... | 46 |
| 3. Teknik analisa..... | 47 |
| J. Etika Penelitian..... | 49 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN | 52 |
| A. Pengantar Bab..... | 52 |
| B. Penjelasan Karakteristik Responden | 52 |
| C. Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal..... | 53 |
| BAB V PEMBAHASAN..... | 56 |
| A. Karakteristik Responden | 56 |
| 1. Umur..... | 56 |
| 2. Jenis Kelamin | 58 |
| 3. Pekerjaan | 61 |
| 4. Pendidikan..... | 64 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 5. Riwayat operasi | 66 |
| 6. Tingkat pengetahuan | 67 |
| B. Keterbatasan Penelitian | 71 |
| C. Implikasi untuk keperawatan..... | 72 |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN..... | 74 |
| A. Kesimpulan..... | 74 |
| B. Saran | 74 |
| DAFTAR PUSTAKA | 76 |
| LAMPIRAN..... | 79 |



DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional..... | 41 |
| Tabel 4.1. | Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir dan riwayat operasi (n =84) | 52 |
| Tabel 4.2 | Distribusi frekuensi pernyataan tentang tingkat pengetahuan mobilisasi pada pasien post operasi dengan spinal anestesi di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah Tangerang (n=84)..... | 53 |
| Tabel 4.3. | Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan mobilisasi pada pasien post operasi dengan spinal anestesi di RSD Mangusada Badung (n=84)..... | 54 |



DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------|--|----|
| Gambar 2.1. | Miring Kiri dan Kanan | 32 |
| Gambar 2.2. | Latihan Bangun atau Duduk di Tempat Tidur..... | 32 |
| Gambar 2.3. | Latihan Berdiri..... | 33 |
| Gambar 2.4. | Kerangka Teori..... | 35 |
| Gambar 3.1. | Kerangka Konsep | 37 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 2. Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 3. Lembar *Consent*
- Lampiran 4. Kisi-kisi kuesioner
- Lampiran 5. Kuesioner Data Demografi Penelitian
- Lampiran 6. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7. Lembar Observasi
- Lampiran 8. Lembar Pernyataan *Face Validity*
- Lampiran 9. SOP Mobilisasi Dini
- Lampiran 10. Catatan Hasil Konsultasi / Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan adalah suatu tindakan atau tehnik invasive untuk mendiagnosis, mengobati sakit, cedera dan kecacatan, dilakukan dengan cara membuat sayatan pada bagian yang akan di obati, dilanjutkan membuka atau menampilkan bagian tubuh dalam yang akan ditangani. Setelah membuka bagian tubuh yang bermasalah, dilanjutkan dengan tindakan perbaikan dan diakhiri dengan penutupan segera dengan cara penjahitan pada luka sayatan. Pembedahan dilakukan untuk menangani pasien yang mengalami kegawatdaruratan yang umumnya terjadi dirumah sakit ((Sjamsuhidajat & Jong, Budikasi, & LeMone)

Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO), jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Tercatat di tahun 2017 terdapat 140 juta pasien diseluruh rumah sakit di dunia, sedangkan pada tahun 2019 data mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa, sedangkan untuk di Indonesia pada tahun 2019 mencapai 1,2 juta jiwa. Menurut WHO (2020) jumlah klien yang menjalani tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan setiap tahunnya. Diperkirakan setiap tahun ada 165 juta tindakan bedah dilakukan di seluruh dunia. Tercatat di tahun 2020 ada 234 juta jiwa klien di semua rumah sakit di dunia. Tindakan operasi/pembedahan di

Indonesia tahun 2020 mencapai hingga 1,2 juta jiwa. Berdasarkan data Kemenkes RI (2021) tindakan operasi/pembedahan menempati urutan posisi ke-11 dari 50 penanganan penyakit yang ada di Indonesia, 32% diantaranya tindakan pembedahan elektif.

Dampak dari tindakan pembedahan yang direncanakan dapat menimbulkan respon fisiologis maupun psikologi pada pasien (Romadoni, 2016). Salah satu cara untuk meminimalkan ancaman tersebut adalah dengan menggunakan teknik pembiusan atau anestesi. Prosedur pembedahan dilakukan beriringan dengan tindakan anestesi guna menghilangkan rasa nyeri pada pasien demi menciptakan kondisi yang ideal selama terjadinya tindakan pembedahan atau biasa dikenal oleh masyarakat dengan sebutan operasi.

Anestesi suatu prosedur yang berfungsi meniadakan rasa sakit atau nyeri ketika melakukan tindakan operasi (Amarta 2012). Anestesi spinal adalah salah satu jenis anestesi regional (Mangku & Senapathi, 2010). Anestesi merupakan hilangnya rasa sakit sementara pada bagian tubuh tertentu sehingga pasien merasa nyaman saat dilakukan tindakan operasi (Mangku & Tjokorda, 2018). Selain itu prosedur operasi dengan menggunakan anestesi juga dapat menghambat kemampuan klien untuk merespon stimulus lingkungan dan membantu klien untuk terhindar dari trauma tubuh. Pemulihan diperlukan pada klien yang menjalani prosedur anestesi untuk mengembalikan fungsi tubuh yang terganggu. Masa pemulihan pasca anestesi sangat beragam, tergantung dari jenis anestesi yang digunakan, dosis dan respon individu

(Kozier,2010). Tindakan pada pembedahan ekstermitas bawah menggunakan anestesi sub arachnoid block biasa kita menyebutnya dengan anestesi spinal.

Spinal anestesi adalah prosedur pemberian obat anestesi untuk menghilangkan rasa sakit pada pasien yang akan menjalani pembedahan dengan menginjeksikan obat anestesi lokal ke dalam cairan serebrospinal dalam ruang subarachnoid (Morgan, et al. 2013). Anestesi spinal merupakan salah satu teknik anestesi regional yang dilakukan dengan cara menyuntikkan obat anestesi lokal ke dalam ruang subarachnoid didaerah lumbal dengan tujuan menghambat transmisi impuls nyeri dan menghambat saraf otonom eferen ke kelenjar adrenal dan pasien saat dilakukan anestesi ini dalam keadaan sadar. Pasien dapat dipindah ke ruang pemulihan setelah pembedahan selesai dilakukan.

Ruang pemulihan atau *recovery room* merupakan suatu ruangan tempat pengawasan dan pengelolaan pada pasien yang baru saja melakukan tindakan operasi dengan anestesi sampai keadaan umum stabil. Efek samping dari obat anestesi spinal dapat mengakibatkan pasien merasakan mual, pusing, kedinginan, kaki belum bisa digerakkan dan lain-lain. Adapun faktor yang dapat mempengaruhi pergerakan kaki pasca anestesi spinal (*subarachnoid block*) sebenarnya adalah jenis, dosis obat, posisi pemberian obat anestesi spinal, usia dan IMT (Morgan,2013). Selain itu pasien dibawah anestesi spinal tergantung pada waktu operasi, jenis operasi, durasi anestesi, jumlah perdarahan, teknik anestesi dan teknik pembedahan (Deliati,2016). Dari efek samping dan faktor yang mempengaruhi pergerakan kaki pasca anestesi spinal tersebut diatas,

pasien enggan melakukan mobilisasi dini. Fenomena ini terjadi karena ketidaktahuan pasien melakukan mobilisasi dini pasca anestesi spinal. Hal tersebut menyebabkan terlambatnya pasien pindah keruang perawatan selanjutnya. Salah satu prosedur pemulihan yang bisa dilakukan setelah operasi adalah mobilisasi dini yang dilakukan segera setelah operasi.

Mobilisasi adalah merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat dan penting untuk kemandirian (Barbara, 2006). Mobilisasi juga merupakan tindakan khusus yang diberikan pada pasien pasca anestesi spinal dengan menggerakkan ekstermitas bawah seperti menekuk, meluruskan kaki serta melakukan gerakan badan miring kanan dan kiri (Zetri, 2011).

Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan apakah pasien yang menjalani anestesi spinal siap untuk dikeluarkan dari ruang pemulihan adalah dengan *Bromage Score*. *Bromage Score* merupakan sebagai indikator motorik pasien pasca anestesi yang berkaitan tentang lamanya pasien selama berada diruang pemulihan. Pasien yang menjalani anestesi spinal siap untuk dipindahkan dari ruang pemulihan apabila *Bromage Score* < 2 (Triyono, 2017).

Pengetahuan serta pemahaman yang baik dibutuhkan agar tidak terjadi komplikasi pasca anestesi sehingga pasien bisa cepat dipindahkan keruang perawatan selanjutnya (Wayan, 2019). Imobilisasi dapat ditangani dengan dilakukannya tindakan mobilisasi. Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan segera setelah operasi dimulai dari latihan

ringan, diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Kebanyakan dari pasien selama ini masih mempunyai kekhawatiran yang begitu tinggi kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh dimana operasi baru saja selesai dikerjakan (Roper,2015). Mobilisasi juga terkadang tidak dilaksanakan oleh pasien yang disebabkan karena bila bergerak akan mengakibatkan rasa sakit pada daerah luka operasi.

Disamping itu, kurangnya pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini sehingga menyebabkan terlambatnya melakukan mobilisasi. Ini dibuktikan dari hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Gukguk (2019) menyatakan bahwa pengetahuan pasien terhadap mobilisasi menunjukkan mayoritas responden memiliki pengetahuan kurang yaitu 8 orang responden (40%). Dilihat dari segi umur mayoritas berpengetahuan cukup sebanyak 6 responden (54,5%). Berdasarkan pendidikan yaitu responden yang berpendidikan SD dengan mayoritas pengetahuan kurang sebanyak 3 responden (75%). Berdasarkan pekerjaan yaitu responden yang tidak bekerja mayoritas berpengetahuan kurang sebanyak 3 responden (60%). Disimpulkan dari penelitian tersebut adalah pengetahuan responden tentang mobilisasi berpengetahuan kurang.

Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Dimana secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh. Perubahan gerakan

dan posisi ini harus dijelaskan pada pasien atau keluarga. Pasien dan keluarga akan dapat mengetahui manfaat mobilisasi sehingga akan berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi. Pasien yang membatasi pergerakannya ditempat tidur dan sama sekali tidak melakukan mobilisasi, akan mengakibatkan berbagai masalah, seperti keterlambatan ambulasi dini pada pasien, menyebabkan kontraktur yang permanen,kehilangan daya tahan,penurunan massa otot, atrofi dan penurunan aktivitas (Putri,2015). Jika permasalahan diatas tidak ditanggulangi maka akan memperpanjang proses perawatan dan pemulangan pasien sehingga mengakibatkan terjadinya pembedahan kembali.

Pengetahuan merupakan pokok dominan kognitif yang sangat penting untuk mengubah pola sikap seseorang. Berdasarkan teori Mubarak (2012), pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya terpaparnya seseorang terhadap informasi. Dimana pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai mobilisasi dini dan cara-cara mobilisasi dapat mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi. Disini peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan meliputi upaya promotif,preventif,kuratif dan rehabilitatif (Notoatmodjo,2012). Selain itu peran perawat juga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan pasien. Dimana semakin seseorang terpapar informasi kesehatan maka pengetahuannya akan bertambah dan menjadi lebih baik.

Hasil penelitian Darmawan dan Rihiantoro (2017) pada pasien post operasi diketahui bahwa responden yang paling banyak adalah yang berpengetahuan kurang tentang mobilisasi (78,6%) di provinsi Lampung.

Selain itu ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Gukguk (2019) menyatakan bahwa pengetahuan pasien terhadap mobilisasi menunjukkan mayoritas responden memiliki pengetahuan kurang yaitu 8 responden (40%). Dilihat dari segi umur mayoritas berpengetahuan cukup sebanyak 6 responden (54,4%).

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah terhadap 12 pasien yang menjalani operasi dengan anestesi spinal, 9 diantaranya pasien ingin cepat dibawa keruang perawatan selanjutnya tetapi pasien-pasien tersebut tidak mengetahui tentang mobilisasi dini yang harus dilakukan seperti miring kanan dan kiri, kaki dalam keadaan menyilang antara kaki kanan dan kiri agar bisa dibawa ke ruang perawatan selanjutnya, dan 3 pasien sudah mengetahui tentang mobilisasi setelah diberikan pengetahuan tentang mobilisasi. Berdasarkan fenomena fenomena diatas tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang “ Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Spinal Di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah”.

B. Rumusan Masalah

Pembedahan yang diiringi dengan pembiusan spinal merupakan satu kesatuan dalam tindakan operasi. Kesiapan pasien dalam melakukan tindakan pembedahan merupakan faktor penting dalam operasi hanya saja bukan hanya dari segi kesiapan untuk melakukan tindakan pembedahan dan pembiusan saja, pemberian pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal sangat penting diberikan, karena dari hal ketidaktahuan tersebut

bisa mengakibatkan banyak pasien enggan melakukan mobilisasi dini. Berdasarkan data Tindakan pembedahan dengan pembiusan anestesi spinal di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah dari 40 pasien, hampir 50 % mengalami imobilisasi post operasi pasca anestesi spinal. Permasalahan yang terjadi adalah kurangnya pengetahuan mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal, yang terlihat dari studi pendahuluan di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah. Berdasarkan latar belakang dapat dirumuskan pertanyaan “ Bagaimanakah Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Spinal Di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah ?” .

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang mobilisasi pada pasien post operasi dengan anestesi spinal diruang *recovery room*.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan dapat menambah wawasan secara teoritis tentang gambaran pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi.

2. Manfaat Praktis

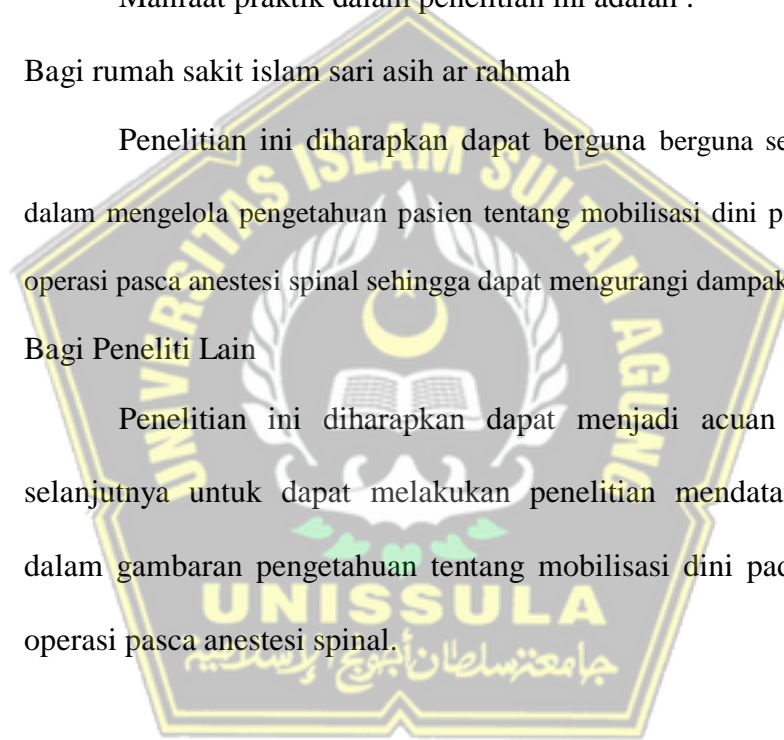
Manfaat praktis dalam penelitian ini adalah :

3. Bagi rumah sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai masukan dalam mengelola pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal sehingga dapat mengurangi dampak yang terjadi.

4. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian mendatang khususnya dalam gambaran pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Operasi Atau Pembedahan

1. Pengertian Operasi

Operasi atau pembedahan merupakan semua tindakan pengobatan dengan menggunakan prosedur invasif dengan tahapan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang ditangani. Pembukaan bagian tubuh yang dilakukan tindakan pembedahan umumnya dilakukan membuat sayatan, setelah yang ditangani tampak, maka akan dilakukan perbaikan dengan penutupan serta penjahitan luka (Sjamsuhidajat & Jong, 2016). Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit serta mengobati kondisi yang tidak mungkin disembuhkan dengan tindakan atau obat-obatan sederhana (Potter Perry, 2015). Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi, namun demikian pembedahan juga dapat mengancam nyawa jika gagal. Terdapat tiga faktor penting dalam pembedahan, yaitu jenis penyakit, jenis pembedahan dan dari pasien itu sendiri (Haynes et al, 2010). Jadi, dapat disimpulkan bahwa pembedahan adalah suatu tindakan medis dengan menggunakan prosedur invasif yang dilakukan untuk mencegah komplikasi atau menyelamatkan nyawa, sehingga dalam prosesnya membutuhkan keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan untuk manajemen perioperatif.

2. Indikasi Pembedahan

Ada beberapa indikasi pasien dilakukan pembedahan menurut Virginia (2019), yaitu:

- a. Diagnostik: biopsi atau laparotomi eksplorasi.
- b. Kuratif: eksisi tumor atau operasi pengangkatan appendiks yang sudah mengalami inflamasi.
- c. Reparatif: memperbaiki luka *multiple*
- d. Rekonstruksi/ kosmetik: mamaoplasti atau bedah plastik.
- e. Paliatif: menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, misalnya pemasangan selang gastrotomi yang dipasang bertujuan untuk mengkompensasi terhadap ketidakmampuan menelan makanan (Virginia, 2019).

3. Klasifikasi Pembedahan

Pembedahan juga diklasifikasikan sebagai bedah mayor dan bedah minor sesuai dengan derajat risiko terhadap klien (Kozier, 2020).

- a. Bedah Mayor

Merupakan pembedahan dengan derajat risiko tinggi, dilakukan untuk berbagai alasan: pembedahan mungkin memiliki komplikasi atau lama, kehilangan darah dalam jumlah besar mungkin dapat terjadi, organ vital mulai terkena atau komplikasi post operatif mungkin terjadi. Contohnya adalah transplantasi organ, bedah jantung terbuka, dan pengangkatan ginjal.

b. Bedah Minor

Merupakan pembedahan dengan derajat risiko kecil, menghasilkan sedikit komplikasi, dan sering dilakukan pada bedah rawat jalan. Contohnya adalah biopsi payudara, pengangkatan tonsil, dan pembedahan tumor kecil.

B. Konsep Anestesi Spinal

1. Definisi Anestesi Anestesi Spinal

Anestesi spinal merupakan salah satu blok neuraksial dengan memasukkan obat anestesi lokal ataupun adjuvant ke rongga subarachnoid (Mangku & Senapathi, 2018). Anestesi spinal merupakan salah satu blok neuraksial dengan memasukkan Tempat penyuntikan arealumbal di bawah L1 pada dewasa dan L3 pada anak mengingat letak ujung akhir dari medulla spinalis. Konfirmasi masuknya ke ronggasubarachnoid adalah dengan mengalirnya CSF pada jarum spinal. Anestesi spinal dapat dilakukan dengan pendekan midline atau paramedian (Rehatta et al., 2019). Blok subarachnoid adalah blok regional yang dilakukan dengan jalan menyuntikkan obat anestetik local ke dalam ruang subarachnoid melalui Tindakan fungsi lumbal (Mangku & Senapathi, 2018).

2. Indikasi Anestesi Spinal

Menurut pramono (2019) indikasi dari tindakan spinal anestesi itu umumnya digunakan untuk prosedur pembedahan yang melibatkan bagian perut atau abdomen bawah, pembedahan pada ekstermitas bawah, pembedahan daerah panggul, tindakan sekitar rektum sampai perineum,

pembedahan obstetri – ginekologi dan urologi. Pada pembedahan abdomen bagian atas dan bedah pediatrik dikombinasikan dengan anestesi umum ringan.

3. Kontra Indikasi Spinal

Menurut Mangku & Senapathi (2018) kontra indikasi spinal anestesi antara lain pada pasien tidak kooperatif, pasien menolak dilakukan spinal anestesi, gangguan faal haemostasis, penyakit – penyakit saraf otot, terdapat infeksi didaerah lumbal, pasien dengan dehidrasi, syok, anemia dan SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*) dan kelainan tulang belakang (termasuk artritis dan kelainan anatomi tulang belakang).

4. Mekanisme Obat Anestesi Spinal

Menurut Morgan (2013) mekanisme obat anestesi spinal yaitu : Anatomi tulang belakang terdiri atas tulang vertebral dan disk intervetebralis fibrocartilaginous. Terdiri atas 7 serviks, 12 toraks dan 5 vertebra sacral dan ada dasar kecil rudimenter ruas coccygeal. Tulang belakang secara keseluruhan memberikan dukungan struktural untuk tubuh dan perlindungan bagi sumsum tulang belakang dan saraf, dan memungkinkan tingkat mobilitas spasial di beberapa bidang. Lokasi utama dari aksi blokade neuroaxial adalah akar nervus.

Jarum spinal menembus kulit pasien melewati lapisan subkutan, kemudian menembus ligamentum supraspinosum yang membentang dari vertebra servikal 7 hingga sakrum, ligament interspinosum yang menghubungkan dua spinosus, kemudian ke ligamentum flavum (serat elastik kuning) lalu ke ruang epidural. Setelah melewati ruang epidural,

terdapat durameter hingga sampai di ruang subaraknoid. Anestesi lokal disuntikkan ke dalam LCS (liquid serebro spinal). Blokade dari transmisi neural pada serat akar nervus posterior menghalangi sensasi somatik, blokade somatik dengan menghambat transmisi implus nyeri dan menghilangkan tonus otot (skelet) rangka. Blok sensorik menghambat transmisi impuls nyeri somatic atau visceral sementara blok motoric menyebabkan relaksasi otot.

5. **Komplikasi Anestesi Spinal**

Komplikasi spinal anestesi terkait dengan adanya blockade saraf simpatis yaitu hipotensi, bradikardia, mual dan muntah. Peninggian blokade terkait penggunaan dosis obat yang berlebihan atau dosis standar yang diberikan pada pasien tertentu, misalnya orangtua, ibu hamil, obesitas, pasien dengan tinggi badan sangat pendek, sensitivitas yang tidak biasa atau tersebarnya anestesi lokal (Pramono, 2019).

Komplikasi neurologis akibat spinal anestesi yaitu sequel neurologis, biasanya jarang terjadi. Penyebabnya adalah trauma langsung oleh jarum spinal. Keluhanyang dirasakan pasien berupa parastesia yang lama, sampai beberapa bulan post spinal anestesi. Dapat juga timbul arachnoiditis adhesive, komplikasi yang serius karena dapat menimbulkan kerusakan pada medulla spinalis yang permanen. Hal ini terjadi karena injeksi larutan yang bersifat iritan ke dalam ruang subarachnoid (Morgan, 2013).

C. **Konsep Bromage Score**

1. **Definisi Bromage Score**

Kekuatan motorik individu dapat diukur dengan menunjukkan derajat pergerakan melawan hambatan. Kekuatan otot suatu ekstremitas harus dibandingkan dengan ekstremitas sisi lain. Skala kekuatan otot kaki bisadiukur dengan *Bromage Score*. Bromage score merupakan salah satu indikator respon motorik pasca spinal anestesi (Subiyantoro, 2014). Bromage score adalah cara menilai pemulihan pasca anestesi spinal dengan melihat perkembangan pergerakan kaki dan normalnya tercapai dua sampai tiga jam pasca anestesi spinal. Gerakan itu sendiri merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dengan menggunakan koordinasi sistem saraf dan musculoskeletal (Nuriyadi 2012 dalam Brilianti 2020).

2. Faktor yang mempengaruhi *Bromage Score*




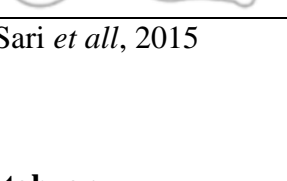
Menurut Deliaty (2016) lama anestesi, lama operasi, jumlah perdarahan, jumlah cairan selama operasi, teknik anestesi, teknik pembedahan. Menurut Daryati (2017) latihan fisik ROM dapat mempengaruhi *bromage score*.

3. Kriteria Penilaian *Bromage Score*

Menurut Finunace dalam Fitria (2018) Bromage score selain menjadi standar baku untuk menilai perkembangan motorik ekstremitas bawah pasien pasca anestesi spinal juga dijadikan sebagai indikator kesiapan dalam pemindahan pasien ke ruang perawatan. Dihitung dari pasien mendapatkan anestesi spinal hingga pasien mampu menggerakkan kembali tungkai kakinya. Adapun penilaian lamanya blok motorik menggunakan *Bromage Score* dibagi menjadi empat kategori, dan apabila hasil Bromage Score kurang dari sama dengan 2, pasien bisa dipindahkan

ke ruang perawatan (Edward, 2003 dalam Kasanah 2019). Sebagai salah satu indikator pengawasan pasca anestesi regional, apabila Bromage Score telah mencapai skor 2, maka hal ini menunjukkan bahwa obat anestesi yang memblok saraf simpatis, otonom, dan motorik telah berkurang keefektifannya, sehingga pengaruh obat anestesi regional telah berkurang (Nurwakit, 2015). Menurut Triyono (2017) dalam Kusumawati (2019), terhambatnya pemulihan pasca anestesi berdampak pada timbulnya komplikasi seperti kecemasan dan depresi sehingga pasien memerlukan perawatan lebih lama di ruang pemulihan. Pasien tetap berada di ruang pemulihan sampai pasien pulih dari anestesia.

Tabel 2.1. Kriteria Penilaian Bromage Score

| Skor | Gambar | Keterangan | Tingkat blok |
|------|---|--|----------------------|
| 0 |  | Gerakan penuh | Nihil (0%) |
| 1 |  | Hanya mampu memflexikan lutut dengan gerakan bebas dari kaki | Parsial (33%) |
| 2 |  | Tidak dapat memflexikan tetapi dapat gerakan bebas dari kaki | Hampir lengkap (66%) |
| 3 |  | Kaki tidak dapat digerakkan dan lutut tidak bisa di flexikan | Lengkap (100%) |

Sumber : Sari *et all*, 2015

D. Konsep Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu informasi yang diketahui atau dimiliki oleh seseorang. Menurut Notoatmodjo (2014) menekankan bahwa pengetahuan adalah rasa keingintahuan seseorang atas hasil penginderaan manusia, terhadap suatu objek tertentu melalui pancaindra yang dimilikinya. Indra penglihatan maupun pendengaran sebagian besar digunakan untuk memperoleh suatu pengetahuan. Pada waktu penginderaan dalam menghasilkan pengetahuan tersebut, dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuandipengaruhi oleh faktor pendidikan, baik formal maupun non formal yang berkaitan dengan semakin tinggi pendidikan maka pengetahuan akan semakin luas (Wawan dan Dewi, 2011).

Tingkat Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2014) secara kognitif pengetahuan memiliki enam tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat kembali ingatan yang baru saja didapatkan melalui proses pembelajaran yang telah dilakukan sebelumnya. Dalam proses mengingat tiap orang memiliki tolak ukur diantaranya menguraikan, menyebutkan mendefinisikan dan menyatakan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami merupakan suatu kemampuan untuk mengerti dan

menjelaskan kembali mengenai objek secara tepat dan benar. Orang yang memiliki kemampuan dalam memahami berarti orang tersebut dapat menjelaskan, menyimpulkan dan menginterpretasikan apa yang telah dipelajarinya.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mengaplikasikan atau menerapkan secara nyata apa yang telah dipelajari sebelumnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan usaha penjabaran suatu materi ke dalam komponen – komponen. Pengetahuan mengenai analisis dapat seperti menggambarkan, membuat bagan, memisahkan, mengelompokkan membedakan atau membandingkan.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menghubungkan beberapa unsur pengetahuan menjadi formulasi yang lebih menyeluruh. Unsur yang terdapat dalam sintesis diantaranya seperti Menyusun, merencanakan, mengkatagorikan mendesain dan menciptakan.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk

memberikan penilaian terhadap suatu objek berdasarkan kriteria – kriteria yang ada.

2. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

a. Umur

Pola pikir dan daya tangkap seseorang dipengaruhi oleh adanya usia. Daya tangkap dan pola pikir yang baik didapat seiring bertambahnya usia. Bertambahnya usia seseorang dikatakan memiliki pengetahuan yang lebih baik dikarenakan kehidupan yang dilalui lebih banyak sehingga pengalaman, informasi, dan pembelajaran yang diperoleh lebih banyak lagi.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan kemampuan untuk meningkatkan pengetahuan manusia dengan cara pelatihan dan pembelajaran, tidak hanya pengetahuan saja namun juga perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok. Pengetahuan dapat ditingkatkan melalui pendidikan untuk mempermudah mengetahui informasi baru melalui buku, majalah, media massa, dan sebagainya. Pendidikan yang kurang dapat menghambat masuknya informasi – informasi yang baru.

c. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu hal yang berpengaruh dalam pembentukan pengetahuan tiap-tiap individu. Lingkungan

dengan pengetahuan yang baik dapat menambah wawasan dengan baik juga, sebaliknya jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga kurang baik sehingga terjadinya interaksi timbal balik antara individu.

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang dilakukan seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi untuk mencari nafkah guna menunjang kehidupan. Pekerjaan yang rendah sering memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Pekerjaan biasanya sebagai simbol status sosial di masyarakat. Masyarakat akan memandang seseorang dengan penuh penghormatan apabila pekerjaannya sudah pegawai negeri atau pejabat di pemerintah

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan peristiwa yang dialami dalam hidup seseorang untuk meningkatkan suatu pengetahuan. Pengalaman dapat diperoleh melalui pembelajaran, bekerja, maupun kehidupan sehari-hari. Pengalaman yang didapat dari melakukan belajar mampu meningkatkan pengetahuan dan profesionalisme, pengalaman yang didapat dari bekerja dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam menentukan keputusan yang tepat, dan pengalaman yang didapat dari kehidupan sehari-hari mampu meningkatkan kemampuan untuk bertahan hidup dan mengambil keputusan dengan bijak. Pengalaman tersebut seseorang dapat melatih kemampuannya dan

dapat dijadikan sebagai pengetahuan untuk masalah kedepannya dan menemukan solusi yang tepat.

f. Sosial, Budaya, dan Ekonomi

Tradisi yang terjadi secara turun temurun dan dilakukan dengan pemikiran yang baik atau buruk mampu menambah wawasan pengetahuan. Semakin luas tradisi dan sosial budaya seseorang maka semakin luas dan bertambah pula pengetahuannya. Status ekonomi yang dimiliki seseorang merupakan indikator penentu tingkat pengetahuan seseorang, semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang maka dengan mudah seseorang tersebut memenuhi kebutuhan dan fasilitas dalam menambah wawasan pengetahuan dan sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat status ekonomi dibawah rata - rata maka seseorang akan sulit untuk memenuhi kebutuhan dan fasilitas penambahan wawasan.

g. Informasi yang diperoleh

Informasi merupakan suatu usaha untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis, dan menyebarkan informasi. Perubahan dan peningkatan ilmu pengetahuan didapatkan melalui berbagai macam informasi tidak hanya melalui lisan namun juga melalui tertulis. Berkembangnya teknologi masa kini seperti surat kabar atau koran, majalah, radio, televisi, komunikasi antar orang maupun sosial media akan mempermudah masyarakat untuk lebih kritis dalam mencari dan menemukan pengetahuan dan inovasi-inovasi baru yang diinginkan.

Keberadaan berbagai macam media untuk mendapatkan informasi akan memberikan dampak yang sangat besar bagi masyarakat baik dengan penyediaan informasi mengenai peristiwa dan kondisi masyarakat dunia, memudahkan inovasi baru, adaptasi dan kemajuan (Qudratullah, 2016).

3. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menayakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengukuran pengetahuan menggunakan skala Guttman yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih yang terdiri dari 2 tipe pernyataan, yaitu:

- a. Pernyataan Positif (*favorable*)
 - 1) Benar (B) jika responden menjawab pernyataan kuesioner dengan benar akan diberi skor 1.
 - 2) Salah (S) jika responden menjawab pernyataan kuesioner dengan benar akan diberi skor 0.
- b. Pernyataan Negatif (Unfavorable)
 - 1) Benar (B) jika responden menjawab pernyataan kuesioner dengan benar akan diberi nilai 0.
 - 2) Salah (S) jika responden menjawab pernyataan kuesioner dengan benar diberi skor 1.

4. Kriteria pengetahuan

Menurut Bloom (1908, dalam Notoatmodjo, 2014) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik : hasil presentase 80 % - 100%
- b. Cukup : hasil presentase 60 % - 79 %
- c. Kurang : hasil presentase < 59 %

E. Konsep Mobilisasi Dini

1. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah salah satu intervensi umum setelah operasi pada pasien yang menjalani anestesi spinal. Tindakan pemulihan yang dilakukan pasca operasi antara lain latihan ditempat tidur yaitu latihan tungkai kaki, gerak miring ke kiri dan ke kanan, berdiri atau duduk di samping tempat tidur hingga pasien dapat berjalan. Latihan mobilisasi pasca operasi memiliki banyak manfaat bagi pasien pasca operasi (Arif et al., 2020). Pentingnya pengetahuan dan pemahaman tentang mobilisasi dini yang harus dimiliki pasien pasca operasi. Pengetahuan seseorang juga mempengaruhi sikapnya terhadap mobilisasi dini pada pasien pasca operasi (Sutrisno et al., 2021). Edukasi merupakan kegiatan yang mendorong perubahan (pengetahuan, sikap, perilaku, keterampilan) serta dapat meningkatkan motivasi dan partisipasi dalam mengendalikan kondisi kontrol, mengubah perilaku dan meningkatkan keterampilan (Sugiyanto, 2018).

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi (Mubarak, 2008). Mobilisasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat nafas dalam dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal, dorong untuk menggerakkan kaki dan tungkai bawah sesegera mungkin (Mihardi, 2010). Mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan (Mihardi, 2010). Carpenito (2009) menjelaskan bahwa mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi dini dapat dilakukan meliputi ROM, nafas dalam, dan juga dengan batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret (Majid & Istianah, 2011).

Kebanyakan dari pasien masih punya kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca operasi akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh atau baru saja dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi sedini mungkin. Dengan catatan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi

gangguan, dengan bergerak masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat dipersingkat. Hal ini tentunya akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi stres psikis (Majid & Istianah, 2011). Dengan bergerak, hal ini mengurangi kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, memperlancar peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang akhirnya akan mempercepat penyembuhan luka. Mobilisasi dini pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga dengan pemulihan fisik. Pengaruh latihan pasca operasi terhadap masa pulih ini, juga telah dibuktikan melalui penelitian ilmiah (Majid & Istianah, 2011). Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi dan imobilisasi berada pada suatu rentang dengan banyak tingkatan imobilisasi parsial. Beberapa pasien mengalami kemunduran dan selanjutnya berada di antara rentang mobilisasi-imobilisasi, tetapi pada pasien lain, berada pada kondisi imobilisasi mutlak dan berlanjut sampai jangka waktu tidak terbatas. Mobilisasi dini merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca operasi dan dapat mencegah komplikasi pasca bedah. Banyak keuntungan bisa diraih dari latihan ditempat tidur dan berjalan pada periode dini pasca operasi. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan/penegangan otot-otot di

seluruh tubuh dan sirkulasi darah dan pernapasan terganggu, juga adanya gangguan peristaltik maupun berkemih. Sering kali dengan keluhan nyeri di daerah operasi pasien tidak mau melakukan mobilisasi ataupun dengan alasan takut jahitan lepas klien tidak berani merubah posisi. Disinilah peran perawat sebagai edukator dan motivator kepada pasien sehingga pasien tidak mengalami suatu komplikasi yang tidak diinginkan.

2. Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat mobilisasi dini menurut Brunner & Suddarth (2007) adalah dapat menurunkan insiden komplikasi pasca operasi seperti atelektasis, pneumonia hipostatik, gangguan gastrointestinal, dan masalah sirkulasi. Barbara (2006) menjelaskan dengan mobilisasi dapat membantu mencegah komplikasi sirkulasi paru-paru dan kardiovaskuler mencegah dekubitus, merangsang peristaltik usus, dan mengurangi nyeri.

Mihardi (2010), manfaat mobilisasi adalah pasien merasa lebih sehat dan kuat karena dengan bergerak otot-otot akan kembali menjadi kuat dan dapat mengurangi rasa sakit. Dengan demikian pasien akan merasa sehat serta membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula. Serta Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan.

Mobilisasi dini dapat memperlancar sirkulasi darah, membantu proses pemulihan, mencegah terjadinya infeksi yang timbul karena gangguan pembuluh darah balik serta menjaga perdarahan lebih lanjut

(Rambey, 2008). Mobilisasi pasca operasi dapat mempercepat fungsi peristaltic usus. Hal ini didasarkan pada struktur anatomi kolon dimana gelembung udara bergerak dari bagian kanan bawah keatas menuju fleksus hepatic, mengarah ke fleksus spleen kiri dan turun ke bagian bawah kiri menuju rectum (Doenges et al, 2010).

Menurut Villela (2013), ada beberapa manfaat dilakukannya mobilisasi antara lain :

- a. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation, dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik, dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kembali normal. Aktivitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
- c. Mempercepat pemulihan misal kontraksi uterus post secarea, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat dan bisa merawat anaknya dengan cepat.
- d. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan

3. Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Apabila pasien tidak melakukan mobilisasi dini pasca pembedahan akan terjadi komplikasi antara lain atelektasis, pneumonia hipostatik,

gangguan gastrointestinal, masalah sirkulasi, dan dekubitus (Brunner & Suddarth, 2002). Selain itu tidak melakukan mobilisasi dini dapat menyebabkan:

a. Penyembuhan luka menjadi lama

Dengan mobilisasi dini, diharapkan dapat memperlancar sirkulasi dan oksigenasi. Sehingga akan sangat membantu proses penyembuhan luka. Sirkulasi dan oksigenasi yang tidak adekuat akan menghambat proses penyembuhan luka.

b. Menambah rasa sakit

Mobilisasi dini mengajarkan pasien untuk beradaptasi dengan luka. Sehingga pasien yang melakukan mobilisasi dini dapat lebih beradaptasi dengan nyeri.

c. Badan menjadi pegal dan kaku

Penyembuhan luka memerlukan waktu dalam prosesnya. Terkadang dibutuhkan beberapa hari untuk luka operasi menyatu dan sembuh. Selama proses tersebut, bila pasien tidak melakukan mobilisasi dan hanya berbaring ditempat tidur, maka akan mengakibatkan kekakuan pada sendi dan badan terasa sakit.

d. Kulit lecet dan luka

Berbaring di tempat tidur yang lama, dapat mengakibatkan penekanan pada bagian tubuh, serta gesekan dengan tempat tidur. Sehingga mengakibatkan kulit luka dan lecet, bahkan bisa terjadi dekubitus. Untuk menghindarinya harus segera dilakukan mobilisasi pada pasien.

e. Memperlama perawatan dirumah sakit

Proses penyembuhan yang lama mengakibatkan hari perawatan yang lebih lama. Biaya perawatan tentu akan meningkat, karenanya dengan mobilisasi akan membantu dalam proses penyembuhan luka. Diharapkan waktu perawatan akan lebih singkat, serta biaya perawatandapat diminimalkan.

4. Tahapan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini harus jangan melebihi toleransi pasien. Kondisi pasien harus menjadi faktor penentu, dan kemajuan langkah diikuti dengan memobilisasi pasien (Brunner & Suddarth, 2002) :

- a. Dengan dukungan dan dorongan dari keperawatan, dan dengan keselamatan sebagai perhatian utama, pasien dibantu untuk bergerak secara bertahap dari posisi berbaring ke posisi duduk sampai semua tanda pusing telah hilang. Posisi ini dapat dicapai dengan menaikan bagian kepala tempat tidur.
- b. Posisi dapat dibaringkan dengan posisi benar-benar tegak dan dibalikkan sehingga kedua tungkai menjuntai di atas tepi tempat tidur.
- c. Setelah persiapan ini, pasien dapat dibantu untuk berdiri di sisi tempat tidur.

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Clark et al, (2013), meliputi :

- a. Tahap 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM)

dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.

- b. Tahap 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- c. Tahap 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- d. Tahap 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

Tahapan Mobilisasi menurut Zanni & Needham (2010), ada beberapa hambatan dalam melaksanakan mobilisasi, diantaranya Beberapa gerakan dalam tahapan mobilisasi antara lain :

- d. Miring ke kiri-kanan

Memiringkan badan ke kiri dan ke kanan merupakan mobilisasi paling ringan dan yang paling baik dilakukan pertama kali. Disamping dapat mempercepat proses penyembuhan, gerakan ini juga mempercepat proses kembalinya fungsi usus dan kandung kemih secara normal.

- e. Menggerakkan

Setelah mengembalikan badan ke kanan dan ke kiri, mulai gerakan kedua belah kaki. Mitos yang menyatakan bahwa hal ini tidak

boleh dilakukankarena dapat menyebabkan timbulnya varices adalah salah total. Justru bila kaki tidak digerakkan dan terlalu lama diatas tempat tidur dapat menyebabkan terjadinya pembekuan pembuluh darah balik dapat menyebabkan varices ataupun infeksi.

f. Duduk

Setelah merasa lebih ringan cobalah untuk duduk di tempat tidur. Bila merasa tidak nyaman jangan dipaksakan lakukan perlahan-lahan sampaiterasa nyaman.

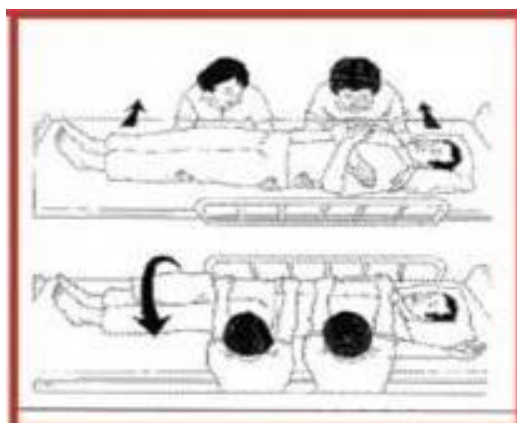
g. Berdiri atau turun dari tempat tidur Jika duduk tidak menyebabkan rasa pusing, teruskanlah dengan mencoba turun dari tempat tidur dan berdiri. Bila tersa sakit atau ada keluhan, sebaiknya hentikan dulu dan dicoba lagi setelah kondisi terasa lebih nyaman.

h. Ke kamar mandi dengan berjalan

5. Mobilisasi dini Pasca Operasi

a. Miring kiri dan kanan

Latihan miring kiri dan miring kanan dilakukan ditempat tidur, baik dilakukan sendiri maupun dengan bantuan (Promkesh RS Hasan Sadikin, 2014)



Gambar 2.1. Miring Kiri dan Kanan

Sumber : Rambey (2008)

b. Duduk di tempat tidur

Duduk ditempat tidur dilakukan 2-3 kali sehari selama 10-15 menit. Duduk ditempat tidur dilakukan dengan meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°. Selanjutnya dilakukan dengan mandiri disisi tempat tidur, dengan tungkai disamping tempat tidur.



Gambar 2.2. Latihan Bangun atau Duduk di Tempat Tidur

Sumber : Rambey (2008)

c. Latihan untuk turun dari tempat tidur dan latihan berdiri

Pasien dibantu untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur, dengan berpegangan pada bed pasien. Setelah itu pasien berjalan dengan bantuan.



Gambar 2.3. Latihan Berdiri
Sumber : Rambey (2008)

6. Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

a. Gaya hidup

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat tinggal (masyarakat).

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan aktifitas hidup sehari. Secara umum ketidakmampuan dibagi menjadi dua yaitu:

- 1) Ketidakmampuan primer yaitu disebabkan oleh penyakit atau trauma (misalnya : paralisis akibat gangguan atau cedera pada medula spinalis).
- 2) Ketidakmampuan sekunder yaitu terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misalnya : kelemahan otot dan tirah baring).

c. Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya untuk mobilisasi. Dalam hal ini cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi.

d. Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahit tidak jadi.

e. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Mubarak, 2008).



F. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.4. Kerangka Teori
Zanni & Needham (2010), Notoatmodjo (2014)

G. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan tesis mengenai hubungan antara dua atau lebih variabel sehingga dapat menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam,2020).

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif sehingga peneliti tidak mencantumkan hipotesis dalam penelitian.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti, atau memiliki arti hasil sebuah sintesis dari proses berfikir deduktif maupun induktif, kemudian dengan kemampuan kreatif dan inovatif diakhiri konsep atau ide baru (Hidayat, 2017). Fokus kerangka konsep dalam penelitian ini adalah untuk melihat gambaran pengetahuan tentang mobilisasi dini post operasi pasca anestesi spinal.

A rectangular box with a black border containing the text "Tingkat Pengetahuan Tentang Mobilisasi Dini". The box is centered over a large, faint watermark of the Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) logo, which features a crescent moon and star above an open book, all within a shield-like shape with the university's name in Indonesian and Arabic script.

Tingkat Pengetahuan
Tentang Mobilisasi Dini

Gambar 3.1. Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini hanya satu variabel yaitu tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini, tidak membandingkan satu kelompok dengan kelompok lainnya. Penelitian dengan desain deskriptif hanya menggambarkan atau mendeskripsikan suatu fenomena, kejadian, kondisi dan fakta.

C. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain (Sugiyono, 2012).

Desain deskriptif memiliki beberapa ciri-ciri yaitu bersifat *cross-sectional*, menggambarkan sebuah fenomena atau kejadian maupun fakta, tidak membandingkan satu kelompok dengan kelompok lainnya, pertanyaan yang tepat pada penelitian deskriptif adalah apa, dimana, kapan dan bagaimana, tidak diperlukannya hipotesis, analisis data yang umumnya digunakan adalah *descriptive kuantitatif* (Swarjana, 2015). Studi deskriptif *cross-sectional* adalah penelitian yang dilakukan secara cross-sectional (satu titik waktu tertentu). Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat pengetahuan mobilisasi dini post operasi pasca anestesi spinal di Rumah Sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah. Dengan metode penelitian menggunakan kuesioner dan observasi sebagai alat pengumpulan data.

D. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah bidang yang digeneralisasikan yang meliputi subyek dengan kualitas dan karakteristik tertentu yang diidentifikasi oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua pasien

yang akan dilakukan tindakan pembedahan dengan anestesi spinal dari bulan April – Juni 2024 adalah 84 pasien, rata – rata perbulan 28 pasien dengan spinal anestesi di rumah sakit islam sari asih ar rahmah.

2. Sampel

Sampel adalah kumpulan individu atau objek yang diukur untuk mewakili suatu populasi. Sampel yang diambil haruslah yang mewakili populasi (Mazhindu& Scott,2005 dalam swarjana, 2015). Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representative (Wahyuningsih, 2018). Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Total sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel kurang dari 100 Sugiono (2009). Semua sampel yang memenuhi persyaratan akan dimasukkan dalam sampel penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan tercapai sesuai waktu pengumpulan data yang tersedia (Swarjana, 2013). Sampling yang diambil oleh peneliti dari jumlah populasi yaitu sebanyak 28 responden per bulan yang memiliki karakteristik yang ditetapkan oleh peneliti. Untuk memperbanyak jumlah responden maka peneliti mengambil sampel selama 3 bulan, jumlah responden selama 3 bulan didapat 84 responden.

Adapun beberapa kriteria untuk sampel yang dipakai dala penelitian ini.

a. Kriteria Sampel

Kriteria sampel pada penelitian ini akan dibagi menjadi dua, yaitu kriteria inklusi dan kiteria eksklusi.

1) Kriteria Inklusi

- a) Pasien dengan post operasi elektif yang dilakukan anestesi spinal
 - b) Berusia 19 -60 tahun
 - c) Memungkinkan dilakukan observasi pasca operasi diruang pemulihan
 - d) Bersedia menjadi responden
 - e) Mampu berkomunikasi dengan baik, bisa membaca dan menulis.
 - f) Pasien dengan haemodinamik stabil (tekanan darah sistolik 100 – 120 mmhg, diastolik 60 – 80 mmhg, nadi 60 hingga 100 denyut permenit, kadar oksigen dalam alat oxymeter 100 – 95 %, pernafasan 16 – 20 kali dalam waktu semenit).
- 2) Kriteria Eksklusi
- a) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
 - b) Pasien dengan anestesi umum
 - c) Pasien yang dilakukan pembedahan dibagian kedua kaki

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang *recovery room* pada Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rs Islam Sari Asih Ar Rahmah.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan April 2024 s/d Juni 2024

F. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--|--|---|--|---------|
| 1. | Tingkat pengetahuan pasien post operasi terhadap mobilisasi dengan spinal anestesi | Segala sesuatu yang diketahui oleh pasien Post operasi khususnya pasien denganspinal anestesi untuk mengetahui, memahami, dan menerapkan tentang mobilisasi agartidak terjadi keterlambatan pindah keruang perawatan selanjutnya | Kuesioner yang terdiri dari 15 pernyataan dengan 12 pernyataan positif dan 3 pernyataan negatif menggunakan jawaban Skala Gutman yaitu : a. Pernyataan positif: Benar = 1, Salah = 0 b. Pernyataan negatif: Benar = 0, Salah = 1 Selanjutnya akan dilakukan penjumlahan dengan total | Semakin tinggi Skor yang mengindikasikan tingkat pengetahuan pasien post operasi dengan spinal anestesi terhadap mobilisasi maka semakin baik. Hasil ukur sebagai berikut: a. Baik bila skor 80 % - 100 % b. Cukup bila skor 60 % - 79 % c. Kurang bila skor \leq 59 % | Ordinal |

G. Instrumen / Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, kuesioner dipilih karena lebih mudah mengetahui tingkat pengetahuan pasien. Dengan kuesioner dapat menghemat waktu, biaya, tenaga dan lebih terarah.

Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini mencakup :

1. Data Demografi Responden

Kuisisioner ini berisikan tentang inisial nama responden, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan pengalaman operasi sebelumnya.

2. Tingkat Pengetahuan Pasien Post Operasi dengan Spinal Anestesi tentang

mobilisasi. Kuisisioner ini berisikan 15 pernyataan dengan 12 pernyataan positif dan 3 pernyataan negatif. Pernyataan yang dimuat adalah tentang pengertian, tujuan, manfaat serta penerapan dari mobilisasi. Pernyataan positif terdapat pada pernyataan no : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15 , sedangkan pernyataan negative pada no : 4,8 dan 14 Pengukuran menggunakan skala guttman yaitu: benar-salah Pernyataan positif: B= 1, S=0, Pernyataan negatif: B=0, S=1. Selanjutnya dikategorikan menjadi: Baik bila skor 80 % - 100 % , Cukup bila skor 60 % - 79 % , Kurang bila skor ≤ 59 %.

3. Uji Validitas

Uji validasi adalah pengukuran dan pengamatan yang mewakili prinsip reliabilitas instrumen dalam pengumpulan data. Sebelum melakukan penelitian, peneliti menguji alat ukur yang digunakan untuk mengetahui validitasnya melalui uji validitas (Nursalam, 2015).

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Sebuah instrumen atau kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada instrumen atau kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Ghozali, 2018:51). Uji signifikansi dilakukan dengan cara membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel. Di dalam menentukan layak dan tidaknya suatu item yang akan digunakan, biasanya dilakukan uji signifikansi koefisien korelasi pada taraf signifikansi 0,05 yang artinya suatu item dianggap valid jika berkorelasi signifikan terhadap skor total. Jika r hitung lebih besar dari r

tabel dan nilai positif maka butir atau pertanyaan atau variabel tersebut dinyatakan valid. Sebaliknya, jika r hitung lebih kecil dari r tabel, maka butir atau pertanyaan atau variabel tersebut dinyatakan tidak valid. Pengecekan validitas dilakukan untuk memeriksa apakah kuesioner dianggap valid, maka perlu dilakukan pengujian dan analisis. Uji validitas yang digunakan adalah *face validity*. *Face Validity* dilakukan untuk memeriksa apakah sudah memenuhi standar dan pemeriksaan dapat dilakukan oleh seseorang yang ahli di bidangnya (Swarjana, 2015). Hasil uji *face validity* yang telah diuji oleh dua orang expert salah satunya yaitu Putu Feby Mariska Dewi dinyatakan bahwa kuesioner ini sudah baku untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi pasca anestesi terlampir dalam lampiran no 7.

4. Uji Reliabilitas

Setelah melakukan uji validitas maka diperlukan uji reliabilitas data untuk menentukan apakah alat ukur dapat digunakan atau tidak (Hidayat, 2017). Setelah semua pertanyaan dan pernyataan dinyatakan valid maka selanjutnya adalah menguji reliabilitas kuesioner tersebut dengan menggunakan metode *Cronbach alpha*. Haston (2016) menyatakan bahwa untuk menentukan reliabilitas atau tidak suatu instrument dengan keputusan uji :

Bila *Cronbach alpha* $> 0,6$ artinya variabel reliabel. Dan bila *Cronbach alpha* $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel. Namun pada penelitian ini tidak menggunakan uji reliabilitas karena menggunakan uji

face validity yang telah diuji oleh dua orang expert salah satunya yaitu Putu Feby Mariska Dewi dinyatakan bahwa kuesioner ini sudah baku untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi pasca anestesi terlampir dalam lampiran no 7.

H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan kuesioner tingkat pengetahuan dan observasi tingkat kemampuan mobilisasi . Kuesioner adalah pengumpulan data yang paling umum digunakan dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan tertulis yang harus dijawab oleh responden. Lembar kuesioner ini akan dibagikan secara langsung pada pasien post operasi yang dilakukan pembiusan spinal anestesi yang bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien post operasi terhadap mobilisasi dengan spinal anestesi di lapangan. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan observasi tingkat kemampuan mobilisasi pada pasien dengan spinal anestesi. Setelah mendapatkan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah tentukan peneliti. Alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner tingkat pengetahuan yang langsung dibagikan ke pasien. Kuesioner adalah formulir yang berisi pernyataan yang telah ditentukan sebelumnya yang dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi (data) dari dan tentang orang-orang sebagai bagian dari survei (Swarjana, 2015). Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan mobilisasi khususnya pasien post operasi dengan pembiusan spinal anestesi. Kuesioner dibagi menjadi dua jenis yaitu kuesioner

data demografi responden dan kuesioner tingkat pengetahuan pasien post operasi dengan spinal anestesi tentang mobilisasi. Kuesioner data demografi responden terdiri dari 6 pernyataan yang diajukan kepada responden untuk mendapatkan informasi, dan kuesioner tingkat pengetahuan pasien post operasi dengan spinal anestesi tentang mobilisasi terdiri dari 15 pernyataan tentang mobilisasi untuk mengukur tingkat pengetahuan. Adapun prosedur pengumpulan data yang dilakukan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Peneliti telah melakukan penyusunan skripsi yang telah disetujui oleh penguji dan kedua pembimbing
2. Peneliti menyiapkan permohonan untuk menjadi responden dan persetujuan menjadi responden (*informed consent*) dalam bentuk pernyataan yang telah dibuat terlampir pada lampiran no 3.
3. Peneliti mengajukan surat izin pelaksanaan penelitian dilaksanakan dengan cara mengirim berkas kepada dosen penanggung jawab pada bidang izin untuk mendapatkan tanda tangan dari Kaprodi Keperawatan FIK Unissula terlampir pada lampiran no 1.
4. Peneliti mengurus Etichal Clearance pada Komisi Etik Penelitian Universitas UNISSULA dengan dengan mengirimkan persyaratan dan kelengkapan berkas kepada Komisi Etik terlampir pada lampiran no 2.
5. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada pihak direktur rumah sakit islam sari asih ar rahmah.
6. Peneliti mendapat izin persetujuan dari pihak direktur rumah sakit islam sari asih ar rahmah.

7. Peneliti mendapat izin melakukan penelitian pada pasien yang telah .
dilakukan pembedahan dengan anestesi spinal.
8. Peneliti mengidentifikasi responden berdasarkan kriteria inklusif dan eksklusif.
9. Peneliti menjelaskan cara mengisi kuesioner dan membagikan kuesioner kepada responden. Peneliti membagikan kuesioner untuk diisi oleh responden dengan panduan peneliti, jika responden tidak mengerti mengenai pernyataan yang diberikan maka peneliti akan membacakan pernyataan kuesioner tersebut. Kuesioner dibagikan setelah pasien dilakukan operasi tepatnya 1 jam setelah operasi.
10. Peneliti mengambil data selama 3 bulan dari tanggal 1 april 2024 sampai dengan 30 juni 2024.
11. Peneliti mengambil data yang sudah diisi dan mengolah data.

I. Analisa Data

1. Teknik pengolahan data

Dalam melakukan analisa data, data yang didapatkan nanti harus diolah terlebih dahulu yang bertujuan untuk mengubah data menjadi informasi. Informasi yang di peroleh dapat dipergunakan untuk memproses pengambilan keputusan dan melakukan kesimpulan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Analisa proses pengolahan data terdapat langkah-langkah, diantaranya adalah:

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh dan yang dikumpulkan. *Editing* dilakukan setelah data terkumpul semua. Pada *editing* peneliti melakukan pengecekan data mengenai kelengkapan lembar kuesioner dan observasi, identitas responden, dan keterbacaan tulisan. Dalam proses *editing*, semua lembar kuesioner dan observasi telah diisi dengan lengkap.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori.

c. *Entry Data*

Entry data adalah kegiatan seorang peneliti memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam tabel induk atau database komputer, dan kemudian mendistribusikan data tersebut secara sederhana. Peneliti memasukkan data lengkap ke dalam tabel menggunakan Microsoft Excel secara manual kemudian data tersebut dianalisis menggunakan komputer.

d. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan mengecek ulang data yang dimasukkan terdapat kesalahan atau adanya data yang salah. ini bertujuan untuk menghindari data yang hilang. Jika tidak ada data yang hilang, analisis data dapat dilanjutkan.

3. Teknik analisa

Teknik analisa data yang digunakan untuk penelitian ini adalah

teknik analisa data univariat. Analisis univariat mencakup data yang terkait dengan pengukuran satu variabel pada waktu tertentu (Swarjana, 2015). Analisis univariat bertujuan untuk mengkarakterisasi masing-masing dari variabel penelitian dan hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase masing-masing variabel. Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat dengan deskriptif kuantitatif. Deskriptif kuantitatif pada dasarnya mengubah data hasil penelitian kedalam bentuk deskripsi angka – angka yang mudah dipahami (Dr.Fenti Hikmawati,2017) Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien spinal anastesi. Data disajikan dalam bentuk tabel dan gambar sehingga dapat menunjukkan gambaran karakteristik responden dan gambaran waktu yang dibutuhkan untuk mencapai mobilisasi. Analisis dilakukan menggunakan komputer.

a. Analisa Data Demografi

Analisa data demografi berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, tempat tinggal, dan pengalam operasi sebelumnya. Hasil pengolahan data telah disajikan dalam bentuk tabel dan disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase.

b. Pengetahuan

Pengetahuan diukur menggunakan analisa univariat yang diukur dengan skala guttman yaitu benar atau salah. Hasil jawaban responden yang telah diberi skor dijumlahkan dan dibandingkan dengan skor tertinggi kemudian dikalikan 100%.

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan:

N = nilai

Sp = skor yang diperoleh

Sm = skor maksimal

Setelah menggunakan rumus diatas, maka telah diperoleh nilai dari akumulasi jawaban dari pengetahuan pasien post operasi tentang mobilisasi dengan spinal anestesi dengan rincian berikut :

- 1) Tingkat pengetahuan pasien post operasi tentang mobilisasi dengan spinal anestesi dikatakan baik bila hasil nilai akumulasi 80% - 100%
- 2) Tingkat pengetahuan pasien post operasi tentang mobilisasi dengan spinal anestesi dikatakan cukup bila hasil nilai akumulasi 60% - 79%.
- 3) Tingkat pengetahuan pasien post operasi tentang mobilisasi dengan spinal anestesi dikatakan kurang bila hasil nilai akumulasi $\leq 59\%$.

J. Etika Penelitian

Dalam penelitian banyak hal yang harus dipertimbangkan, tidak hanya metode, desain, dan lainnya, tetapi ada hal yang sangat penting harus diperhatikan oleh peneliti yaitu “*ethical principles*”. Hal ini menjadi pertimbangan mutlak yang harus dipatuhi oleh peneliti bidang apapun

(Swarjana, 2013). Untuk penelitian ini menekankan pada masalah etika meliputi:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan adalah lembar yang berisi permintaan persetujuan dari calon responden yang meminta tanda tangan pada formulir persetujuan. Informasi yang terkandung dalam informed consent meliputi partisipasi responden, tujuan pengumpulan data, potensi masalah yang mungkin timbul, manfaat, kerahasiaan, biaya dan hal-hal lain. Lembar diberikan sebelum penelitian dilakukan diruang pra operasi agar responden mengetahui tujuan dan maksud dari penelitian.

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak memberikan dan mencantumkan nama responden pada lembar instrumen pengukuran dan hanya menuliskan kode pada formulir pengumpulan data. Peneliti juga menjelaskan kepada responden untuk mengisi nama hanya dengan inisial untuk menjaga kerahasiaan data responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan adalah masalah etika dengan menjamin kerahasiaan hasil penelitian. Semua informasi yang telah dikumpulkan dirahasiakan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan dalam hasil penelitian.

4. Kesejahteraan (*Beneficience*)

Beneficence adalah prinsip etika yang diterapkan dalam penelitian yang bertujuan untuk memberikan manfaat kepada responden yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan.

5. Menghargai martabat manusia (*Respect for Human Dignity*)

a. *The right to self-determination*

Prinsip ini adalah bahwa responden memiliki pilihan sukarela apakah mereka ingin berpartisipasi dalam studi atau menolaknya

b. *The right to full*

Disclosure Full disclosure berarti bahwa peneliti telah merinci sifat penelitian, hak subjek untuk menolak partisipasi, tanggung jawab peneliti, dan potensi risiko dan manfaat yang mungkin timbul.

6. Keadilan (*Justice*)

Partisipan berhak untuk diperlakukan secara adil ketika mengikuti penelitian, dan peneliti tidak melakukan diskriminasi dalam memilih responden.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar Bab

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti mengenai gambaran tentang tingkat pengetahuan mobilisasi dini opst operasi pasca anestesi spinal, yang dimana tempat penelitian berlokasi di Instalansi Bedah Sentral Rumah Sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah tepatnya di ruang pulih (*Recovery room*).

B. Penjelasan Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir dan riwayat operasi.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir dan riwayat operasi (n =84)

| Karakteristik responden | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|------------------------------------|---------------|----------------|
| Umur | | |
| 20 – 30 tahun | 22 | 26,2 |
| 31 – 50 tahun | 40 | 47,6 |
| 51 – 60 tahun | 22 | 26,2 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki - Laki | 54 | 64,3 |
| Perempuan | 30 | 35,7 |
| Pendidikan | | |
| SD | 29 | 34,5 |
| SMP | 16 | 19 |
| SMA | 37 | 44 |
| Perguruan Tinggi | 2 | 2,4 |
| Pekerjaan | | |
| IRT | 24 | 28,6 |
| Buruh | 29 | 34,5 |
| Pedagang | 16 | 19 |
| Karyawan | 15 | 17,9 |
| Riwayat Operasi | | |
| Pernah Operasi Sebelumnya | 7 | 8,3 |
| Tidak Pernah Operasi Sebelumnya | 77 | 91,7 |
| Total | 84 | 100% |

Berdasarkan table 4.1 diketahui bahwa jumlah responden terbanyak dalam penelitian ini adalah usia 31 sampai usia 50 tahun sebanyak 40 responden atau sebesar 47,6%, usia 20 sampai usia 30 tahun sebanyak 22 responden (26,2%), 51 sampai dengan 60 sebanyak 22 responden (26,2%). Distribusi frekuensi terbanyak berdasarkan jenis kelamin adalah responden laki – laki berjumlah 54 (64,3 %). Frekuensi responden terbanyak berdasarkan pekerjaan adalah buruh berjumlah 29 (34,5%), buruh berjumlah 29 (34,5%), ibu rumah tangga 24 (28,6%), pedagang 16 (19%), karyawan 15 (17,9%). Frekuensi Pendidikan terakhir adalah SD sebanyak 29 (34,5%), SMP sebanyak 16 (19%), SMA sebanyak 37 (44%) perguruan tinggi sebanyak 2 (2,4%). Distribusi berdasarkan frekuensi riwayat operasi adalah tidak pernah operasi sebelumnya sebanyak 77 (91,7%).

C. Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi pasca anestesi spinal.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi pernyataan tentang tingkat pengetahuan mobilisasi pada pasien post operasi dengan spinal anestesi di RS Islam Sari Asih Ar Rahmah Tangerang (n=84)

| No. | Pernyataan Tentang Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Dengan Spinal Anestesi | Benar (%) |
|-----|---|-----------|
| 1 | Mobilisasi adalah aktivitas yang dilakukan di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh seperti tangan dan kaki | 35,7) |
| 2 | Tujuan dari mobilisasi untuk memperlancar peredaran darah | (40,5) |
| 3 | Dengan melakukan mobilisasi dapat Mengurangi stress dan membuat perasaan menjadi lebih baik | (72,6) |
| 4 | Immobilisasi pasca operasi dapat mempercepat penyembuhan luka operasi | (94) |
| 5 | Manfaat dari mobilisasi yaitu mempercepat pemulihan agar pasien merasa lebih sehat dan kuat | (67,9) |
| 6 | Tanda dari efek obat bius dapat menyebabkan kaki tidak dapat digerakkan selama beberapa jam | (48,8) |
| 7 | Tanda dari berkurangnya efek obat bius adalah kaki mulai kesemutan | (28,6) |

Tabel 4.2 lanjutan

| | | |
|----|--|--------|
| 8 | Usia tidak dapat mempengaruhi Kemampuan dalam melakukan mobilisasi | (27,4) |
| 9 | Dampak dari tidak melakukan mobilisasi dapat memperlama perawatan selama di rumah sakit | (66,7) |
| 10 | Mobilisasi dilakukan khususnya pada pasien yang telah selesai dilakukan operasi | (77,4) |
| 11 | Hambatan yang terjadi dalam melakukan mobilisasi yaitu pasien merasakan nyeri | (85,7) |
| 12 | Kontraindikasi mobilisasi yaitu pasien yang mengalami demam | (84,5) |
| 13 | Setelah 1 jam di ruang pemulihan maka dilakukan tindakan mobilisasi miring kanan atau kiri | (21,4) |
| 14 | Saat melakukan tindakan mobilisasi posisi kaki yang benar adalah kaki dalam keadaan menyilang antara kaki kanan dan kiri | (51,2) |
| 15 | Jika kaki terasa kesemutan maka lakukan penekukan kaki | (21,4) |

Hasil analisis yang terlihat pada table 4.6 dapat diketahui bahwa berdasarkan frekuensi dan persentasenya, didapatkan sebagian besar responden yang paling banyak menjawab benar berarti salah (pernyataan negative) pada item no 4 sebanyak 79 (94%), item no 8 sebanyak 23 (27,4%) dan item no 14 sebanyak 43 (51,2%) dan paling banyak menjawab benar pada pernyataan positif pada item no 11 sebanyak 72 (85,7%) dan item no 12 sebanyak 71 (84,5%). Sedangkan yang menjawab benar paling sedikit pada pernyataan positif item no 15 sebanyak 18 (21,4%), item no 13 sebanyak 18 (21,4%), item no 7 sebanyak 24 (28,6%), item no 1 sebanyak 30 (35,7%), item no 2 sebanyak 34 (40,5%).

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan mobilisasi pada pasien post operasi dengan spinal anestesi (n=84)

| Tingkat Pengetahuan | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---------------------|---------------|----------------|
| Pengetahuan Baik | 10 | 11,9 |
| Pengetahuan Cukup | 19 | 22,6 |
| Pengetahuan Kurang | 55 | 65,5 |

Hasil analisis didapatkan nilai tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal adalah sebesar 10

responden atau 11,9% dalam kategori baik, 19 responden atau 22,6 % dalam kategori cukup, dan 55 responden atau 65,5 % dalam kategori kurang.



BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini memuat tentang pembahasan mengenai hasil penelitian gambaran tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal, di ruang recovery room Instalansi Bedah sentral RS Islam Sari Asih Ar Rahmah dengan cara pemberian kuesioner kepada pasien.

A. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diambil penelitian adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat operasi dan tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal. Karakteristik responden dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Umur

Responden dalam penelitian ini usia terbanyak adalah usia 31 sampai dengan 50 tahun sebanyak 40 responden atau 47,6%. Dari karakteristik jenis kelamin ini didapatkan pemaparan sebagai berikut : Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 kategori umur, yakni : masa balita usia 0 – 5 tahun, masa kanak-kanak usia 5 – 11 tahun ,masa remaja awal usia 12 – 16 tahun, masa remaja akhir usia 17 – 25 tahun, masa dewasa awal usia 26 – 35 tahun, masa dewasa akhir usia 36 – 45 tahun, masa lansia awal usia 46 – 55 tahun, masa lansia akhir usia 56 – 65 tahun, masa manula usia 65 – ke atas 3. Responden terbanyak di penelitian ini adalah dewasa awal, dewasa akhir dan lansia awal, dari ketiga masa kategori ini seharusnya responden lebih banyak mencari

informasi untuk menambah pengetahuannya sehingga daya tangkapnyapun bertambah. Umur merupakan kehidupan yang dihitung dari saat lahir sampai ulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan, dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Usia dilihat dari segi kepercayaan masyarakat, seorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya, hal ini sebagai pengalaman dan kematangan jiwa (Lasut et al., 2017). Pola pikir dan daya tangkap seseorang dipengaruhi oleh adanya usia. Daya tangkap dan pola pikir yang baik didapat seiring bertambahnya usia. Bertambahnya usia seseorang dikatakan memiliki pengetahuan yang lebih baik dikarenakan kehidupan yang dilalui lebih banyak sehingga pengalaman, informasi, dan pembelajaran yang diperoleh lebih banyak lagi Wawan dan Dewi (2011). Semakin umur seseorang bertambah dan juga penambahan pengalaman akan semakin bertambah (Siregar, 2015). Semakin bertambah usia maka semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya (Tongkukur et al., 2015).

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal, karena banyak sekali responden yang tidak mengetahui tentang mobilisasi dini, walaupun karakteristik responden banyak di usia produktif. Menurut peneliti usia turut mempengaruhi mobilisasi karena terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda, hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan penambahan usia yang berarti semakin matang usia reproduksi

seseorang tingkat pelaksanaan mobilisasi semakin menurun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susilowati (2015). Sejalan dengan penelitian hubungan motivasi terhadap pelaksanaan mobilisasi dini post operasi apendiktomy yang menunjukkan bahwa Sebagian besar pasien dengan motivasi baik sebanyak 12 responden (85,7%) dengan terhadap pelaksanaan mobilisasi dini post operasi apendiktomi, dengan hasil uji Chi Square menunjukkan P value = 0,003 dimana lebih kecil dari α (0,05) sehingga menunjukkan adanya hubungan signifikan antara motivasi terhadap pelaksanaan mobilisasi dini (Pipin Yunus, anik indarwati 2013), sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Riswanto pada tahun 2015 berdasarkan hasil wawancara dengan perawat yang bekerja di RSUP Fatmawati, tidak jarang ditemukan pasien pasca operasi appendectomy mengalami infeksi sehingga biasanya rata rata hari rawat hanya 3 hari menjadi 5-7 hari (Sudarmi *et al* 2020). Dari hal ini maka dibutuhkannya edukasi dan *follow up* oleh perawat ruangan agar tidak terjadinya imobilisasi. Karakteristik umur juga merupakan bagian dari Gambaran Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal.

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan dari sajian Tabel 4.2, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden di Rumah Sakit Islam Sari Asih Ar Rahmah berjenis kelamin laki – laki yaitu 54 orang dengan presentase 64,3 % sedangkan reponden berjenis kelamin perempuan sebanyak 30 orang dengan persentase 35,7 %. Dari karakteristik jenis kelamin ini didapatkan pemaparan sebagai berikut :

Gender sering diartikan sebagai jenis kelamin. Menurut Fakhri (2016:112) Gender merupakan penggolongan secara gramatikal terhadap kata-kata dan kata-kata lain yang berkaitan dengannya yang secara garis besar berhubungan dengan keberadaan dua jenis kelamin atau kenetralan. Gender juga berkaitan dengan perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai hasil kesepakatan atau hasil bentukan masyarakat. Gender juga merupakan suatu konstruksi budaya yang sifatnya terbuka bagi segala perubahan (Juditha, 2015:2). Menurut Hungu (2016:43) jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang itu dilahirkan. Jenis kelamin yaitu tanda biologis yang membedakan manusia berdasarkan kelompok laki-laki dan perempuan (Notoatmodjo, 2011). Nursalam (2011) menyatakan, salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah jenis kelamin (Nursalam, 2011).

Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan yang ada di muka bumi. Seperti pada fakta lapangan yang sering kita temui saat ini, banyak sekali tenaga kerja bagian lapangan pada umumnya didominasi oleh laki-laki, sedangkan pada bagian kantor suatu perusahaan pada umumnya didominasi oleh wanita. Hal tersebut bukanlah merupakan suatu kebetulan, melainkan adanya berbagai macam pertimbangan yang dilakukan oleh sebuah perusahaan berkaitan dengan spesifikasi dari masing-masing gender atau jenis kelamin (Rasyid, G., & Cahyonowati, N. 2023). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan peneliti banyaknya pasien operasi yang berjenis kelamin laki – laki.

Sejalan dengan penelitian dari sebuah penelitian beberapa faktor risiko yang menyebabkan apendiksitis terjadi yaitu jenis kelamin laki – laki. Keluhan akut abdomen yang paling sering banyak terkena adalah jenis kelamin laki – laki , Dimana perbandingan laki – laki dan Perempuan adalah 2,5:1(Josephine Olivia Cristie *et al* 2021). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan selain apendiksitis juga hernia inguinal angka kejadiannya lebih banyak diderita oleh laki – laki dari pada Perempuan (Balamaddiah *et al* 2016). Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah jenis kelamin (Nursalam, 2011). Menurut Carter (2011), realita yang ada, perempuan memang lebih rajin, tekun dan teliti ketika diberi tugas atau mengerjakan sesuatu, tetapi hal ini tidak menjelaskan dan menunjukkan bahwa dengan sikap seperti itu maka perempuan memiliki tingkat pengetahuan atau kognitif lebih baik (Carter, 2011). terdapat perbedaan antara tingkat pengetahuan Mahasiswa laki-laki dengan Mahasiswa perempuan di Program Studi Pendidikan Fisika dalam memelihara kebersihan lingkungan. Dan data menunjukkan bahwa mahasiswa perempuan lebih baik dalam memelihara kebersihan lingkungan kampus dibandingkan dengan Mahasiswa laki laki, hal tersebut dapat dilihat dari rata rata yang diperoleh tingkat pengetahuan mahasiswa laki-laki yaitu 19,11 dan mahasiswa perempuan sebesar 20,30 (Syarif Barnas 2019). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan karena banyak nya pasien yang dilakukan Tindakan operasi berjenis kelamin laki laki yang enggan melakukan mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal.

Secara umum gambaran pengetahuan pada laki- laki dan perempuan hampir sama, hanya saja pada laki-laki lebih tenang dan cenderung lebih terbuka terhadap semua informasi tentang mobilisasi dini. Tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi post operasi tidak dapat dibedakan antara laki-laki dan perempuan.(Kasmir2021). Stereotip gender laki-laki digambarkan pada maskulinitas, sedangkan pada perempuan feminim. Laki-laki maskulin harus kuat karena sebagai pelindung perempuan dan pencari nafkah, harus mampu bersikap rasional, lebih agresif dari perempuan dan lain-lain (Rahmadhani & Virianita, 2020). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Dari hal diatas bahwa Tindakan pembedahan banyak dan sering terjadi pada jenis kelamin laki laki yang dimana faktor resiko lebih besar terjadi pada laki laki. Selain itu Tingkat pengetahuan laki laki lebih tinggi dari pada Perempuan akan tetapi perilaku untuk tindakan Kesehatan sering tidak dielakkan oleh para laki laki.

Dari hal ini maka dibutuhkannya edukasi dan *follow up* oleh perawat ruangan agar tidak terjadinya imobilisas. Karakteristik jenis kelamin juga merupakan bagian dari Gambaran Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal.

3. Pekerjaan

Kategori responden pada karakteristik pekerjaan frekuensi responden terbanyak berdasarkan pekerjaan adalah buruh berjumlah 29 (34,5%), ibu rumah tangga 24 (28,6%), pedagang 16 (19%), karyawan 15(17,9%) seperti terlihat pada table 4.3. Pekerjaan merupakan bagian dari karakteristik tingkat pengetahuan yang diteliti oleh peneliti,

merupakan bagian dari tujuan penelitian ini dan memaparkan dalam pembahasan.

Menurut Wiltshire (2016) pekerjaan adalah suatu kegiatan sosial dimana individu atau kelompoknya menempatkan upaya selama waktu dan ruang tertentu, dan terkadang mengharapkan penghargaan moneter (atau dalam bentuk lain), atau tanpa mengharapkan imbalan tetapi dengan rasa kewajiban pada orang lain. Di dalam buku yang ditulis Schwartz (dalam Cantone, 2016) terdapat pertanyaan mengapa kita bekerja dan jawaban yang disampaikan dalam buku tersebut adalah dengan kita bekerja karena kita harus mencari nafkah. Makna kerja didefinisikan sebagai penghayatan dan pemahaman individu pada sebuah pekerjaan dalam bentuk nilai-nilai yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dan kebahagiaan hidup (Jaenudin, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Pangesti (2012), menjelaskan bahwa pekerjaan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan dan pengalaman seseorang. Penjelasan mengapa pekerjaan berpengaruh terhadap seseorang adalah ketika pekerjaan tersebut lebih sering menggunakan otak daripada menggunakan otot. Kinerja dan kemampuan otak seseorang dalam menyimpan (daya ingat) bertambah atau meningkat ketika sering digunakan, hal ini berbanding lurus ketika pekerjaan seseorang lebih banyak menggunakan otak daripada otot. Sejalan dengan penelitian penjelasan lain yang mendukung adalah kemampuan otak atau kognitif seseorang akan bertambah ketika sering digunakan untuk beraktifitas dan mengerjakan sesuatu dalam bentuk teka-teki atau penalaran. Adapun realita yang ada untuk variabel pekerjaan warga

masyarakat Desa Sampang yang paling banyak adalah petani. Jika melihat kuantitas atau jumlah responden sama antara pendidikan yang tinggi dan pekerjaan yang dimiliki. Hal ini yang membuat hubungan dan hasil secara statistik bahwa pekerjaan memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuan. Selain itu, beberapa penyuluhan yang pernah didapatkan oleh warga Desa Sampang yang diberikan oleh mahasiswa, tenaga kesehatan dan pemerintah dalam hal ini Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) lebih sering diikuti oleh warga yang memiliki pekerjaan petani. Hal ini dibuktikan dari pernyataan beberapa perangkat desa ketika kegiatan penyuluhan itu berlangsung. (Putra Agina Widyaswara Suwaryo *et al* 2017).

Secara psikologis pengetahuan seorang pekerja akan sangat dipengaruhi oleh lingkungan tempatnya bekerja. Sehingga seseorang akan cenderung untuk belajar dengan cepat berdasarkan kondisi yang terjadi pada lingkungan pekerjaan mereka. Berdasarkan hasil perhitungan diketahui bahwa nilai pengaruh tidak langsung (- 0,009) lebih besar dibandingkan nilai pengaruh langsung (- 0,016), hasil ini menunjukkan bahwa secara tidak langsung pekerjaan melalui pengetahuan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Semua pekerjaan pasti memiliki tanggung jawab yang diemban. Sehingga ketidakpatuhan terjadi bukan karena kurangnya pengetahuan namun terjadi karena tanggung jawab akibat banyak responden berkerja pada bidang pekerjaan yang tetap diizinkan beroperasi oleh Pemerintah seperti rumah sakit, pedagang atau ritel kebutuhan sehari-hari dan lainnya. (Ekadipta *et al* 2021) hal ini tidak sejalan dengan penelitian. Hasil penelitian (Siswani & Rizky, 2017) pada

89 responden juga mendukung hasil penelitian ini yaitu sebagian besar ibu rumah tangga memiliki perilaku yang kurang dalam menerapkan PHBS sebesar 63,3% dengan hasil uji statistik p-value 0,024. Pendidikan tidak memiliki hubungan dengan Tingkat perilaku hidup bersih dan sehat (Prihanti *et al.*2018). Oleh karena itu, diperlukan adanya upaya untuk membekali pengetahuan mobilisasi dini pada pasien yang akan melakukan operasi agar tidak terjadi imobilisasi post operasi.

Karakteristik pekerjaan juga merupakan bagian dari Gambaran Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal.

4. Pendidikan

Pendidikan terakhir dari responden terbanyak yaitu SMA sebanyak 37 (44%) . Pendidikan merupakan bagian dari karakteristik tingkat pengetahuan yang diteliti oleh peneliti, merupakan bagian dari tujuan penelitian ini dan pememaparannya sebagai berikut

Dalam pengertian yang sederhana dan umum makna pendidikan sebagai usaha manusia untuk menumbuhkan dan mengembangkan potensi-potensi pembawaan baik jasmani maupun rohani sesuai dengan nilai-nilai yang ada di dalam masyarakat dan kebudayaan (Abd Rahman BP *et al* 2022). Menurut Andrew E. Sikula dalam buku Mangkunegara, sebagaimana dikutip oleh Saudagar, tingkat pendidikan adalah suatu proses jangka panjang yang menggunakan prosedur sistematis dan terorganisir, yang mana tenaga kerja manajerial mempelajari pengetahuan konseptual dan teoritis untuk tujuan-tujuan umum (Sikula dan Mangkunegara, 2013:50). Kegiatan pendidikan formal maupun informal

berfokus pada proses belajar dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku, yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti dan tidak dapat menjadi dapat (Sunaryo, dkk, 2016). Pendidikan formal adalah pendidikan yang dilakukan melalui jalur pendidikan di sekolah-sekolah. Jalur ini memiliki jenjang pendidikan yang runtut dan jelas. Pendidikan formal, dimulai dari pendidikan dasar, berlanjut ke menengah hingga pendidikan tinggi (Raudatus Syaadah *et al* 2022).

Sejalan dengan penelitian responden paling banyak mempunyai pendidikan terakhir yaitu SMA, hal ini didukung salah satu faktor predisposisi atau faktor pendukung terjadinya perilaku seseorang adalah pengetahuan dan tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Hal ini didukung dengan ada hubungan pengetahuan dengan mobilisasi dini. Sehingga pada penelitian ini tingkat pendidikan mempengaruhi mobilisasi dini seseorang dalam peningkatan pengetahuan tentang mobilisasi (Amalia Pangesti 2017). Hal ini sejalan dengan penelitian Wawan dan Dewi (2012) berpendapat salah satu factor yang mempengaruhi pengetahuan terhadap kesehatan adalah tingkat pendidikan, yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat ditingkatkan melalui pendidikan untuk mempermudah mengetahui informasi baru melalui buku, majalah, media massa, dan sebagainya. Seiring dengan penelitian dimana seseorang yang berpendidikan tinggi akan memperoleh wawasan yang lebih banyak sehingga pengetahuannya tentang sesuatu menjadi lebih baik (Fitria, 2019).

Karakteristik Pendidikan juga merupakan bagian dari Gambaran Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal.

5. Riwayat operasi

Riwayat operasi dari responden terbanyak yaitu tidak pernah operasi sebelumnya sebanyak 77 (91,7%). Riwayat operasi merupakan bagian dari karakteristik tingkat pengetahuan yang diteliti oleh peneliti, merupakan bagian dari tujuan penelitian ini dan pememaparannya sebagai berikut

Pengalaman adalah peristiwa yang dialami dalam kehidupan seseorang untuk meningkatkan pengetahuan. Pengalaman yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Dewi 2022).

Berdasarkan riwayat operasi paling banyak pasien belum pernah menjalani operasi sebelumnya yaitu 13 orang (32,5%) pada kelompok perlakuan dan 11 orang (27,5%) pada kelompok kontrol. Terdapat kecenderungan seseorang yang perparitas tinggi lebih baik dari pengetahuan seseorang yang paritas rendah, sehingga dapat disimpulkan bahwa seseorang yang memiliki riwayat operasi lebih baik pengetahuannya daripada seseorang yang belum memiliki pengalaman operasi sebelumnya diambil dari jurnal pengaruh penyuluhan Kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien post spinal anestesi di RSUD Yogyakarta oleh (Amalia Pangesti *et al* 2017). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Elsa Jessica mengenai pengaruh pemberian edukasi mobilisasi dini terhadap Tingkat pengetahuan pada pasien pasca spinal anestesi tahun 2024, mayoritas responden belum pernah memiliki

riwayat operasi Adapun faktor lain yang mempengaruhi tingkat pengetahuan pasien yaitu pemberian informasi mengenai mobilisasi dini berupa edukasi. Penelitian ini juga senada dengan Azwar (2009) yang menyatakan bahwa tidak adanya pengalaman suatu objek cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sugianto, D. (2021) tentang Efektifitas Pendidikan Kesehatan Mobilisasi Dini Terhadap Pengetahuan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pra Pembedahan Abdomen Di Ruang Flamboyan Rsud Dr. Soeroto Ngawi responden berdasarkan riwayat operasi yang Sebagian besar belum pernah mengalami pembedahan 19 responden 73,1%, kurangnya pengetahuan pasien tentang cara melakukan mobilisasi dini dikarenakan responden belum pernah diberikan informasi serta contoh tentang cara melakukan mobilisasi dini. Oleh karena itu, diperlukan adanya upaya untuk membekali pengetahuan mobilisasi dini pada pasien yang akan melakukan operasi agar tidak terjadi imobilisasi post operasi.

6. Tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini

Tingkat pengetahuan responden terbanyak yaitu sebanyak 55 responden atau 65,5 % dalam kategori kurang. Tingkat pengetahuan merupakan bagian dari karakteristik dari penelitian ini tingkat pengetahuan yang diteliti oleh peneliti, merupakan bagian dari tujuan penelitian ini dan pemaparannya sebagai berikut

Pengetahuan adalah hasil kegiatan ingin tahu manusia tentang apa saja melalui cara-cara dan dengan alat-alat tertentu. Pengetahuan ini bermacam-macam jenis dan sifatnya, ada yang langsung dan ada yang tak langsung, ada yang bersifat tidak tetap (berubah-ubah), subyektif, dan

khusus, dan ada pula yang bersifat tetap, obyektif dan umum. Jenis dan sifat pengetahuan ini pengetahuan ini tergantung kepada sumbernya dan dengan cara dan alat apa pengetahuan itu diperoleh, serta ada pengetahuan yang benar dan ada pengetahuan yang salah. Tentu saja yang dikehendaki adalah pengetahuan yang benar (Suhartono, 2007; Suwanti dan Aprilin, 2017). Pengetahuan atau *knowledge* menurut Notoatmodjo (2014) mengartikan sebuah hasil dari penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Pancaindra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan dalam menghasilkan pengetahuan tersebut, dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan. Arti Pengetahuan yaitu rasa keingintahuan yang melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau *open behavior* (Donsu, dalam Afnis Tirtawidi, 2018).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang berjudul Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Terhadap Pengetahuan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi (Dewiyanti et al 2022). dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan pasien pasca operasi tentang mobilisasi dini masih sangat kurang. Ada 34 responden memiliki tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini sebelum penyuluhan baik yaitu 1 responden (2,9%) dan kurang yaitu 34 responden (97,1%). Sedangkan tingkat pengetahuan pasien pasca operasi tentang mobilisasi

dini setelah penyuluhan termasuk dalam kategori baik sebanyak 32 responden (94,1%), pengetahuan kurang setelah penyuluhan terdapat 2 responden (5,9%). Dari penelitian (Arif et al., 2020) menunjukkan bahwa dari 30 responden di temukan 17 responden (56,7%) memiliki pengetahuan rendah, 18 responden (60,0%), tingkat pengetahuan pasien pasca spinal anestesi sebelum diberikan edukasi mobilisasi dini pada responden yang berjumlah 50 responden yang termasuk dalam kategori kurang dengan rerata nilai 32.64, maka dapat disimpulkan bahwa sebelum dilakukan edukasi mobilisasi dini pada pasien pasca spinal anestesi di RSUD Cilacap memiliki tingkat pengetahuan kategori kurang. Kuangnya tingkat pengetahuan sebelum diberikan edukasi mobilisasi dini disebabkan karena daya tangkap pola pikir pasien terhadap informasi pendidikan kesehatan yang disampaikan tidak dapat diterima dengan maksimal oleh pasien, kurangnya edukasi kesehatan juga dapat menghambat masuknya informasi baru. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, kurangnya informasi serta edukasi tentang mobilisasi dini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pengetahuan pasien mengenai mobilisasi dini masuk dalam kategori kurang (Putri, 2019). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Aan Sutandi 2017) menunjukkan bahwa dari 35 responden, sebagian besar memiliki kemampuan mobilisasi yang kurang sebanyak 42,9%. Menurut pendapat peneliti, penyebab sebagian besar responden yang memiliki kemampuan mobilisasi kurang adalah kurangnya pengetahuan responden. Faktor-faktor yang melatarbelakangi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post apendiktomi salah satunya adalah faktor

pengetahuan, dimana pengetahuan pasien yang kurang mengetahui tentang mobilisasi dini yaitu sebesar 83,33%” (Nuryani, 2009).

Namun menurut peneliti usia turut mempengaruhi mobilisasi karena terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda, hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan pertambahan usia yang berarti semakin matang usia reproduksi seseorang tingkat pelaksanaan mobilisasi semakin menurun. Hal ini tidak sejalan dengan peneliti karena banyak sekali responden yang tidak mengetahui tentang mobilisasi dini. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susilowati (2015). Hambatan dalam melakukan mobilisasi juga pasien merasakan nyeri. Nyeri akan menimbulkan rasa tidak nyaman dan bila tidak segera diatasi dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan, hal ini terjadi karena nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan baik fisik maupun psikis (Smeltzer & Bare 2015). Tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca bedah juga mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan mobilisasi dini yang dilakukan oleh pasien Jorgen dan Kehlet (2009). Seiring dengan penelitaian sebelumnya yang dilakukan oleh yayan firman(2020) pasien yang mengalami nyeri pasca operasi bedah digestif memang cenderung akan tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan setelah pembedahan tersebut seperti pelaksanaan mobilisasi dini. Mereka berpikir bahwa akan terasa nyeri apabila melakukan pergerakan, sedangkan tidak bergerakpun terkadang nyeri pasca bedah digestif juga terjadi, meskipun sudah pernah mendapat penjelasan sebelumnya bahwa biarpun nyeri harus

tetap melakukan mobilisasi dini pasca bedah digestif agar kemandirian dapat segera tercapai. Pristahayuningtyas (2016) tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post operasi apendektomi. Hasil uji statistik *dependent t-test*, didapatkan hasil uji bivariat *dependent t-test* atau paired t-test dengan p value = 0,000 yang artinya terdapat perbedaan bermakna antara skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini dengan skala nyeri setelah dilakukan mobilisasi dini. (Berkanis, 2020) tentang pengaruh mobilisasi intensitas nyeri pada pasien post operasi di RSUD S.K Lerik Kupang. Dibuktikan dengan hasil uji Wilcoxon diperoleh nilai *Z Score* = -3,947 dengan *pvalue* = 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar partisipan kurang mengetahui tentang mobilisasi dini. Responden hanya mengetahui setelah tindakan operasi akan terasa nyeri. Oleh karena itu, diperlukan adanya upaya untuk membekali pengetahuan mobilisasi dini pada pasien yang akan melakukan operasi agar tidak terjadi imobilisasi post operasi.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian hanya melakukan penelitian desain deskriptif tentang gambaran pada tingkat pengetahuan pasien post operasi dengan anestesi spinal saja dikarenakan keterbatasan waktu penelitian.
2. Pada penelitian ini menggunakan satu variabel dan tidak melakukan uji hipotesis pada Analisa data.

3. Penelitian ini hanya didasarkan pada kuesioner pernyataan face validity yang keabsahannya hanya berdasarkan hasil bimbingan dari penelitian sebelumnya.
4. Penelitian deskriptif ini hanya menggambarkan apa adanya tentang sesuatu variabel.
5. Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Peneliti tidak dapat mengobservasi secara langsung tetapi hanya berbentuk kuesioner.

C. Implikasi untuk keperawatan

Hasil penenilitan dapat menunjukan tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal belum dikategorikan baik. Peneliti melihat bahwa kurangnya pemberian edukasi dan informasi yang benar tentang mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal pada pasien yang akan melakukan tindakan operasi yang mengakibatkan banyaknya pasien yang enggan melakukan mobilisasi dini.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan untuk evaluasi mengetahui permasalahan dan pemecahan yang ada pada pasien post operasi dengan anestesi spinal, pemecahan permasalahan dalam penelitian ini bisa dengan memberikan dapat berupa memberikan edukasi yang diberikan oleh perawat mulai dari poliklinik, ruang perawatan sebelum tindakan operasi dan dievaluasi ulang di ruang perawatan setelah dilakukan operasi. Metode pemberian edukasi bisa berupa menggunakan leaflet dan edukasi dengan menggunakan video dalam aplikasi.

Metode yang disebutkan diatas juga dapat digunakan sebagai salah satu upaya dalam mengatasi ketidaktahuan pasien mengenai mobilisasi dini post operasi dengan anestesi spinal.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Jumlah responden terbanyak berjenis kelamin laki – laki sebanyak 54 responden (64,3%), berusia 31 – 50 tahun sebanyak 40 responden (47,6%), responden berdasarkan pekerjaan terbanyak berprofesi buruh 29 responden (34,5%), pendidikan terakhir terbanyak SMA sebanyak 37 responden (44%).
2. Pengetahuan mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal dalam kategori kurang.

B. Saran

1. Bagi instansi pendidikan
Instansi pendidikan diharapkan dapat memberikan pelatihan pada mahasiswa keperawatan tentang tata cara mobilisasi dini untuk pasien post operasi dengan anestesi spinal.
2. Bagi rumah sakit
Rumah sakit diharapkan agar mengeluarkan standar operasional prosedur (SOP) yang jelas tentang langkah – langkah mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal.
3. Bagi penelitian selanjutnya
Penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan intervensi dan memperdalam yang

mempengaruhi setiap variable pengetahuan dan sikap yang mungkin dapat dilakukan pengkajian lebih lanjut agar dapat diketahui faktor – faktor penghambat pemberian edukasi dan informasi tentang mobilisasi dini.



DAFTAR PUSTAKA

- Arief, Firman. (2020). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien bedah Digestif Apendektomi di Rumah Sakit Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2016. *Borneo Nursing Jurnal* 2.1. 61-73
- Arif, M., Suryati, I., & Fitri, H. (2020, June). Pengetahuan dan Sikap terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada pasien Post Operasi. *Inprosiding Seminar Kesehatan Perintis* (Vol. 3 No. 1 pp. 52-52)
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta
- Delia, E. N. (2016). *Faktor Penyebab Terlambat Pindah (Delayed Discharged) Pasien Pasca Operasi Elektif Di Ruang Pulih Sadar Gedung Bedah Pusat Terpadu RSUD Dr. Soetomo* (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- Daulay, Nanda Masrani, dan Febriana Angraini Simamora. (2019). Efektifitas Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka Paska Operasi Apendektomi. *Jurnal Education and Development* 7.4. 245-245
- Dewi, Putu Feby Mariska. (2022). Tingkat Pengetahuan tentang Mobilisasi pada pasien Post Operasi dengan Spinal Anestesi di RSD Mangusada Bandung.
- Dewi, Ramayana Leastari. (2020). *Gambaran Activity of Daily Living (ADL) pada pasien Post Operasi di Rumah Sakit Tinglat III Baladhika Husada Jember*. Diss
- Dinas Kesehatan Kabupaten Badung. (2019). *Profil Kesehatan Kabupaten Badung 2019*. Badung: Dinas Kesehatan Kabupaten Badung
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2019*. Denpasar: Dinas Kesehatan Provinsi Bali
- Fadila, R.A. (2022). Pengaruh Mobilisasi dini terhadap Penurunan Nyeri Post Operasi Bedah. *Jurnal Kesehatan dan Pembangunan* 12.23. 35-41
- Frayoga, F., & Nurhayati, N. (2018). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anastesi Spinal. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 13(2), 226. <https://doi.org/10.26630/jkep.v13i2.936>
- Herawati, T., Kania, D. A. P., & Utami, D. S. (2018). Pengetahuan Mobilisasi Pada Pasien Pasca Operasi Di Ruang Gelatik Dan Rajawali Di RSAU Dr. M. Salamun. *Jurnal Kesehatan Aeromedika*, 4(2), 83–89.
- Hidayat, A. A. A. & Uliyah, Musrifatul. (2012). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Surabaya: Health Books Publishing

- Jessia, Handayani, N.R., & Firdaus K.E. (2024). Pengaruh Pemberian Edukasi Mobilisasi Dini terhadap Tingkat Pengetahuan pada pasien Pasca Operasi Spinal Anestesi. *Jurnal Penelitian Keperawatan profesional*. 6(2). p-issn 2714-9757
- Kati- Perdatin. (2019). *Anestesiologi dan Terapi Intensif*. Jakarta: Gramedia.
- Lama, T., Rawat, H., Ruang, D. I., Rsud, B., & Kediri, K. (2014). *Issn 2303-1433*.3(1), 34–40.
- Lapan, B. (2013). *Metodologi Penelitian Kesehatan (2nd ed.)*. Pustaka Obor Indonesia.
- Lema, lusia karolinda, Mochsen, R., & Barimbing, M. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dengan Perilaku Mobilisasi Dini Ibu Postpartum Section Casarea. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Mardiawati, D. (2017). Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Kebidanan Rsud Dr. Rasidin Padang. *Menara Ilmu*, XI(76), 210–214.
- Morgan & Mikhail's. (2013). *Clinical Anesthesiology*. EBook
- Ni Komang Tri Musadi Mutiara Dewi. (2022) *Gambaran Waktu Pencapaian Mobilisasi Pada Pasien Dengan Penyakit Penyerta Pasca Spinal Anestesi di Instalasi Bedah Sentral RSU Kertha Usada Singaraja* Institut Teknologi dan Kesehatan Bali
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Prilaku*. Rineka Cipta.
- Pangesti, A. (2019) *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan tentang Mobilisasi Dini terhadap pasien Post Spinal Anestesi di RSUD Kota Yogyakarta (Doctoral Dissertation, Poltekes Kemenkes Yogyakarta)*
- Pramono, A. (2019). *Buku Kuliah Anestesi*. Jakarta: EGC.
- Priyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif* (T. Chandra (ed.); Edisi 2016).Zifatama Publishing
- Putu Feby Mariska Dewi. (2021) *Tingkat Pengetahuan tentang Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi dengan Spinal Anestesi di RSD Mangusada Badung* Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali
- Raja, W. (2019). *Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Ruang Rindu B Rsup H Adam Malik*

- Medan Tahun 2019. *Kesehatan*, 1(1), 1–10. http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2095/1/JURNAL_KTI_WARDI.pdf
- Rihiantoro. (2017). Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi Laparatomi. *Keperawatan*, XIII(1), 110–117.
- Riskesdas, L. N. (2018). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Sayidah, Nur. (2018). Metodologi Penelitian. Sidoarjo: Zifatama Jawara. Swarjana, I. K. (2013). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jogjakarta: Andi Offset. Swarjana, I. K. (2015). Metodologi Penelitian Kesehatan. ANDI OFFSET.
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi MediaPublishing. <https://books.google.co.id/books?id=QPhFDwAAQBJ>
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *DASAR METODOLOGI PENELITIAN*. LiterasiMedia Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=QPhFDwAAQBAJ>
- Suarsedewi, D. W. J. J. (2017). PIN SITE CARE USING CHLORHEXIDINE; CASE STUDY REPORT. 2(1), 90-99.
- Sudarmi1 , Ayuda Nia Agustina2 Akademi Keperawatan Fatmawati, JakartaPengetahuan dan Sikap Anak Tentang Mobilisasi Dini: <https://ejournal.akperfatmawati.ac.id>
- Sumantri, A. (2011). Metodologi Penelitian Kesehatan. Kencana Perdana Media Group.
- Sutandi, A., & Siambaton, F. R. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Mobilisasi Terhadap Kemampuan Mobilisasi Pada Pasien Post Operasia Pendiktomi* *Correlations Between Mobilization Knowledge and Mobilization Ability in Post Appendectomy Patients*. 3(Maret 2017), 213–218.
- Wawan & Dewi. (2011). Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia 2nd ed. Yogyakarta: Nuha Medika
- Y Sopiyaniti - 2020 Gambaran Pengetahuan Pasien Pasca Operasi tentang Mobilisasi Dini di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya
Repository.umtas.ac.id