

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PERAWAT  
DALAM MOBILISASI DINI PASIEN PASCA OPERASI  
LAPARATOMI RSUD BALIKPAPAN**

**SKRIPSI**



**Di susun Oleh :**

**EKA HARTINI**

**NIM : B21825106001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2020**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PERAWAT  
DALAM MOBILISASI DINI PASIEN PASCA OPERASI  
LAPARATOMI DI *ICU* RSUD. KANUJOSO  
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan  
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PERAWAT  
DALAM MOBILISASI DINI PASIEN PASCA OPERASI**

**LAPARATOMI DI ICU RSUD Dr. KANUJOSO**

**DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh :

**EKA HARTINI**

**NIM : B21825106001**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji

Pada tanggal 24 Agustus 2020

Penguji I

Ns. Annisa Ain, S. Kep. M. Kep.

NIK: 113072.90.14..057

Penguji II

Ns. Rusdi, S. Kep, M. Kep

NIK : 113072.86.13.071

Penguji III

Ns. Siti Kholifah, S.Kep, M.Kep

NIK : 113072.89.13.039

Mengesahkan

Rektor Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains  
Wiyata Husada Samarinda

Mengetahui,

Ketua Program Studi

Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM, Ak, CA, C.FrA  
NIDN : 0021077202

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.kep, MKep, Sp.K.MB  
NIK : 113072.88.16.088

## LEMBAR PERSETUJUAN

### SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Eka Hartini  
NIM : B21825106001  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Penelitian : HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PERAWAT DALAM MOBILISASI DINI PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI DI ICU RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Samarinda 24 agustus 2020

Yang membuat pernyataan

Eka Hartini

NIM B21825106001

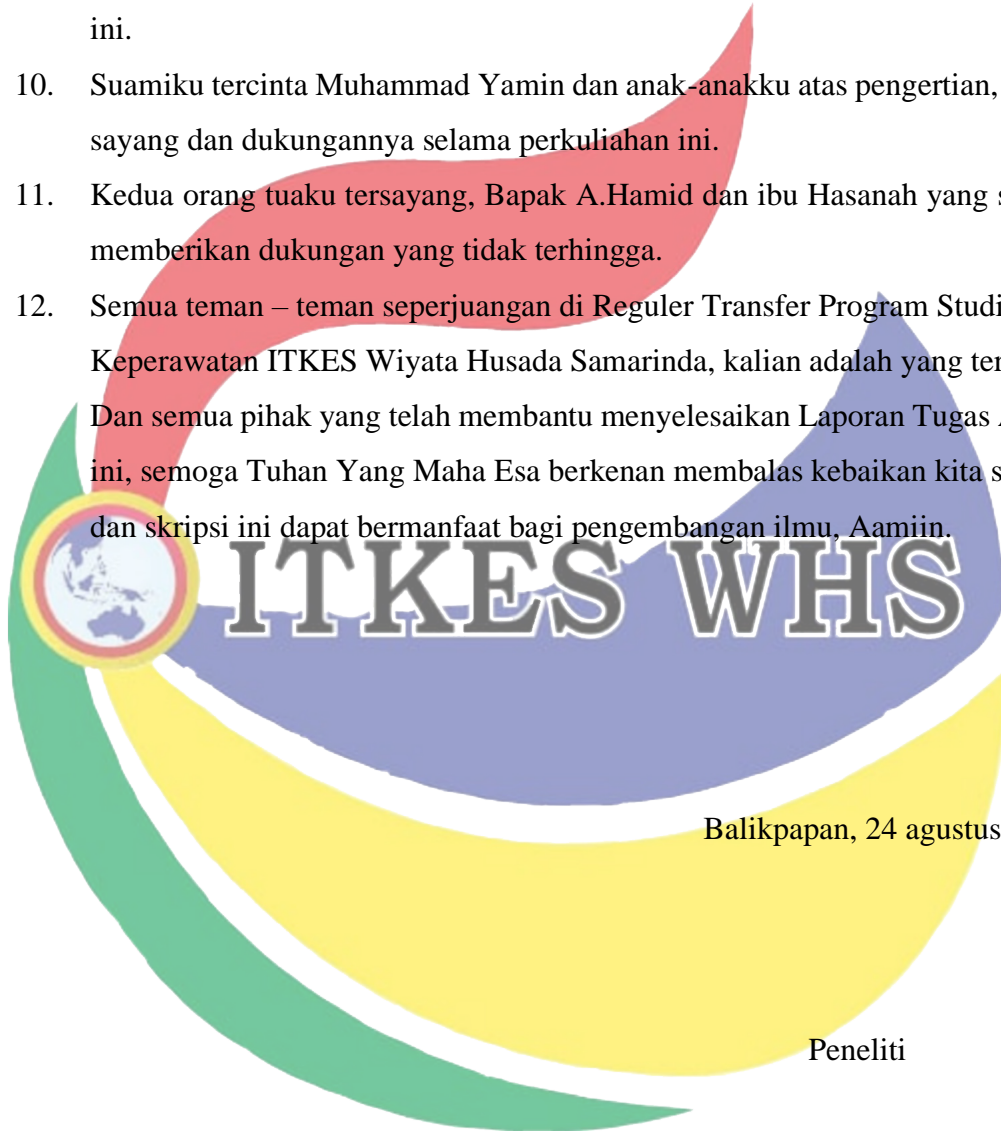
## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Perawat dalam Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi Di *ICU* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan“. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam program studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu , perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar -besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Mujito Hadi,MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E, M.M. C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda
3. dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri,S.kep.,M.Kep.,Sp.K.MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
5. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing akademik.. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
6. Ns. Siti Kholifah, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini
7. Hj. Sumiati, SKM M.Kes selaku Dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.

8. Ns. Annisa Ain, S. Kep.M. Kep selaku Dosen penguji I yang telah memberikan masukan kepada saya dalam penyusunan skripsi ini agar lebih baik.
9. Ns. Rusdi, S. Kep, M. Kep selaku Dosen penguji II yang telah memberikan masukan sebagai peningkatan ilmu kepada saya dalam penyusunan skripsi ini.
10. Suamiku tercinta Muhammad Yamin dan anak-anakku atas pengertian, kasih sayang dan dukungannya selama perkuliahan ini.
11. Kedua orang tuaku tersayang, Bapak A.Hamid dan ibu Hasanah yang selalu memberikan dukungan yang tidak terhingga.
12. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik. Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu, Aamiin.



Balikpapan, 24 agustus 2020

Peneliti

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eka Hartini  
Nim : B21825106001  
Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas hasil saya yang berjudul :

**“Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Perawat Dalam Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi Di ICU RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”.**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 24 agustus2020

Yang menyatakan

(Eka Hartini)

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU PERAWAT DALAM MOBILISASI DINI PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI DI *INTENSIVE CARE UNIT*

Eka Hartini<sup>1</sup>, Siti Kholifah<sup>2</sup>, Sumiati<sup>3</sup>

Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

Email : [ekahartini1983@gmail.com](mailto:ekahartini1983@gmail.com), [sitikholidah@stikeswhs.ac.id](mailto:sitikholidah@stikeswhs.ac.id),  
[sumiati@stikeswhs.ac.id](mailto:sumiati@stikeswhs.ac.id)

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Mobilisasi dini merupakan aktifitas awal yang menjadi terapi awal untuk pasien pasca operasi laparatomi. Mobilisasi dini bertujuan untuk peningkatan kemampuan pasien untuk beraktifitas sehingga proses penyembuhan dan pemulihan lebih cepat. Perawat memiliki tanggung jawab untuk edukasi, praktek, dan memantau pasien dalam melakukan mobilisasi dini. Prosedur dalam tindakan perawat dipengaruhi oleh sikap perawat, sikap yang baik dibentuk oleh pengetahuan yang baik. Sebaliknya sikap yang buruk terbentuk dari pengetahuan kurang. **Tujuan :** Menganalisis hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat dalam mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di *ICU* RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian *kuantitatif* dan rancangan penelitian *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel yang digunakan adalah perawat di *ICU* RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan metode sampel *total sampling* sebanyak 30 sampel. Uji yang digunakan adalah *Fisher exact test*. **Hasil:** Hasil analisa didapatkan menunjukkan nilai  $p < 0,031 < \alpha < 0,05$  sehingga terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di *ICU* RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan. **Kesimpulan:** Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi perilaku perawat ke arah positif dalam melakukan mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi. **Saran :** Pada umumnya pengetahuan perawat sudah baik, tetapi tetap belajar untuk update ilmu.

**Kata Kunci :** Post Op Laparatomi, Pengetahuan, Perilaku

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

<sup>2</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

<sup>3</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	8
E. Penelitian Terkait .....	9

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka .....	12
1. Laparatomi .....	12
2. Mobilisasi .....	19
3. Pengetahuan .....	23
4. Perilaku.....	26
5. Terori Keperawatan Lawrence Green.....	28
B. Kerangka Teori Penelitian .....	30
C. Hipotesis Penelitian .....	31

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	32
B. Populasi dan Sampel .....	32
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	33
D. Variabel Penelitian dan defenisi Operasional .....	34
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	35
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	36
G. Uji Instrumen .....	37
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	38
I. Pengolahan Data .....	40
J. Analisa Data.....	41

K. Etika Penelitian .....	42
L. Alur Penelitian .....	44

**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....	45
1. Gambaran Umum lokasi Penelitian.....	45
2. Karakteristik Responden .....	46
3. Analisa Univariat.....	47
4. Analisa Bivariat.....	48
B. Pembahasan .....	48

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	57
B. Saran .....	57

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

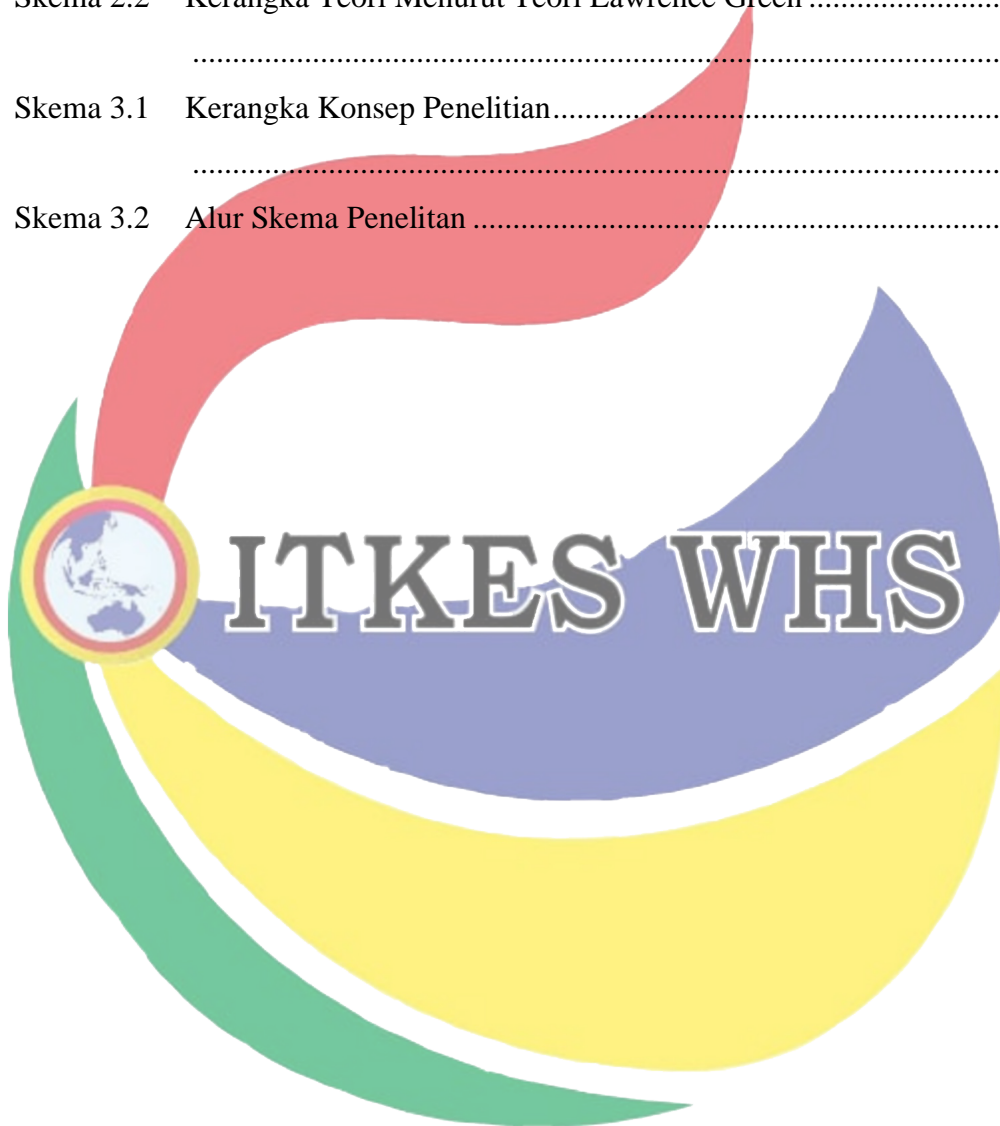


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian.....	35
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik umur dan Lama kerja.....	46
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin dan Pendidikan .....	46
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Pengetahuan perawat.....	47
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatom.....	47
Tabel 4.5	Hubungan Pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparotomi i.....	48

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan.....	29
Skema 2.2	Kerangka Teori Menurut Teori Lawrence Green .....	30
	.....	
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	34
	.....	
Skema 3.2	Alur Skema Penelitian .....	44



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Permintaan Menjadi Responden
Lampiran 2	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3	: Kuesioner
Lampiran 4	: Hasil analisa data
Lampiran 5	: Master Tabel
Lampiran 6	: Surat – surat
Lampiran 7	: Dokumentasi Penelitian
Lampiran 8	: Ganchart Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*World Health Organization* (WHO) mengungkapkan bahwa jumlah pasien yang menjalani pembedahan dari tahun ke tahun mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Tercatat pada tahun 2017 terdapat 240 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, sedangkan pada tahun 2018 mengalami peningkatan sebesar 267 juta jiwa (Robet & Gilberl dalam Hartoyo, 2019). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) pada tahun 2018, tindakan pembedahan menempati urutan yang delapan dari 50 penyakit di rumah sakit se-Indonesia dengan persentase 17,8% yang diperkirakan 32% merupakan bedah laparatomi (Kusumayanti, 2017). Data laparatomi Indonesia meningkat setiap tahun dari 162 pada tahun 2017 menjadi 983 kasus pada tahun 2016 dan 1.281 Penelitian Affandi (2016) di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek jumlah operasi bedah umum berdasarkan golongan penyakit tercatat 203 operasi laparatomi, operasi eksterpasi, 53 operasi struma, 94 operasi cimino, dan 331 operasi lain-lain. Sedangkan berdasarkan data Kamar Operasi Sentral RSUD dr. H. Abdul Moeloek pada 6 bulan terakhir dari bulan Juli sampai dengan bulan Desember tahun 2016 jumlah operasi laparatomi sebanyak 139 pasien.

Komplikasi tindakan pembedahan diperkirakan berjumlah 3-16% dengan kematian 0,4-0,8% di negara-negara maju. Hampir tujuh juta pasien mengalami komplikasi mayor termasuk satu juta orang yang meninggal selama atau setelah tindakan pembedahan per tahun. Angka komplikasi tindakan pembedahan di negara berkembang diperkirakan jauh lebih tinggi. Angka kematian pasien akibat pembedahan di negara-negara berkembang berkisar 5-10% dan angka komplikasi sekitar 3-16%. Menurut Haryanti, dkk (2013) jumlah pasien dengan tindakan operasi yang semakin meningkat dari tahun ke tahun dapat mempengaruhi peningkatan komplikasi pasca operasi seperti resiko terjadinya infeksi luka operasi dan infeksi nosokomial. Pasien post

operasi laparatomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi (Depkes, 2010).

Pembedahan atau operasi adalah segala tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani, umumnya dilakukan dengan membuat sayatan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Konsep lain menjelaskan bahwa Pembedahan atau operasi adalah segala tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan cara membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri atau deformitas tubuh (Nainggolan, 2013). Menurut penjelasan Kiik, (2013) menyatakan bahwa tindakan pembedahan akan mencederai jaringan yang dapat menimbulkan perubahan fisiologi tubuh dan mempengaruhi organ tubuh lainnya (Widiantoro, 2015).

Pembedahan secara laparatomi dalam kasus diatas adalah berupa jenis luka bersih terkontaminasi, yaitu jenis operasi yang membutuhkan proses penyembuhan yang lebih lama. Lama penyembuhan luka laparatomi dipengaruhi oleh beberapa factor seperti nutrisi, sirkulasi, oksigenasi, obesitas, iskemia, benda asing, penyakit kronis, kebiasaan merokok, dan obat-obatan (Rahayu, 2007). Menurut Portland Hospital, lama hari rawat pasca laparatomi berkisar antara 4-7 hari, juga menjelaskan bahwa lama rawat pasca laparatomi diharapkan 5 sampai 7 hari (Mugitarini, 2013).

Laparatomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen (Kamus Kedokteran, 2013). Laparatomi merupakan salah satu pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi (Faridah 2014). Perawatan pasca operasi laparatomi yang membutuhkan waktu lama seringkali menimbulkan komplikasi. Penyembuhan luka pasca pembedahan abdomen memerlukan waktu 10 sampai 14 hari, meskipun luka bekas jahitan belum pulih seutuhnya (King, 2013). Setiap pasien pasca laparatomi memerlukan tirah baring untuk

pemulihannya. Akan tetapi, tirah baring pasca operasi yang lama dapat menyebabkan stasis vena pada tungkai dan menjadi penyebab ulkus dekubitus serta individu normal yang mengalami tirah baring akan kehilangan otot rata-rata 3 % sehari (*atrofi disuse*). Salah satu intervensi yang bisa diberikan untuk mencegah dampak dari tirah baring yang terlalu lama ialah mobilisasi dini. (Craven & Hirnle, 2000 dalam susaldi 2017).

Imobilisasi merupakan resiko untuk terjadi masalah dermatologi yang sangat utama bagi pasien yang *pasca op* seperti laparatomi yang harus dirawat lama dengan keterbatasan resiko tinggi komplikasi bisa terjadi pada area yang terlokalisir dengan yang mengalami nekrosis dan biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler (Holija, Y, 2018). Mobilisasi dini juga salah satu perawatan pada klien pasca operasi. Mobilisasi dini tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan. Mobilisasi dini merupakan kebijakan untuk secepat mungkin membimbing penderita turun dari tempat tidur dan berjalan. Tatalaksana ini adalah salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka pasca pembedahan dan dapat mengurangi risiko komplikasi.

Sejalan dengan teori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2003), perilaku dipengaruhi faktor pendukung (*predisposisi*). Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, nilai-nilai dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Andi Jumriatna (2011) juga ditemukan responden dengan tingkat pengetahuan baik tetapi tidak melakukan mobilisasi dini. Hal ini terjadi karena responden merasa tubuhnya lemah. Walaupun responden mempunyai pengetahuan baik, dokter menyarankan untuk tirah baring sehingga responden tidak melakukan mobilisasi dini.

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) dalam Sartika (2013), jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan dari tahun ke tahun. tercatat di tahun 2011 terdapat 140 juta pasien diseluruh rumah sakit di dunia, sedangkan pada tahun

2012 data mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa. Sedangkan tindakan operasi di Indonesia pada tahun 2012 mencapai 1,2 juta jiwa (Depkes RI, 2012). Menurut (Kepmenkes, 2015). Menurut salah satu penelitian juga menyatakan bahwa jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan. Pada (2011) terdapat 140 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, dan pada ((2012) diperkirakan meningkat menjadi 148 juta jiwa. Pada (2012) di Indonesia, tindakan operasi mencapai 1,2 juta jiwa dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah laparatomi (Puspitaet al, 2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gukguk, R, W. (2019) menjelaskan bahwa pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi menunjukkan mayoritas responden memiliki pengetahuan kurang yaitu 8 responden (40%). Dilihat dari segi umur mayoritas berpengetahuan cukup sebanyak 6 responden (54,5%). Berdasarkan pendidikan yaitu responden yang berpendidikan SD dengan mayoritas pengetahuan sebanyak 3 responden (75%). Berdasarkan pekerjaan yaitu responden yang tidak bekerja mayoritas berpengetahuan kurang sebanyak 3 responden (60%). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Andi Jumriatna (2011) mengenai hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar, menunjukkan bahwa terdapat kekuatan hubungan yang sedang antara tingkat pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca laparatomi.

Sedangkan dalam penelitian Aulia Arief dan Tori Rihiantoro (2017) mengenai hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan dependen dimana adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi di ruang Kutilang, Mawar, dan Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2017. Pengetahuan responden yang baik tentang mobilisasi dini menyebabkan responden mampu

melakukan mobilisasi dini. Lain halnya dengan responden yang mempunyai pengetahuan kurang baik maka perilaku mobilisasi dini juga kurang baik.

Peran perawat saat melakukan program ambulasi dini pada pasien pasca operasi memiliki koping positif dan dapat mandiri terutama dalam melakukan ambulasi (Kozier, B., *et al*, 2004). Hal ini sesuai dengan teori keperawatan yang di kembangkan oleh Orem. Teori orem membagi tiga system keperawatan yaitu *wholly/totally, partially/partly, dan supportif/educative compensatory nursing system*. Intervensi dan implementasi keperawatan yang dilakukan perawat dalam memberikan bantuan meliputi *guidance, teaching, support, directing, providing the developmental environment* (Alligood, 2014).

Berdasarkan pengambilan data awal pada 13 Januari 2020 yang didapatkan dari buku register rekam medik di *Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, tercatat bahwa pada (2018) terdapat 169 pasien yang menjalani operasi laparotomi, sedangkan pada (2019) hingga bulan Oktober terdapat 173 pasien yang menjalani operasi laparotomi. Jika mengacu pada data dua tahun terakhir tersebut maka peningkatan jumlah pasien khusus yang menjalani operasi laparotomi mencapai 30 persen dengan rata-rata pasien per bulannya mencapai 15 pasien. Selain itu dengan melakukan observasi dan wawancara pada 7 orang pasien pasca operasi laparotomi diperoleh data bahwa pasien hanya terlentang di tempat tidur, terkadang mengubah posisi miring kanan dan kiri dengan wajah tampak meringis dan takut untuk melakukan pergerakan. Salah seorang keluarga pasien mengetahui bahwa pergerakan pasca operasi sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan sehingga tidak memperpanjang lamanya hari perawatan, akan tetapi karena pasien merasa kondisinya lemah dan khawatir jahitan pada luka terlepas, pasien enggan untuk melakukan mobilisasi meskipun keluarga telah membantu untuk mobilisasi, tetapi pada akhirnya pasien menyadari dan mau untuk melakukan mobilisasi pada hari keempat pasca operasi dengan turun dari tempat tidur hingga berjalan sampai keluar dari kamar perawatan (Data awal peneliti, 2020).

Menurut penjelasan oleh Kiik (2013) Mobilisasi dini bermanfaat untuk memperlancar peredaran darah, memperlancar sirkulasi untuk mencegah terjadinya stasis vena, menunjang fungsi pernafasan yang optimal, mencegah kontraktur dan mempercepat penyembuhan luka (Anggraeni 2018). Pada umumnya pasien pasca operasi laparatomi sering mengalami keterbatasan pergerakan dan cenderung berada dalam posisi horisontal yang mana posisi tersebut akan menyebabkan perubahan dramatik pada tulang dan sendi diakibatkan oleh kekhawatiran dan ketakutan pasien bahwa jika bergerak luka insisi akan terbuka atau karena pengalaman pasien jika bergerak akan menimbulkan perasaan nyeri sehingga pasien memilih untuk tidak melakukan mobilisasi sedini mungkin (Brunner & Suddarth, 2002). Manfaat dari mobilisasi dini Pada pasien dengan pasca pembedahan laparatomi dapat meningkatkan tonus saluran gastrointestinal, dinding abdomen dan menstimulasi peristaltik usus. Pemulihan pada luka abdomen lebih cepat terjadi bila mobilisasi dilakukan lebih dini.

Kejadian eviserasi pasca operasi jarang terjadi bila pasien diperbolehkan untuk turun dari tempat tidur secepatnya. Nyeri berkurang bila mobilisasi dini diperbolehkan, frekuensi nadi dan suhu tubuh kembali normal lebih cepat bila pasien berupaya untuk mencapai aktivitas normal pasca operasi laparatomi secepat mungkin (Purnamawati, D, 2014). Mobilisasi dini juga dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota badan akan mencegah kekakuan otot dan sendi, sehingga dapat mengurangi nyeri dan dapat memperlancar peredaran darah ke bagian yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat. Hal ini sejalan dengan pendapat Carpenito (2000) bahwa salah satu factor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat pembedahan adalah mobilisasi dini.

Pasien dengan pasca laparatomi beranggapan bahwa pasien harus lebih cenderung berbaring di tempat tidur/tidak boleh melakukan pergerakan setelah operasi karena takut dan khawatir luka operasinya lama sembuh. Disamping itu, kurangnya pemahaman pasien dan keluarga mengenai

mobilisasi dini juga menyebabkan pasien enggan untuk melakukan pergerakan pasca operasi padahal pasien pasca laparatomi justru sangat penting melakukan pergerakan atau mobilasi dini untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Menurut (Smeltezer, 2012) Banyaknya masalah yang akan timbul jika pasien pasca laparatomi tidak melakukan mobilisasi sesegara mungkin, seperti pasien tidak lekas flatus, tidak dapat BAK (*retensi urine*), perut menjadi kaku (*distended abdomen*), terjadi kaku pada otot dan sirkulasi darah tidak lancar (Tambunan, M. T, 2019)

Pada studi pendahuluan peneliti bahwa setiap pasien post op laparatomi akan mengalami *bedrest total* (istirahat total). *Bedrest* ini akan berlanjut hingga 24 jam kemudian setelah melewati waktu tersebut pasien sudah diharuskan untuk mobilisasi dengan dukungan instruksi dari dokter penanggung jawab pasien. Namun pasien biasanya takut untuk mobilisasi sehingga diperlukan bantuan petugas kesehatan yaitu perawat untuk mobilisasi. Pelaksanaan dan keberhasilan mobilisasi pasien sangat ditentukan dari bantuan perawat. Untuk pelaksanaan mobilisasi pasien perawat perlu ada pengetahuan dan sikap yang baik dalam melaksanakan mobilisasi pasien. Dari data ditemukan ada beberapa perawat yang tidak melakukan mobilisasi pada pasien karena kesibukan. Sehingga waktu seharusnya dilakukan mobilisasi terhadap pasien tidak dilakukan.

Berdasarkan beberapa faktor dan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Perilaku Perawat Pada Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi di *Intesif Care Unit* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”.

## **B. Rumusan Masalah**

Pembedahan akan mencederai jaringan yang dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh dan akan mempengaruhi organ tubuh lainnya. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan membahayakan pasien. Hal ini terkait dengan berbagai prosedur asing yang harus pasien jalani dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat segala macam prosedur

pembedahan dan tindakan pembiusan. Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan utama yang paling sering berinteraksi dengan klien, perawat mempunyai tanggung jawab dan kewajiban membantu pasien mempersiapkan fisik serta mental untuk menghadapi suatu tindakan pembedahan.

Berdasarkan uraian dari latar belakang maka masalah yang akan diteliti adalah “Adakah Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Perawat Pada Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi di *Intensif Care Unit* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Menganalisis Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Perawat Pada Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi di *Intensif Care Unit* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi.
- b. Teridentifikasi perilaku perawat tentang mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi.
- c. Teranalisa hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi.

### D. Manfaat Penelitian

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi ilmiah untuk penelitian selanjutnya dengan masalah dan judul yang berbeda. Serta memberikan pengetahuan terkait dengan penerapan mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi.

#### 2. Manfaat Praktis

- a. Bagi perawat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Dalam penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan keluasan ilmu dalam keperawatandalam memberikan tindakan mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi.

b. Bagi dosen

Dalam penelitian ini diharapkan dapat mengaplikasikan dalam bentuk pengabdian masyarakat dan mengadakan pelatihan dalam memberikan tindakan mobilisasi dini pada pasien.

c. Peneliti

Dalam penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan bagi mahasiswa serta dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.

#### E. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian yang relevan dengan penelitian ini diantaranya sebagai berikut :

1. **Andi Jumriatna (2011),**

Penelitiannya berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Perilaku Perawat Pada Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi Laparatomi Di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar”, Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat dalam mobilisasi dini pada pasien pasca laparatomi di RSUP. Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Metode penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif menggunakan rancangan penelitiandeskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yang dilakukan pada satu saat. Data variable independen yang meliputi tingkat pengetahuan perawat tentang mobilisasi dan variabel dependenyaitu perilaku perawat dalam mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi dinilai secara simultan pada satu saat. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah Total Sampling yang berjumlah 27 orang perawat di ruang perawatan Lontara II dan Lontara IV RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Hasil pada penelitian ini

diperoleh hasil ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca laparatomi melalui uji Fisher's exact dengan nilai  $p=0,012$  ( $p<0,05$ ) dan nilai  $r = 0,500$  yang berarti kekuatan hubungan adalah sedang.

**2. Aulia Arief dan Tori Rihiantoro (2017),**

Penelitiannya berjudul “Hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey dengan desain korelasi. Pendekatan hubungan yang digunakan adalah cross sectional dimana observasi atau pengumpulan data sekaligus dalam waktu yang bersamaan (point time approach). Populasi pada penelitian ini adalah pasien pasca operasi laparatomi dengan jumlah sampel sebanyak 28 pasien. Sampel ditentukan dengan teknik purposive sampling dengan kriteria antara lain: pasien pasca operasi bedah laparatomi lebih dari 6 jam, dapat membaca, menulis, dan berkomunikasi dengan baik dan berusia lebih dari 18 tahun. Hasil penelitian ditemukan responden dengan sikap kurang baik tetapi melakukan mobilisasi dini. Walaupun responden menganggap mobilisasi dini menyebabkan nyeri, perawat di ruang perawatan bedah selalu menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini. Perawat menganjurkan pasien untuk duduk dihari pertama agar pasien cepat sembuh. Perawat yang memberikan pengarahan tentang tujuan mobilisasi dini ini menyebabkan responden mau menjalankan mobilisasi dini. Hasil penelitian juga ditemukan responden dengan sikap yang baik tetapi tidak melakukan mobilisasi dini. Walaupun responden menganggap bahwa mobilisasi perlu segera dilakukan, responden tidak mau melakukan mobilisasi dini. Hal ini terjadi karena kondisi fisik responden yang lemah. Responden merasa tubuhnya sakit semua sehingga responden tidak mau melakukan mobilisasi dini.

**3. Zorika Maryet al. (2018),**

Penelitiannya berjudul “*Improving Nurses Knowledge and Attitude regarding Early Mobilization of Pasca -Operative Patients*”. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental yang dilakukan di rumah sakit tentang meningkatkan pengetahuan dan sikap perawat mengenai mobilisasi dini pasien pasca operasi di Lahore, Pakistan. Ini adalah upaya peningkatan kualitas yang memanfaatkan rancangan pra-survei, intervensi pendidikan, dan pasca survei. Intervensi pendidikan mengintegrasikan pengetahuan yang diperoleh dari tinjauan literatur. Penelitian ini mengumpulkan data dari 109 responden dari berbagai perawat di bagian bedah. Dibagi menjadi 2 bagian sebelum dan sesudah survei, delapan pertanyaan pilihan ganda berbasis pengetahuan dan lima pernyataan berbasis pendapat dijawab dengan menandai skala analog visual. Semua perawat merespon dengan benar baik dalam pra-survei dan pasca-survei untuk pertanyaan mengenai komplikasi imobilitas dan efek positif dari mobilisasi dini pasien pasca operasi. Evaluasi dihasilkan menyangkut upaya keperawatan di masa mendatang. Upaya tersebut mencakup upaya merancang, menerapkan, dan mengevaluasi untuk mencapai integrasi pengetahuan berbasis bukti ke dalam praktik dan meningkatkan perawatan pasien

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah pustaka

##### 1. Laparatomi

###### a. Definisi laparatomi

Laparatomi didefinisikan sebagai prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010). Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparatomi ini adalah *herniotomi, gasterektomi, kolesistoduodenostomi, hepatoektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi*. Sedangkan tindakan bedah *obgyn* yang sering dilakukan dengan tindakan laparatomi adalah berbagai jenis operasi pada uterus, operasi pada tuba fallopi, dan operasi ovarium, yang meliputi histerektomi, baik histerektomi total, radikal, eksenterasi pelvic, salpingooferektomi bilateral (Smeltzer, 2014).

Laparatomi bertujuan dan dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2014).

###### b. Indikasi Laparatomi

###### 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam)

Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignatovic & Workman, 2006). Dibedakan atas 2 jenis yaitu:

- a) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh: luka tusuk, luka tembak. \
- b) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*).

## 2) Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier (Ignatovic & Workman, 2006).

## 3) Sumbatan pada usus halus dan besar (Obstruksi)

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), Intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian

menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas ke lumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignatovic & Workman, 2006).

#### 4) Apendisitis mengacu pada radang apendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi (Sjamsurhidayat dan Jong, 2010).

#### c. Jenis-Jenis Laparotomi

Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan (Yenichrist, 2008) antara lain:

- 1) *Midline incision* : Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadinya hernia cicatricialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilicus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis.
- 2) *Paramedian* ; yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ( $\pm 2,5$  cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah.

- 3) *Transverse upper abdomen incision*; yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
- 4) *Transverse lower abdomen incision*; yaitu insisi melintang di bagian bawah  $\pm 4$  cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya; pada operasi *appendectomy*.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Wong, 2009) terbagi menjadi sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan rektum: adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar; kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
- 2) Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
- 3) Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
- 4) IVP/sistogram: hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
- 5) Parasentesis perut: tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.
- 6) Lavase peritoneal: fungsi dan aspirasi/ bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium.

e. Fase – Fase Penyembuhan Luka

Menurut Kozier (2010), fase-fase penyembuhan luka meliputi :

- 1) Fase Inflamatori; Fase ini terjadi segera setelah luka dan berakhir 3 – 4 hari. Dua proses utama terjadi pada fase ini yaitu hemostasis dan pagositosis. Hemostasis (penghentian perdarahan) akibat fase konstriksi pembuluh darah besar di daerah luka, retraksi pembuluh darah, endapan fibrin (menghubungkan jaringan) dan pembentukan bekuan darah di daerah luka. Bekuan darah dibentuk oleh platelet yang menyiapkan matrik fibrin yang menjadi kerangka bagi pengambilan sel. Scab (keropeng) juga dibentuk dipermukaan luka. Bekuan dan jaringan mati, scab membantu hemostasis dan mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme. Dibawah scab epitelial sel berpindah dari luka ke tepi. Sel epitel membantu sebagai barier antara tubuh dengan lingkungan dan mencegah masuknya mikroorganisme (Kozier, 2010). Fase inflamatori juga memerlukan pembuluh darah dan respon seluler digunakan untuk mengangkat benda-benda asing dan jaringan mati. Suplai darah yang meningkat ke jaringan membawa bahan- bahan dan nutrisi yang diperlukan pada proses penyembuhan. Pada akhirnya daerah luka tampak merah dan sedikit bengkak (Kozier,2010).Selama sel lekosit (terutama neutropil) berpindah ke daerah interstitial. Tempat ini ditempati oleh makrofag yang keluar dari monosit selama lebih kurang 2 jam setelah cidera/luka. Makrofag ini menelan mikroorganisme dan sel debris melalui proses yang disebut pagositosis. Makrofag juga mengeluarkan *angiogenesis growth factor (AGF)* yang merangsang pembentukan ujung epitel diakhir pembuluh darah. Makrofag dan *AGF* bersama-sama mempercepat proses penyembuhan. Respon inflamatori ini sangat penting bagi proses penyembuhan (Kozier, 2010).

- 2) Fase Proliferatif; Fase kedua ini berlangsung dari hari ke-3 atau 4 sampai hari ke-21 setelah pembedahan. Fibroblast (menghubungkan sel-sel jaringan) yang berpindah ke daerah luka mulai 24 jam pertama setelah pembedahan. Diawali dengan mensintesis kolagen dan substansi dasar yang disebut proteoglikan kira-kira 5 hari setelah terjadi luka. Kolagen adalah substansi protein yang menambah tegangan permukaan dari luka. Jumlah kolagen yang meningkat menambah kekuatan permukaan luka sehingga kecil kemungkinan luka terbuka. Selama waktu itu sebuah lapisan penyembuhan nampak dibawah garis irisan luka. Kapilarisasi tumbuh melintasi luka, meningkatkan aliran darah yang memberikan oksigen dan nutrisi yang diperlukan bagi penyembuhan. Fibroblast berpindah dari pembuluh darah ke luka membawa fibrin. Seiring perkembangan kapilarisasi jaringan perlahan berwarna merah. Jaringan ini disebut granulasi jaringan yang lunak dan mudah pecah (Kozier, 2010).
- 3) Fase Maturasi; Fase maturasi dimulai hari ke-21 dan berakhir 1-2 tahun setelah pembedahan. Fibroblast terus mensintesis kolagen. Kolagen menjalin dirinya, menyatukan dalam struktur yang lebih kuat. Bekas luka menjadi kecil, kehilangan elastisitas dan meninggalkan garis putih (Kozier, 2010).
- f. Prinsip Perawatan dan Komplikasi Penyembuhan Luka Pasca Operasi
- Ada beberapa prinsip dalam penyembuhan luka menurut Taylor (2011) yaitu: (1) Kemampuan tubuh untuk menangani trauma jaringan dipengaruhi oleh luasnya kerusakan dan keadaan umum kesehatan tiap orang. (2) Respon tubuh pada luka lebih efektif jika nutrisi yang tepat tetap dijaga. (3) Respon tubuh secara sistemik pada trauma. (4) Aliran darah ke dan dari jaringan yang luka. (5) Keutuhan kulit dan mukosa membran disiapkan sebagai garis pertama untuk mempertahankan diri dari Mikroorganisme. (6) Penyembuhan normal

ditingkatkan ketika luka bebas dari benda asing tubuh termasuk bakteri.

Komplikasi penyembuhan luka meliputi infeksi, perdarahan, *dehiscence* dan *eviscerasi*.

- 1) Infeksi; Invasi bakteri pada luka dapat terjadi pada saat trauma, selama pembedahan atau setelah pembedahan. Gejala dari infeksi sering muncul dalam 2 – 7 hari setelah pembedahan. Gejalanya berupa infeksi termasuk adanya purulent, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan dan bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).
- 2) Perdarahan; Perdarahan dapat menunjukkan suatu pelepasan jahitan, sulit membeku pada garis jahitan, infeksi, atau erosi dari pembuluh darah oleh benda asing (seperti drain). Hipovolemia mungkin tidak cepat ada tanda. Sehingga balutan (dan luka di bawah balutan) jika mungkin harus sering dilihat selama 48 jam pertama setelah pembedahan dan tiap 8 jam setelah itu. Jika perdarahan berlebihan terjadi, penambahan tekanan balutan luka steril mungkin diperlukan. Pemberian cairan dan intervensi pembedahan mungkin diperlukan (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).
- 3) *Dehiscence* dan *Eviscerasi*; komplikasi operasi yang paling serius. *Dehiscence* adalah terbukanya lapisan luka partial atau total. *Eviscerasi* adalah keluarnya pembuluh melalui daerah irisan. Sejumlah faktor meliputi, kegemukan, kurang nutrisi, multiple trauma, gagal untuk menyatu, batuk yang berlebihan, muntah, dan dehidrasi, mempertinggi resiko klien mengalami *dehiscence* luka. *Dehiscence* luka dapat terjadi 4 –5 hari setelah operasi sebelum kollagen meluas di daerah luka. Ketika *dehiscence* dan *eviscerasi* terjadi luka harus segera ditutup dengan balutan steril yang lebar, kompres dengan normal saline.

Klien disiapkan untuk segera dilakukan perbaikan pada daerah luka (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).

## 2. Mobilisasi

### a. Definisi Mobilisasi

Mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2012). Dewi dan Ratnawati (2013) menyatakan mobilisasi dini merupakan kebijakan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Menurut Febriyanti dan Masruroh (2014) mobilisasi dini adalah suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian.

Beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis dan mencegah terjadinya komplikasi

### b. Tujuan Mobilisasi

Tujuan mobilisasi dini adalah :

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh.
- 2) Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka.
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
- 4) Mempertahankan tonus otot.
- 5) Memperlancar eliminasi alvi dan urin.
- 6) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

- 7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi (Susan, 2014)

c. Tahap Mobilisasi Dini

Tahap mobilisasi dini Menurut Rustianawati dan Himawan (2013), menjelaskan bahwa mobilisasi dini post operasi laparatomi dapat dilakukan secara bertahap, yaitu :

- 1) Setelah operasi, 6 jam pertama pasien harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang dapat dilakukan adalah menggerakkan lengan tangan, ujung kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
- 2) Setelah 6 – 10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring kiri dan kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli.
- 3) Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk.
- 4) Setelah duduk tanpa pusing, maka pasien dianjurkan untuk belajar berjalan

d. Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Dampak imobilisasi menurut Asmadi (2012), terhadap fisik atau tidak melakukan mobilisasi dini pasien paska operasi terhadap tubuh, yaitu :

- 1) Sistem integumen; Imobilisasi yang lama dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit, seperti abrasi dan dekubitus. Hal tersebut disebabkan oleh karena pada imobilisasi terjadi gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain, dan penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan, sehingga terjadi ischemia pada jaringan yang tertekan. Selain itu, sirkulasi darah yang lambat mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi pada area yang tertekan menurun sehingga laju metabolisme jaringan menurun.
- 2) Sistem kardiovaskular; Dampak imobilisasi terhadap sistem kardiovaskular yaitu : (a) Penurunan *cardiac reserve*; Imobilisasi

mengakibatkan pengaruh simpatis atau sistem adrenergik lebih besar daripada sistem kolinergik atau sistem vagal. Hal ini menyebabkan peningkatan denyut jantung. (b) Peningkatan beban kerja jantung, pada kondisi bedrest yang lama, jantung bekerja lebih keras dan kurang efisien, disertai curah jantung yang turun selanjutnya akan menurunkan efisiensi jantung dan meningkatkan beban kerja jantung.

- 3) Sistem respirasi; terjadi penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi volunter maksimal, penurunan ventilasi/perfusi setempat dan mekanisme batuk yang menurun.
- 4) Sistem pencernaan; Penurunan kebutuhan kalori pada klien imobilisasi mengakibatkan kehilangan nafsu makan (anoreksia). Kurang bergerak, perubahan makanan dan minuman, meningkatnya absorpsi air, serta rendahnya intake cairan dan serat yang mendukung terjadinya konstipasi. Kecepatan metabolisme mengalami penurunan energi yang dibutuhkan oleh sel tubuh yang disebabkan oleh penurunan mobilitas, sehingga metabolisme karbohidrat, lemak dan protein terganggu.
- 5) Sistem perkemihan; Imobilisasi menyebabkan perubahan pada eliminasi urin. Ureter lalu ke bladder yang disebabkan karena adanya gaya gravitasi. Namun pada posisi terlentang, ginjal dan ureter berada pada posisi yang sama sehingga urine tidak dapat melewati ureter dengan baik (urin menjadi statis). Akibatnya urine banyak tersimpan dalam pelvis renal. Kondisi ini berpotensi tinggi untuk menyebabkan terjadinya infeksi saluran kemih.
- 6) Sistem muskuloskeletal; Imobilisasi menyebabkan penurunan masa otot (atrofi otot) sebagai akibat dari kecepatan metabolisme yang turun dan kurang aktivitas, sehingga mengakibatkan berkurangnya kekuatan otot sampai akhirnya memburuknya koordinasi pergerakan.

- 7) Sistem neurosensoris; Dampak terhadap sistem neurosensoris tampak nyata pada klien imobilisasi yang dipasang gips akibat fraktur.
- e. Peran Perawat dalam Mobilisasi.

Peran perawat dalam mobilisasi dini menurut Potter & Perry (2006), Dikutip dari penelitian Arianti dengan judul “Hubungan Edukasi Video Animasi Mobilisasi Dini Dengan Kecepatan Pemulihan Kemampuan Berjalan Pada Pasien Pasca Pembedahan” Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta (2018) yaitu

1) Peran perawat sebagai *caregiver*

Membuat diagnosa dari hasil pengkajian. Kemudian dilanjut memberikan asuhan keperawatan pada pasien terkait dengan masalah mobilisasi pasien. Diawali dengan melakukan pengkajian pada pasien tentang aspek biologis pasien seperti usia, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pasien (muskuloskeletal, kardiovaskuler, respirasi, perubahan integument, gastrointestinal), setelah itu dilanjutkan dengan untuk membuat rencana asuhan keperawatan, lalu melakukan implementasi dan evaluasi pasien.

2) Peran perawat sebagai *educator*

Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan mobilisasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sendiri semampu pasien.

3) Peran perawat sebagai *collaboration*

Melakukan kolaborasi dengan tim medis interdispilin dengan partisipasi pasien dan keluarga mengenai tindakan mobilisasi pada pasien. Kolaborasi juga dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat serta suplementasi vitamin dan mineral.

### 3. Pengetahuan

#### a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah pemahaman teoritis dan praktis (*know-how*) yang dimiliki oleh manusia. Pengetahuan yang dimiliki seseorang sangat penting bagi intelegensia orang tersebut. Pengetahuan dapat disimpan dalam buku, teknologi, praktik, dan tradisi. Pengetahuan yang disimpan tersebut dapat mengalami transformasi jika digunakan sebagaimana mestinya. Pengetahuan berperan penting terhadap kehidupan dan perkembangan individu, masyarakat, atau organisasi (Basuki, 2017).

#### b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan yaitu :

- 1) Tahu (*know*); Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- 2) Memahami (*comprehension*); Memahami suatu objek sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- 3) Aplikasi (*application*); Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- 4) Analisis (*analysis*); Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut sudah dapat memisahkan atau membedakan, mengelompokkan dan membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

- 5) Sintesis (*synthesis*); Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dan formulasi-formulasi yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*); Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut (Astutik, 2013), adapun beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu :

1) Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola fikir seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola fikir seseorang. Setelah melewati usia madya (40-60 tahun), daya tangkap dan pola fikir seseorang akan menurun.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah diperoleh. Umumnya, pendidikan mempengaruhi suatu proses pembelajaran, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

3) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu proses dalam memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah di peroleh dalam memecahkan masalah

yang di hadapi saat masa lalu dan dapat di gunakan dalam upaya memperoleh pengetahuan.

#### 4) Informasi

Jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, namun mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain, maka hal tersebut dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

#### 5) Sosial budaya dan ekonomi

Tradisi atau kebiasaan yang sering dilakukan oleh masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya selain itu, status ekonomi juga dapat mempengaruhi pengetahuan dengan trsediannya suatu fasilitas yang di butuhkan oleh seseorang.

#### 6) Lingkungan

Lingkungan sangat berengaruh dalam proses penyerapan pengetahuan yang berada dalam suatu lingkungan. Hal ini terjadi karena adanya interaksi yang akan di respon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

#### d. Pengukuran dan Kriteria Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur melalui wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Mubarak, 2011). Penilaian – penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria- kriteria yang telah ada. Menurut (Amira, 2011), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu sebagai berikut: (1) Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab  $\geq 70\%$  dengan benar dari total jawaban pertanyaan. (2) Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab  $< 70\%$  dari total jawaban pertanyaan.

### 4. Perilaku

#### a. Definisi Perilaku

Perilaku (*attitude*) merupakan suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku terdiri dari persepsi (*perception*), respon terpimpin (*guided respons*), mekanisme (*mechanism*), adaptasi (*adaptation*) (Notoatmodjo, 2010).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Perilaku seseorang atau subyek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subyek. Lawrence Green (1980) dalam Pratiwi (2013) menyatakan perilaku ini sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor meliputi : (1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai – nilai dan sebagainya. (2) Faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan (puskesmas, obat - obatan, alat kontrasepsi, jamban) dan sebagainya. (3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Perilaku berawal dari adanya pengalaman seseorang serta faktor di luar lingkungan tersebut baik fisik maupun non fisik, kemudian pengalaman dan lingkungan yang diketahui, dipersepsikan, diyakini, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak yang pada akhirnya terwujudlah niat yang berupa perilaku. Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan hasil dari perubahan berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan).

Pada garis besarnya perilaku manusia dapat terlihat dari tiga aspek yaitu fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terperinci perilaku manusia

sebenarnya merupakan referensi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, kehendak, minat, motivasi, persepsi dan sikap (Notoatmodjo, 2012).

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup). Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa perilaku (*attitude*) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2012).

#### c. Pengukuran dan Kriteria Perilaku

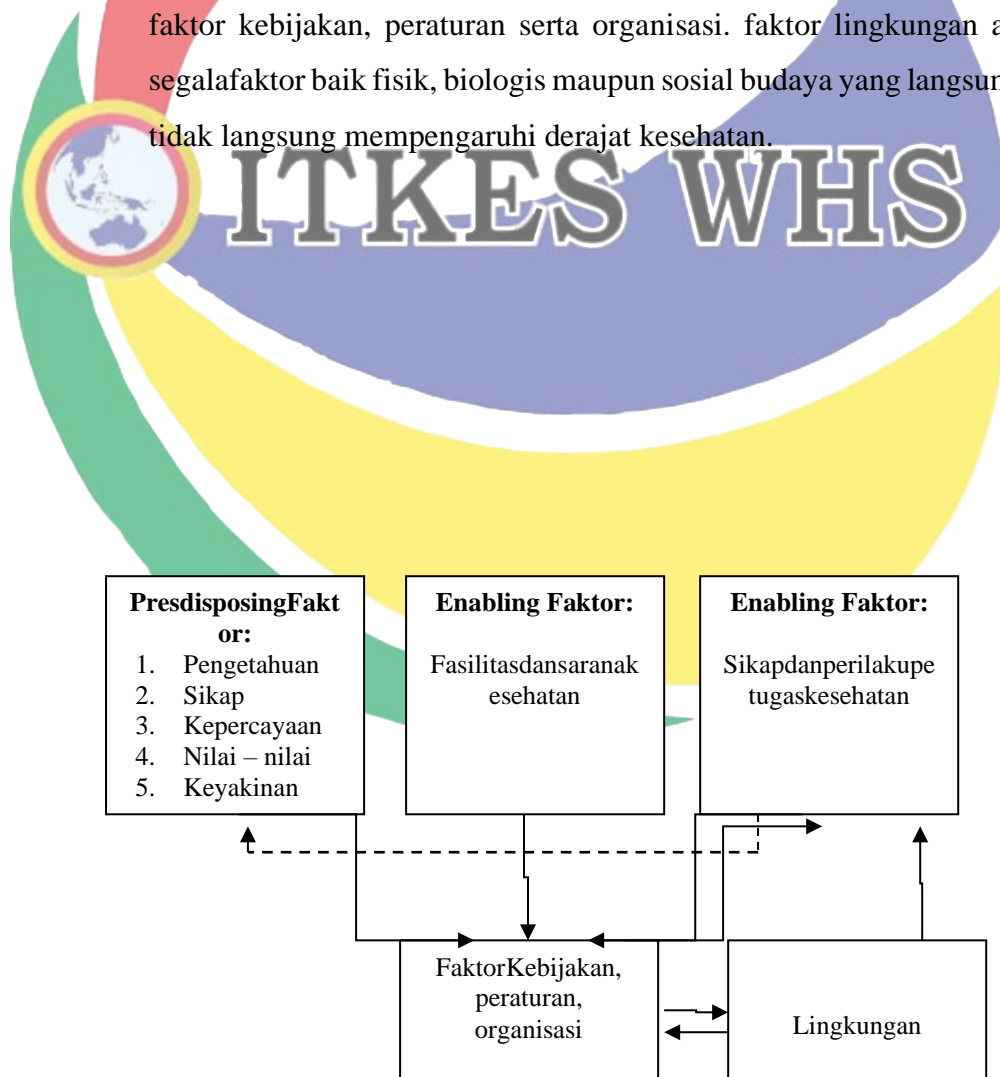
Perilaku dapat diukur melalui angket yang menanyakan tentang kegiatan yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Azwar, 2011). Pengukuran perilaku dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

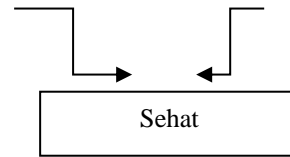
- 1) Perilaku Positif bila nilai responden dapat melebihi nilai mean semua data responden.
- 2) Perilaku negative jika nilai responden kurang dari nilai mean semua data responden.

### 5. Teori Keperawatan Lawrence Green

Lawrance Green mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor lingkungan (*nonbehavior causes*). Untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penialaian dan

evaluasi (Nursalam, 2015). terdapat 3 faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu; (1) Faktor predisposisi (presdisposing factor), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai – nilai, dan sebagainya. 2) Faktor pendukung (enabling faktor), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas – fasilitas atau sarana – sarana kesehatan. 3) Faktor pendorong (reinforcing faktor), merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Ketiga faktor penyebab tersebut dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. faktor lingkungan adalah segala faktor baik fisik, biologis maupun sosial budaya yang langsung dan tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan.



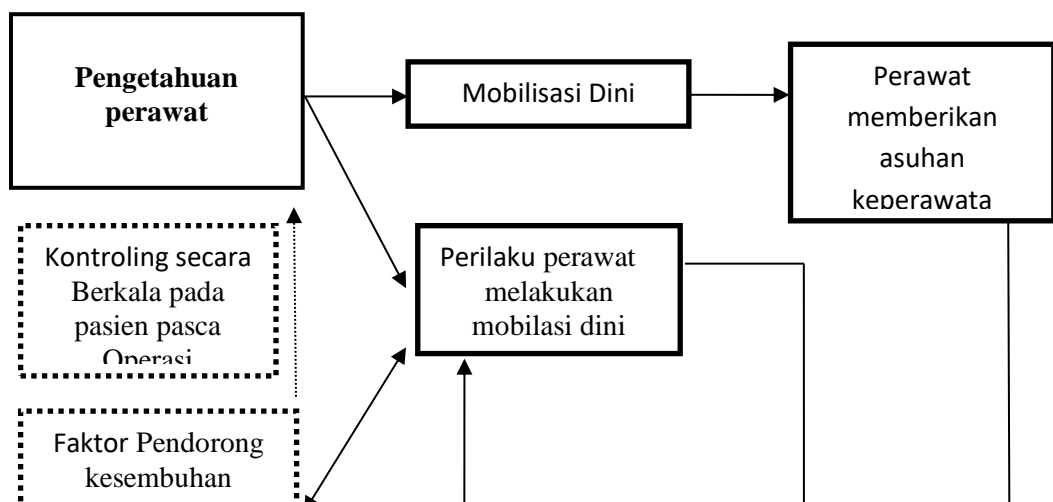


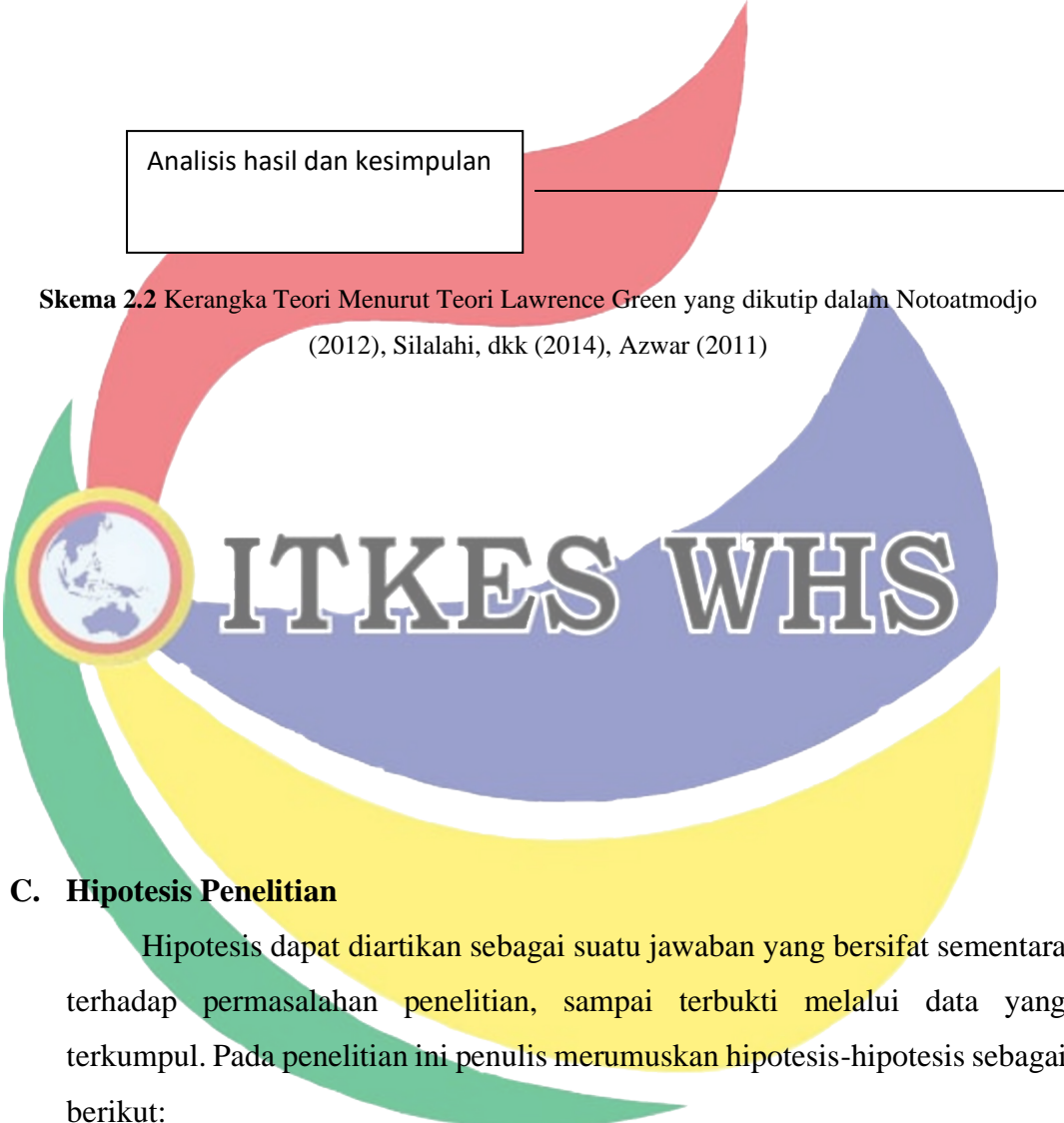
**Skema 2.1** Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan  
(Green Iw dan Kreuter Mw, 1991)



**B. Kerangka Teori Penelitian**

Aplikasi Kerangka Teori Keperawatan Lawrence Green Dalam Melihat Hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat dalam mobilisasi dini





Analisis hasil dan kesimpulan

**Skema 2.2** Kerangka Teori Menurut Teori Lawrence Green yang dikutip dalam Notoatmodjo (2012), Silalahi, dkk (2014), Azwar (2011)

### C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul. Pada penelitian ini penulis merumuskan hipotesis-hipotesis sebagai berikut:

Ha : Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di *ICU* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Ho : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di *ICU* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan..



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *kuantitatif* dan menggunakan rancangan penelitian *deskriptif korelasional*, karena tidak terdapat intervensi yang diberikan dan penelitian ini mencoba mencari hubungan antara variabel (Sastroasmoro, 2014). Metode kuantitatif sebagai metode ilmiah karena telah memenuhi kaidah-kaidah ilmiah yaitu konkrit atau empiris, objektif, terukur, rasional, dan sistematis. Metode ini disebut metode kuantitatif karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistic. Sementara Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu melakukan pengukuran data hanya dalam satu waktu, namun bukan berarti pengukuran hanya dilakukan pada hari atau waktu yang sama, melainkan variabel diukur satu kali saja, sehingga tidak ada tindak lanjut pada variabel yang diteliti (Nursalam, 2016).

#### **B. Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep penelitian ini mengacup pada masalah-masalah yang akan diteliti atau berhubungan dengan penelitian dan dibuat dalam bentuk diagram. Berdasarkan landasan teoritis yang telah dikemukakan pada tinjauan pustaka, maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

**Variabel Independent**

**Variabel Dependent**



Keterangan :

Variabel Penelitian : 

Arah Hubungan : 

**Skema 2.2** Kerangka Konsep Keperawatan

## C. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat di *intensif care Unit* RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dengan jumlah 30 orang dengan sistem shif.

### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Sample menurut Mahmud (2014) adalah contoh yang dianggap mewakili populasi, atau cermin dari keseluruhan objek yang diteliti. Sampling merupakan proses pemilihan sejumlah individu (objek penelitian) untuk suatu penelitian sedemikian rupa sehingga individu-individu (objek penelitian) tersebut menjadi perwakilan dari kelompok yang lebih besar.

### 3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan adalah *Total Sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih semua populasi menjadi sampel (Nursalam, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah dengan mengambil perawat di *ICU* RSUD Dr.

Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sebagai responden. Adapun metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara *Total Sampling*.

Adapun Kriteria sampel penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi
  - 1) Pendidikan minimal D III Keperawatan..
  - 2) Bersedia menjadi responden.
  - 3) Perawat pelaksana di Ruang *ICU* RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Kriteria eksklusi
  - 1) Mahasiswa praktek klinik.
  - 2) Perawat yang sedang cuti atau izin.
  - 3) Kepala Ruangan.

#### D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel merupakan karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris (Nursalam, 2017). Variabel Penelitian ini adalah :

##### 1. Variabel bebas (*Independen*)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan responden tentang mobilisasi dini.

##### 2. Variabel terikat (*Dependen*)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku responden dalam mobilisasi dini.

##### 3. Definisi Operasional

Definisi operasional didefinisikan sebagai karakteristik yang dapat diamati atau diukur yang memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2017). Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan perawat	Pengetahuan perawat tentang mobilisasi meliputi pengaturan posisi, mobilisasi, dan <i>range of motion</i> pada pasien post laparotomi diruang ICU RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan	Kuesioner	Kriteria: 1. Baik jika skor 13 - 20 2. Kurang jika skor 0 - 13 (Amira, 2011)	Ordinal
2	Perilaku Perawat	perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar yaitu responden dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan khususnya pemberian mobilisasi dini Skala likert : 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Sering 4. Selalu	Kuesioner	Data terdistribusi normal 1. Positif : skor $\geq$ nilai mean 93,94 2. Negatif : skor < nilai mean 93,94 (Azwar, 2011)	Ordinal

## E. Tempat dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat

Penelitian ini telah dilakukan di *Intensif Care Unit* RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

### 2. Waktu

Penelitian telah dilakukan pada bulan 10 mei – 15 juni 2020.

## **F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian**

### **1. Sumber Data**

#### **a. Data Primer**

Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari responden melalui kuesioner secara langsung ke responden.

#### **b. Data Sekunder**

Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh data dari Bidang Keperawatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan berupa nama perawat yang bertugas di ruang intensif..

### **2. Instrumen Penelitian**

#### **a. Kuesioner A**

Kuisoner pengetahuan diadopsi dari Andi Jumriatna (2011). Kuisoner pengetahuan ini terdiri dari 4 indikator yaitu Definisi, Tujuan, Tahapan dan Dampak. Kuisoner ini terdiri dari 20 pertanyaan yang jawabannya benar dan salah dengan nilai Benar = 1 Salah = 0. Kuisoner Perilaku

Skor total nilai pengetahuan dengan menjumlah skor ke 18 item soal, nilai terendah 0 dan nilai maksimal 18. Kemudian di kriteriakan menjadi Baik, dan Kurang.

#### **b. Kuesioner B**

Kuesioner perilaku menggunakan kuesioner yang di adopsi dari Andi Jumriatna (2011) terdiri dari tahapan mobilisasi dini. Kuisoner ini terdiri dari 15 item pernyataan yang diukur menggunakan skala likert (1=Tidak Pernah, 2=Jarang, 3=Sering, 4=Selalu) untuk melihat seberapa baik pernyataan tersebut menggambarkan perilaku perawat.

Skor total skala pernyataan dengan menjumlahkan skor ke 15 item dengan nilai terendah adalah 15 dan nilai maksimal 60. Kemudian dikategorikan menurut Azwar (2011) menjadi perilaku positif dan negative.

## G. Uji Instrument

### 1. Uji Validitas

Sebelum kuesioner diberikan kepada responden, maka kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu agar instrumen yang digunakan benar-benar memenuhi persyaratan untuk digunakan sebagai alat ukur data (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dilakukan di ruang plamboyan B Rumah Sakit Kanudjoso Datiwibowo Balikpapan sebanyak 20 responden pada tanggal 4 Mei 2020 yang juga melayani pasien laparatomi. Hasil uji validitas untuk kuesioner pengetahuan nilai  $r$  hitung didapatkan dalam rentang 0,593 – 0,954 dan untuk kuesioner sikap didapatkan dalam rentang 0,707 – 0,865. Dari kedua kuesioner  $r$  hitung lebih dari nilai  $T$  table 0,4683 sehingga semua kuesioner valid.

### 2. Uji Reliabilitas

Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan dengan pengujian reliabilitas internal karena uji reliabilitas tersebut diperoleh dengan cara menganalisis data 1 kali pengtesan (Arikunto, 2012). Reliabilitas berarti dapat dipercaya artinya, instrumen dapat memberikan hasil yang tepat. Alat ukur instrument dikategorikan reliabel jika menunjukkan konstanta hasil pengukuran dan mempunyai ketetapan hasil pengukuran sehingga terbukti bahwa alat ukur itu benar-benar dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya (Arikunto, 2013). Pada penelitian ini alat ukur yang digunakan telah reliable karena menggunakan kuesioner dari Andi Jumriatna (2011).

Hasil uji realibilitas pada pnelitian ini adalah untk kuesioner pengetahuan yaitu 0,975 dan kuesioner perilaku yaitu 0,963. Dari data tersebut didapatkan nilai lebih besar sari 0,06 yang artinya semua item pada kedua kuesioner reliable.

## H. Prosedur Pengumpulan Data

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014). Pengumpulan data dengan prosedur sebagai berikut:

### 1. Prosedur Administratif

- a. Peneliti melakukan permohonan surat pengantar dari ITIKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan penelitian di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit.
- c. Mengajukan permohonan izin pengumpulan data responden
- d. Menentukan responden penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
- e. Mengajukan izin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sample dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia untuk menjadi sample penelitian.

### 2. Prosedur Teknis Penelitian

- a. Penelitian terkait dengan studi deskriptif pengetahuan dan perilaku mobilisasi dini kepada perawat.
- b. Menyediakan dokumen pelaksanaan penelitian yang meliputi lembar permohonan atau penjelasan rencana penelitian, persetujuan responden serta kuisisioner pengetahuan dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien *post-op laparatomi* di *intensif care unit* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
- c. Sebelum bertemu dengan calon responden, peneliti terlebih dahulu melakukan kontrak dengan Kepala Ruangan perawatan ICU RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dan menjelaskan terkait rencana penelitian yang akan dilakukan.
- d. Menemui calon responden dan menjelaskan terkait penelitian yang akan dilaksanakan (responden dalam penelitian ini adalah responden yang telah memenuhi syarat kriteria inklusi maupun eksklusi).

- e. Calon responden yang telah diberikan informasi dan sepakat terlibat dalam penelitian ini, diberikan lembar persetujuan.
- f. Memberikan kesempatan bertanya pada responden apabila ada yang tidak dimengerti atau belum jelas.
- g. Memberikan lembar kuesioner kepada responden untuk diisi dengan waktu pengisian kuesioner kurang lebih 10 menit.
- h. Responden yang mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner, peneliti menjelaskan kembali menggunakan bahasa yang mudah dipahami atau membantu membacakan serta menjawab sesuai yang dipilih responden.
- i. Kuesioner yang telah diisi oleh responden, dicek kembali oleh peneliti untuk melihat kelengkapan jawaban yang sudah diisi oleh responden, apabila terdapat jawaban yang belum dijawab responden diminta untuk melengkapi.
- j. Setelah semua data telah diperoleh, kemudian data tersebut dikumpulkan dan dilanjutkan dengan melakukan pengolahan data.

## I. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul selanjutnya adalah melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut:

### 1. *Editing*.

Kegiatan *editing* dilakukan dengan cara memeriksa setiap poin pertanyaan kuesioner yang sudah diisi oleh responden. Terdapat tiga hal yang harus diperiksa oleh peneliti yaitu kelengkapan jawaban (setiap pertanyaan sudah ada jawaban), keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban. Setelah dilakukan penelitian didapatkan 30 responden yang telah mengisi lembar kuisisioner.

### 2. *Coding*.

Coding merupakan suatu cara untuk memberikan kode kepada data yang telah diperoleh baik berupa angka maupun kalimat panjang atau pendek (Mubarak,2008). Dalam penelitian ini, pendidikan diberikan kode

1 : D-III keperawatan, kode 2 : S1 keperawatan. Jenis kelamin kode 1 : Laki – laki, kode 2 : perempuan. Pengetahuan Perawat kode 1 : baik, kode 2 : cukup, kode 3 : kurang dan perilaku perawat kode 1 : positif, kode 2 : negative.

### 3. *Sorting.*

Melakukan pemilihan atau mengelompokkan data menurut jenis data yaitu jenis kelamin, umur, lama kerja, pendidikan, pengetahuan perawat dan perilaku perawat (klasifikasi data).

### 4. *Entry Data.*

Jawaban responden yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel atau database komputer kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi (Hidayat,2008). Setelah dilakukan pengelolaan data selanjutnya data-data yang telah di ubah dalam bentuk kode angka kemudian dimasukkan kedalam “*software*” komputer. Peneliti melakukan input data yang telah didapat selama penelitian kedalam *microsoft excel*.

### 5. *Cleaning.*

Pembersihan data dilakukan untuk melihat data yang sudah dimasukkan sudah benar atau belum. Proses ini dilakukan untuk mengetahui kemungkinan kesalahan atau ketidaklengkapan data untuk selanjutnya bisa dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2012) Dilakukan pemeriksaan ulang dan melihat data yang kurang atau salah.

## J. **Analisa Data**

Analisa data secara umum dilakukan/diolah secara statistik melalui analisa secara univariat dan bivariat.

### 1. **Uji Normalitas**

Pada penelitian ini setelah dilakukan uji *kolmogrov smirnov* dengan menggunakan system komputerisasi ditemukan hasil bahwa data Perilaku perawat dalam mobilisasi pasien laparatomi terdistribusi normal dengan nilai  $0,200 <$  dari nilai  $\alpha 0,05$ .

## 2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari usia, lama kerja, jenis kelamin, pendidikan. Data usia dan lama kerja disajikan numeric yang dinyatakan dalam bentuk mean, median, min, max, dan std. deviation. Kemudian data jenis kelamin dan pendidikan disajikan dalam bentuk kategorik dengan menampilkan frekuensi dan percent.

## 3. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010).

Analisis univariat menunjukkan distribusi frekuensi dan persentase dari pengetahuan dan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien *post-op laparatomi* di *intensif care unit* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Data yang diperoleh ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan dianalisis kedalam pembahasan sehingga menghasilkan gambaran tentang masing-masing variabel. Untuk mengetahui frekuensi dan persentase (Notoadmojo,2010).

Pada penelitian ini didapatkan variabel pengetahuan disajikan dalam bentuk Baik dan kurang, perilaku perawat dalam mobilisasi dini pasien *post-op laparatomi* di *intensif care unit* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan disajikan dalam bentuk positif dan negative.

## 4. Analisis Bivariat

Analisa data dilakukan pada dua variabel yang diduga mempunyai hubungan atau korelasi (Notoadmojo, 2010).Data yang berkaitan dengan variabel independen yaitu pengetahuan yang dihubungkan dengan variabel dependen perilaku perawat terhadap mobilisasi dinipasien *post-op laparatomi* di *intensif care unit* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dalam penelitian ini untuk menguji apakah ada hubungan

atau tidak maka digunakan uji *fisher exact test* dengan menggunakan program komputerisasi SPSS versi 20.0

## K. Etika Penelitian

Dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus memperhatikan: (Dahlan, 2014).

### 1. *Informed Consent* (Penjelasan dan Persetujuan)

*Informed Consent* merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden yang dilakukan peneliti dengan memberikan lembar persetujuan untuk bersedia dijadikan responden sebelum penelitian dilakukan. Responden diberikan kebebasan dalam memutuskan ketersediaannya untuk menjadi responden penelitian tanpa ada paksaan dari pihak manapun

### 2. *Anonimity* (tanpa nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka pada penelitian ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu atau berupa inisial dari nama responden.

### 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

### 4. *Respect for person*

Sebelum dilakukan penelitian, responden menandatangani *informed consent* kesediaan menjadi responden penelitian yang telah disediakan sebelumnya. Setelah menandatangani, peneliti melindungi responden dalam pengambilan keputusan, dan menjaga kerahasiaan,

### 5. *Beneficence*

Penelitian melakukan yang terbaik dalam selama penelitian berlangsung dan memiliki tujuan yang menguntungkan bagi responden.

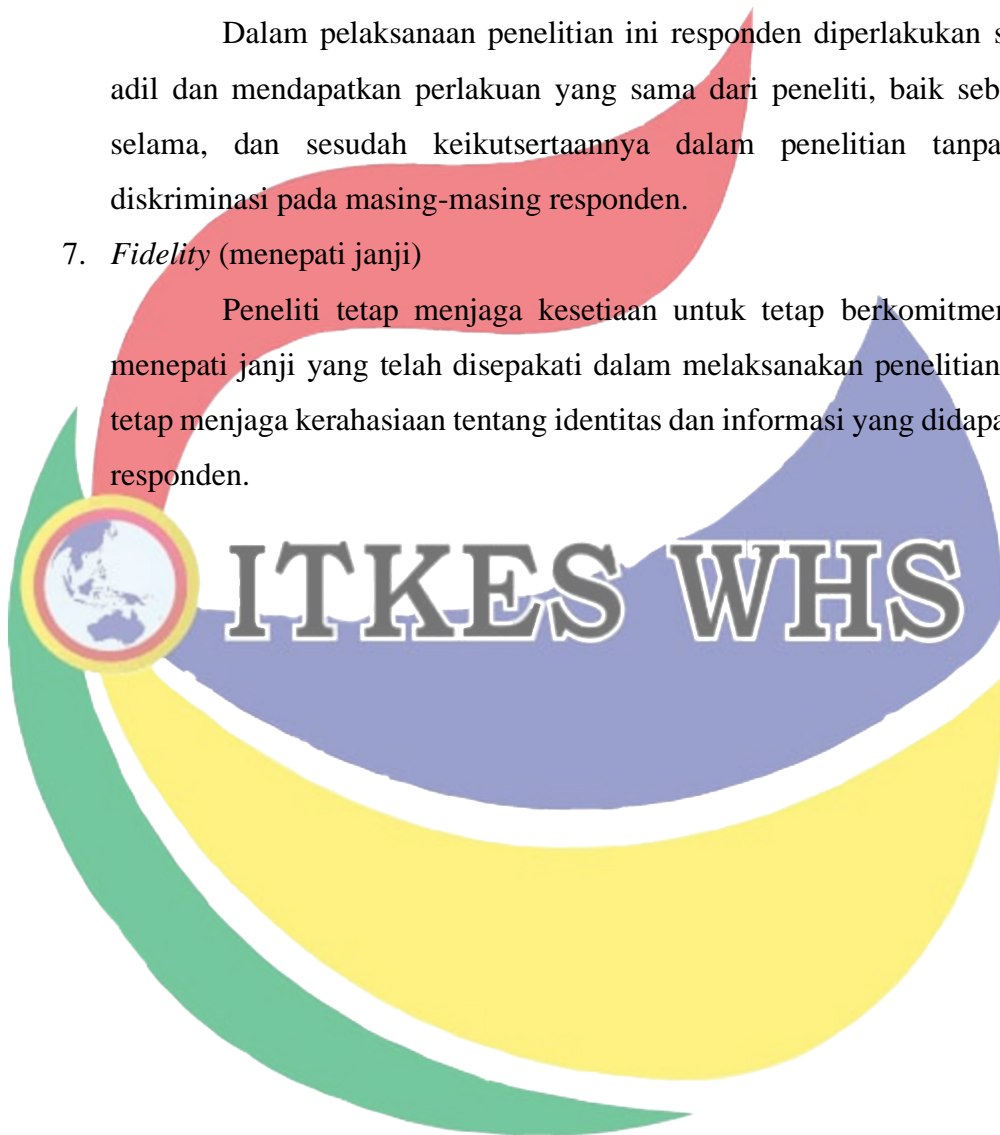
Dalam penelitian ini, setelah penelitian selesai peneliti menyampaikan kepada responden data yang benar dan sesuai dengan literature yang ada. Sehingga responden menjadi tau pengetahuan dan pentingnya mobilisasi dini pada pasien laparatomi.

6. *Justice*

Dalam pelaksanaan penelitian ini responden diperlakukan secara adil dan mendapatkan perlakuan yang sama dari peneliti, baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa ada diskriminasi pada masing-masing responden.

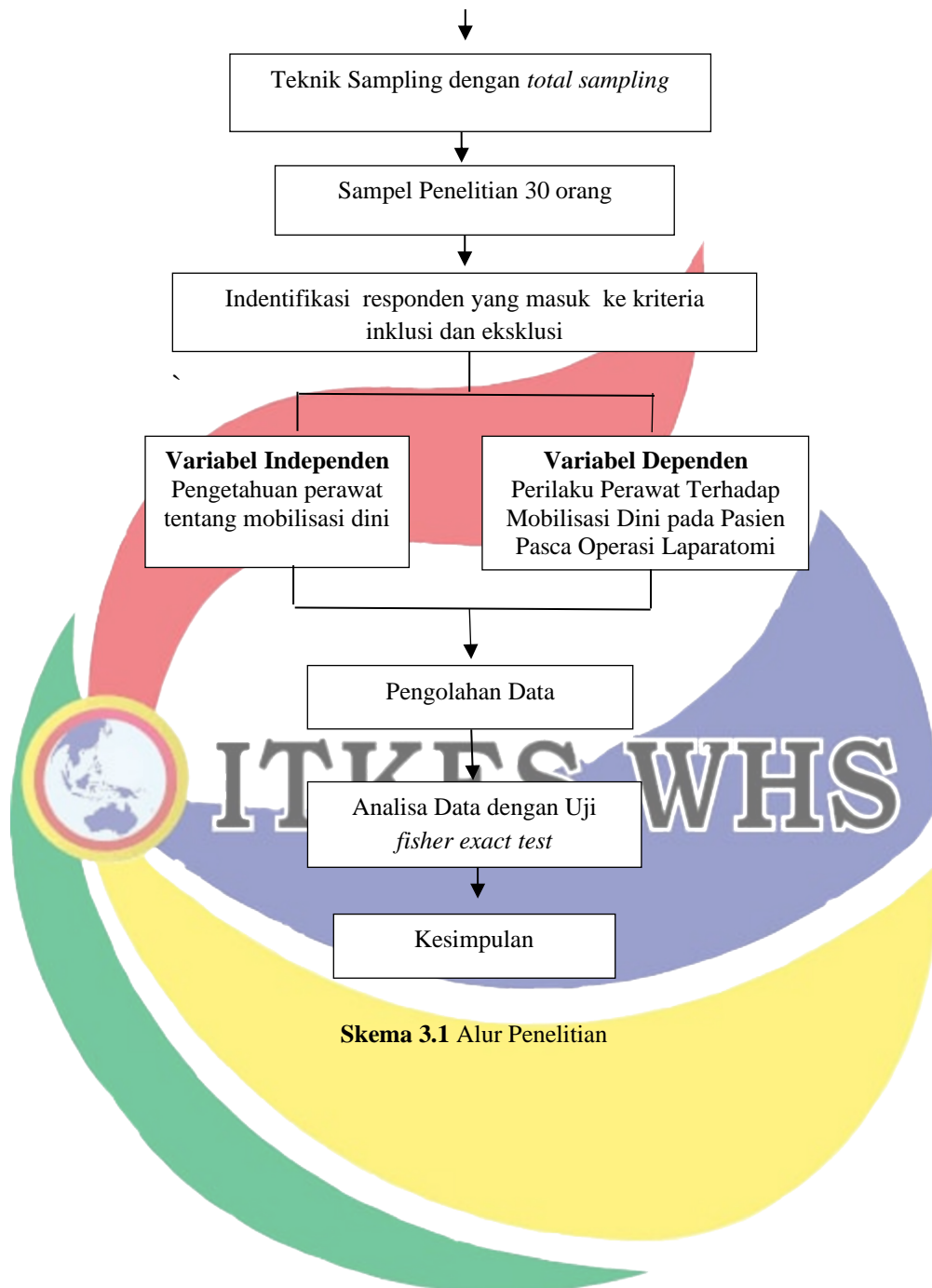
7. *Fidelity* (menepati janji)

Peneliti tetap menjaga kesetiaan untuk tetap berkomitmen dan menepati janji yang telah disepakati dalam melaksanakan penelitian serta tetap menjaga kerahasiaan tentang identitas dan informasi yang didapat dari responden.



**L. Alur Penelitian**

Populasi Perawat *ICU* 30 orang



**Skema 3.1** Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan adalah rumah sakit umum yang ada di kota Balikpapan. Rumah Sakit ini merupakan rumah sakit rujukan yang memiliki fasilitas dan dokter yang memadai. Tunjangan alat kesehatan, karyawan yang professional dan pemeriksaan yang lengkap. Rumah sakit ini juga sudah terakreditasi dengan akreditasi paripurna dari snars.

Pelayanan yang di rumah sakit ini bervariasi dengan dukungan dokter yang professional. Terdapat layanan yang hampir lengkap dan jumlah tempat rawat inap yang memadai. Pelayanan rawat jalan meliputi Poliklinik Gigi (Dokter Gigi Umum, Spesialis Gigi Anak dan Spesialis Konservasi Gigi), Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Bedah (Bedah Umum, Bedah Mulut, Bedah Anak, Bedah Orthopedi, Bedah Saraf, Bedah Digestif dan Bedah Plastik), Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Spesialis Mata, Spesialis THT, Spesialis Paru, Spesialis Urologi, Spesialis Onkologi, Spesialis Saraf, Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin, Spesialis Kejiwaan, Klinik Tumbuh Kembang, Klinik Rheumatologi, Klinik VCT. Pelayanan Rawat Inap Pasien meliputi Perawatan Khusus dan intensif / ICCU / PICU/NICU (Ruang Isolasi dan Ruang Perawatan Bayi), Perawatan Umum Ruang Perawatan Kelas VIP, Ruang Perawatan Kelas I, II dan III

Ruang intensif adalah salah satu ruangan pelayanan perawatan yang ada di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan terhadap pasien yang memerlukan penanganan yang lebih kompleks dan perawatan secara khusus. Pelayanan dalam ruangan ini dilakukan oleh perawat khusus yang memiliki beberapa kriteria yang ditetapkan rumah sakit. Pasien dalam ruangan ini adalah pasien yang memerlukan pelayanan ekstra. Mobilisasi perlu

diberikan kepada pasien yang takut bergerak untuk menghindari kekakuan dan penyembuhan yang lebih cepat. Setiap pasien laparatomi harus dilakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini pada pasien dilakukan oleh perawat. Pasien yang memerlukan mobilisasi dini rata 15 orang perbulannya. Sehingga perawat harus memberikan perhatian khusus.

Penelitian ini dilakukan Penelitian ini dilakukan di *ICU* RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan sampel sebanyak 30 orang

## 2. Karakteristik Responden

### a. Umur dan lama kerja

**Tabel 4.1** Distribusi Respoden Berdasarkan Karakteristik Umur dan Lama Kerja Perawat Di ruang ICU Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

	mean	Median	Std. Deviation	Min	Max
Umur (tahun)	34,97	35	6,294	26	47
Lama Kerja (tahun)	10,73	10,50	4,941	5	20

Sumber: Data Primer, 2020

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan umur dalam rentang 26 – 47 tahun dengan umur rata – rata responden 34 tahun 9 bulan. lama kerja mulai 5 tahun sampai dengan 20 tahun..

### b. Jenis Kelamin dan pendidikan

**Tabel 4.2** Distribusi Respoden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin dan Pendidikan perawat Di ruang ICU Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

No	Karakteristik Responden	N	%
<b>Jenis Kelamin</b>			
1	Laki – laki	11	36,7
2	Perempuan	19	63,3
	Jumlah	30	100
<b>Pendidikan</b>			
1	D-III Keperawatan	26	86,7
2	S1 Keperawatan	4	13,3
	Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2020

Hasil penelitian menunjukkan responden menurut jenis kelamin dari 30 responden. Responden dominan berjenis kelamin perempuan yaitu 19 orang (63,3%). Responden menurut pendidikan dominan D-III keperawatan 26 orang (86,7%)

### 3. Analisa Univariat

#### a. Pengetahuan Perawat Mobilisasi Dini

**Tabel 4.3** Distribusi Respoden Berdasarkan Pengetahuan Perawat tentang Mobilisasi Dini Pasien Laparatomi di ruang ICU Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

No	Pengetahuan Perawat	N	%
1	Baik	25	83,3
3	Kurang	5	16,7
	Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2020

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pasien laparatomi 83,3 % baik berjumlah 25 orang.

#### b. Perilaku Perawat Mobilisasi Dini

**Tabel 4.4** Distribusi Respoden Berdasarkan Perilaku Perawat terhadap Mobilisasi Dini Pasien Laparatomi di ruang ICU Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

No	Perilaku Perawat	N	%
1	Positif	20	66,7
2	Negatif	10	33,3
	Jumlah	30	100

Sumber: Data Primer, 2020

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan sebagian besar perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi positif berjumlah 20 orang (66,7%).

#### 4. Analisa Bivariat

##### a. Hubungan Pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi

**Tabel 4.5** Hubungan Pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi di ruang ICU Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

No	Pengetahuan Perawat	Perilaku Perawat				Jumlah		(p-value)
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	Baik	19	63,4	6	20	25	83,4	0,031*
2.	Kurang	1	3,3	4	13,3	5	16,6	
<b>Jumlah</b>		<b>20</b>	<b>66,7</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	

Sumber: Data primer, 2020

\*analisis uji *Exact fisher T-test*  $p < \alpha = 0,05$

Berdasarkan analisis bivariat yang diuraikan pada table 4.7 diatas, disimpulkan bahwa hasil uji statistik terhadap pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi maka didapatkan nilai p-value sebesar 0,031. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai p-value kurang dari nilai  $\alpha$  (0,05) sehingga memenuhi aturan bahwa  $H_0$  diterima yaitu Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di ICU RSU Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### B. Pembahasan

##### 1. Pengetahuan Perawat Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi Laparatomi

Mobilisasi dini merupakan aktifitas awal yang menjadi terapi awal bagi pasien pasca operasi laparatomi. Mobilisasi dini yang baik akan melancarkan aktifitas sehingga aliran darah dalam tubuh menjadi lancar. Aliran darah yang lancar akan meningkatkan metabolisme tubuh sehingga proses pemulihan lebih efektif. Mobilisasi dini sangat membantu bagi pasien yang didukung oleh kemampuan dan perilaku perawat. (Purwati 2013)

Pengetahuan adalah pemahaman teoritis dan praktis (*know-how*) yang dimiliki oleh manusia. Pengetahuan yang dimiliki seseorang sangat penting bagi intelegensia orang tersebut. Pengetahuan dapat disimpan dalam buku, teknologi, praktik, dan tradisi. pengetahuan yang disimpan tersebut dapat mengalami transformasi jika digunakan sebagaimana mestinya. Pengetahuan berperan penting terhadap kehidupan dan perkembangan individu, masyarakat, atau organisasi (Basuki, 2017)

Setelah dilakukan pengolahan menggunakan program komputerisasi SPSS versi 20.0 dan dikategorikan menurut arikunto (2010). Hasil uji analisa menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pasien laparatomi kategori baik berjumlah 25 orang (83,4%), dan kurang 5 orang (16,6%).

Menurut Astutik (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu usia, pendidikan, pengalaman, informasi, social budaya, dan lingkungan. Faktor usia mempengaruhi daya tangkap dan pola fikir seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola fikir seseorang. Setelah melewati usia madya (40-60 tahun), daya tangkap dan pola fikir sesorang akan menurun. Faktor pendidikan dapat menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah diperoleh. Umumnya, pendidikan mempengaruhi suatu proses pembelajaran, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik tingkat pengetahuannya. Faktor pengalaman adalah suatu proses dalam memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah di peroleh dalam memecahkan masalah yang di hadapi saat masa lalu dan dapat di gunakan dalam upaya memperoleh pengetahuan. Pengalaman dapat diukur melalui lama kerja seseorang. Faktor informasi jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, namun mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain, maka hal tersebut dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Faktor social budaya

merupakan tradisi atau kebiasaan yang sering dilakukan oleh masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya selain itu, status ekonomi juga dapat mempengaruhi pengetahuan dengan tersedianya suatu fasilitas yang di butuhkan oleh seseorang. Faktor lingkungan sangat berpengaruh dalam proses penyerapan pengetahuan yang berada dalam suatu lingkungan. Hal ini terjadi karena adanya interaksi yang akan di respon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

Berdasarkan teori di atas pada penelitian ini ditemukan responden berdasarkan factor umur ditemukan pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pasien laparatomi dalam kategori baik dan cukup berada pada rentang umur 26 – 47 tahun, responden tersebut tersebar merata pada rentang umur tersebut.

Menurut teori astutik (2013) Faktor usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang. Setelah melewati usia madya (40-60 tahun), daya tangkap dan pola pikir seseorang akan menurun. Faktor pendidikan dapat menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah diperoleh.

Teori yang diungkapkan oleh Verner dan Davison, Bahwa ada 6 faktor fisik yang dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa, sehingga membuat penurunan pada suatu waktu dalam kekuatan berfikir dan bekerja. Sehingga melalui pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya, pengalaman sendiri, pengalaman orang lain, lingkungan dan faktor intrinsik lainnya dapat membentuk pengetahuan seseorang dalam jangka waktu yang lama dan akan tetap bertahan sampai tua.

Berdasarkan teori diatas, Data pada penelitian ini menerima sebagian dan menolak sebagian isi teori yang dinyatakan oleh astutik (2013). Bagian yang sesuai pada data ini adalah semakin bertambah umur akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikir seseorang dan bagian teori yang tidak sesuai yaitu umur yang melewati umue madya (40 –

69 tahun) akan mengalami penurunan pemahaman, namun pada data ini pengetahuan responden dalam kategori baik dan cukup. Kemudian ada 4 responden yang termasuk dalam kategori kurang. Responden tersebut berumur 32 tahun, 29 tahun dan 27 tahun, 4 responden ini membantah teori astutik dimana pada teorinya menyatakan bahwa pemahaman seseorang akan berkurang setelah melewati usia madya yaitu 40 tahun – 60 tahun sedangkan responden tersebut berumur kurang dari 40 tahun. Hal ini terjadi karena pada saat penelitian responden dalam pengambilan data responden dalam keadaan sangat sibuk sehingga dalam mengisi kuesioner tidak terlalu fokus. Sehingga jawaban yang diberikan mengkategorikan pengetahuan yang dimiliki kurang. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori verner dan Davison dimana pengetahuan dipengaruhi oleh 6 faktor di antaranya adalah factor instrinstik artinya keadaannya saat ini.

Factor kedua yang mempengaruhi pengetahuan menurut astutik adalah pendidikan. Pada penelitian ini ditemukan data bahwa responden yang memiliki pengetahuan kategori baik dan cukup berada pada tingkat pendidikan D-III dan S1 keperawatan. Kemudian ada 4 responden dalam kategori kurang berpendidikan D-III keperawatan dan 1 orang berpendidikan S1 keperawatan.

Menurut teori astutik (2013), tingkat pendidikan dapat menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah diperoleh. Umumnya, pendidikan mempengaruhi suatu proses pembelajaran, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik tingkat pengetahuannya

Menurut Purwati (2013) bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Dua teori diatas mendukung data pada penelitian ini. pada penelitian ini hampir semua responden pengetahuan baik dan cukup dalam tingkat pendidikan D-III dan S1 keperawatan. Semakin tinggi pendidikan maka akan semakin baik pengetahuan. Selanjutnya satu orang yang pengetahuan kurang berpendidikan D-III dimana pada teori sbelumnya menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan maka semakin baik pengetahun. Sedangkan D-III keperawatan adalah tingkat pendidikan yang paling awal dalam bidang keperawatan. Kemudian ada 1 responden yang berpendidikan S1 Keperawatan yang memiliki pengetahuan yang kurang. Dari observasi peneliti ditemukan bahwa masa kerja masih baru yaitu 6 tahun. Selain itu pada saat pengambilan data dalam keadaan sibuk sehingga tidak focus dalam pengisian kuesioner.

Faktor ketiga adalah pengalaman (masa kerja). Pada penelitian ini ditemukan bahwa perawat yang masuk dalam kategori baik dan cukup terdapat pada rentang lama kerja 5 – 20 tahun. Kemudian ada 5 responden yang masuk dalam kategori kurang. Responden tersebut masa kerja kurang dari 6 tahun sebanyak 3 orang dan lebih dari 6 tahun 2 orang.

Menurut Indah Kumiatri (2016) Pengalaman kerja adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung kinerja dan perilaku personal. Lamanya masa kerja dan pengalaman dalam mengelola kasus akan berhubungan dan berpengaruh terhadap pengetahuan dan ketrampilan seseorang. Pengembangan perilaku dan sikap dalam mengambil keputusan untuk melaksanakan tindakan yang tepat dibutuhkan suatu pengalaman/masa kerja sehingga menimbulkan rasa percaya diri yang tinggi. Makin lama pengalaman kerja yang dialami, maka makin mahir dan terampil dalam pekerjaan.

Menurut Astutik (2013) Pengalaman adalah suatu proses dalam memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah di peroleh dalam memecahkan masalah yang di hadapi saat masa lalu dan dapat di gunakan dalam upaya memperoleh pengetahuan.

Pada penelitian ini sama dengan teori diatas bahwa pengalaman masa kerja yang lama akan memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih banyak. Pada penelitian ini ditemukan rata rata responden dalam rentang masa kerja 5 sampai dengan 20 tahun. Masa kerja tersebut sudah masuk dalam kategori masa kerja yang lama. Semakin lama masa kerja akan semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang didapatkan. Selanjutnya ada 3 orang dalam penelitian ini dalam kategori kurang. Responden tersebut masa kerja kurang dari 6 tahun. Hal ini sesuai teori sebelumnya pengalaman kerja (masa kerja) mempengaruhi pengetahuan seseorang. Kemudian ada 2 responden yang masa kerja diatas 6 tahun. Hal ini terjadi karena memiliki alasan yang sama dimana responden pada saat penelitian sedang sibuk sehingga tidak focus mengisi kuesioner.

Menurut asumsi peneliti pengetahuan setiap individu bervariasi. Responden yang berpendidikan lebih tinggi, masa kerja yang lama dan usia yang matang akan memiliki pengetahuan yang lebih baik. Sebaliknya pendidikan yang lebih rendah, masa kerja yang baru dan usia yang melebihi usia muda (40 – 60) akan cenderung pengetahuan rendah. Selain pendidikan, masa kerja, dan usia ada faktor yang lain mempengaruhi pengetahuan. Salah satunya faktor keadaan seseorang saat itu.

## **2. Perilaku perawat tentang mobilisasi dini pada pasien pasca operasi laparatomi.**

Perilaku (*attitude*) merupakan suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku terdiri dari persepsi (*perception*), respon terpimpin (*guided respons*), mekanisme (*mechanism*), adaptasi (*adaptation*) (Notoatmodjo, 2010).

Setelah dilakukan pengolahan menggunakan program komputerisasi SPSS versi 20.0 dan dikategorikan menurut Azwar (2011). Hasil uji analisa menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi kategori

perilaku positif berjumlah 20 orang (66,7%) dan perilaku negative berjumlah 10 orang (33,3%).

Menurut Muhammad novianto (2016) Umur menentukan banyak sedikitnya pengalaman pribadi seseorang. Disamping itu umur juga berpengaruh terhadap emosi dalam diri individu. Pengalaman pribadi dan juga pengaruh faktor emosional merupakan factor pembentuk Perilaku.

Menurut Aswar (2005) perilaku merupakan kondisi sulit diukur karena sangat personal , dipersepsi berbeda-beda oleh setiap orang dan sangat tertutup. Tuhan menciptakan manusia dengan segala kelebihan dan kekurangan baik laki-laki maupun perempuan.

Dalam penelitian ini ditemukan data bahwa perilaku positif terdapat pada responden pada rentang umur 26 – 47. Pada rentang umur ini sudah matang dalam pengambilan keputusan. Kemudian responden yang perilaku negative pada rentang umur 27 tahun sampai dengan 40 tahun.

Pada karakteristik responden umur ini tidak memberikan perbedaan yang signifikan. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh denial (2014) umur tidak menentukan tingkat kedewasaan seseorang, pengambilan keputusan yang tepat, dan tanggung jawab yang baik.artinya semakin tua seseorang akan semakin baik perilakunya. Pada penelitian ini ditemukan jumlah responden yang meminum air diluar dari rencana.

Menurut asumsi peneliti bahwa perilaku akan sesuai dengan apa yang dijalani. Perilaku sangat misterius untuk dilakukan pengukuran. Karena perilaku sangat personal terhadap hasil yang didapatkan.

### **3. Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Perawat Terhadap Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi**

Data penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan baik perilaku positif berjumlah 19 orang (63,4%). Hal ini tidak bisa dipungkiri bahwa pengetahuan yang baik akan mempengaruhi perilaku yang baik. Karena dengan memiliki pengetahuan yang baik akan mendorong seseorang untuk melakukan kegiatan tersebut. Dorongan itu kuat karena kemampuan untuk melakukan hal tersebut terbentuk dengan baik dari pengetahuan yang baik.

Kemudian pengetahuan baik perilaku negative berjumlah 6 orang. satu orang ini berpendidikan D-III Keperawatan, umur lebih dari 40 tahun dan lama kerja 14 tahun. Menurut pengamatan peneliti masa kerja lama seharusnya pengetahuan lebih baik namun karena pendidikan yang belum update yaitu D-III Keperawatan dan umur masuk umur madya 40 – 60 tahun sehingga menyebabkan kurang pengetahuan. Selanjutnya 4 responden yang lain juga masih berpendidikan D-III keperawatan dengan masa kerja lebih dari 6 tahun. Selanjutnya 1 responden pendidikan D-III keperawatan dan masa kerja 5 tahun. Menurut pengamatan peneliti hasil pada 1 responden ini dipengaruhi oleh masa kerja yang paling rendah diantara semua responden. Selain itu responden yang masa kerja lebih rendah terkadang tugasnya diambil alih oleh perawat yang lebih senior seperti konsul kedokter sebelum tindakan mobilisasi dini pasien laparatomi. Selanjutnya pengetahuan kurang perilaku positif berjumlah 1 orang (3,3%). Hal ini kebalikan dari pernyataan sebelumnya yakni semakin rendah pengetahuan akan semakin mengarahkan perilaku seseorang cenderung negative. Menurut pengamatan peneliti bahwa 1 responden tersebut masa kerja 5 tahun dan umur 29 tahun berpendidikan D-III keperawatan. Pendidikan yang rendah menyebabkan pengetahuan kurang namun untuk perilaku bisa dipengaruhi oleh kepribadian seseorang dan teman dinas yang memberikan contoh yang baik. Kemudian 4 responden pengetahuan kurang dan negative. Pengetahuan kurang akan mengarahkan perilaku kearah negative.

Berdasarkan analisis bivariat yang diuraikan , disimpulkan bahwa hasil uji statistik terhadap pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi maka didapatkan nilai p-value sebesar 0,031. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai v-palue kurang dari nilai  $\alpha$  (0,05) sehingga memenuhi aturan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yaitu Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di *ICU* *RSU* Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Cahyani Wijayanti (2013) di ruang ICU RSUD Ungaran. Pada penelitiannya menunjukkan hasil ada hubungan antara Ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien laparatomi di ruang ICU RSUD Ungaran. Pengetahuan yang baik akan memberikan dorongan kepada individu untuk melakukan tindakan kearah yang lebih baik.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Lilik Farida (2010) di bangsal Anggrek I RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pada penelitian ini menemukan hasil ada hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat terhadap tindakan mobilisasi dini fase akut pada pasien operasi di bangsal Anggrek RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pengetahuan yang baik akan sejalan dengan perilaku yang baik.

Menurut asumsi peneliti bahwa pengetahuan yang baik memberikan sumbangsi besar dalam pembentukan perilaku yang tercipta. Pengetahuan dan perilaku memiliki kaitan yang sangat erat dimana pada penelitian ini ditemukan data yang pengetahuan baik akan meiliki perilaku yang baik. Pengetahuan yang perilaku negative

## **C. Keterbatasan penelitian**

### **1. Instrumen**

Intrumen untuk pengukuran perilaku sebaiknya menggunakan observasi, karena keterbatasan ruang dan waktu peneliti menggunakan kuesioner. Dimana kuesioner tidak dapat dipastikan bahwa diberikan centang sesuai yang dilakukan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian pada distribusi responden menurut pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini pasien laparatomi kategori baik berjumlah 25 orang (83,4%), dan kurang 5 orang (16,6%).
2. Hasil penelitian pada hasil penelitian distribusi responden menurut perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi kategori perilaku positif berjumlah 20 orang (66,7%) dan perilaku negative berjumlah 10 orang (33,3%).
3. Hasil penelitian pada analisa bivariat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat terhadap mobilisasi dini pasien laparatomi maka didapatkan nilai p-value  $0,031 < \alpha (0,05)$ . Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di ICU RSU Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### B. Saran

1. Bagi Perawat ICU

Pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini sudah hampir semua baik dan cukup. Namun perilaku masih ada 10 orang yang negative. Perawat icu diharapkan skripsi ini menjadi literature akan pentingnya perilaku perawat dalam memberikan mobilisasi dini pada pasien laparatomi yang mengarahkan perawat kearah perilaku positif

2. Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan

Instansi pendidikan menyiapkan literature buku-buku tentang mobilisasi dini pasien operasi yang bisa dijadikan sumber referensi bagi para mahasiswa keperawatan untuk lebih memahami tentang pentingnya penanganan mobilisasi dini sebelum terjun didunia kerja dan menjadikan para mahasiswanya sebagai calon perawat yang terupdate dalam hal perawatan nyeri.

### 3. Bagi Instansi kesehatan

Bagi instansi kesehatan terkait diharapkan agar hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan *literatur* untuk selanjutnya mengevaluasi kembali dan memberikan solusi bagi perawat dalam melakukan mobilisasi dini pada pasien laparatomi..

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Skripsi ini dapat menjadi literature dan acuan dalam penelitian selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan memberikan intervensi kepada perawat dalam hal melakukan mobilisasi dini pasien laparatomi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abda'u, P. D., Winarno, W. W., & Henderi, H. (2018). Evaluasi Penerapan SIMRS di RSUP Haji Adam Malik Medan. *INTENSIF: Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Penerapan Teknologi Sistem Informasi*.
- Arikunto, 2010:161. (2010). Metodologi Penelitian. *Pendekatan Penelitian*.
- Ayu, F., R, M. N., & Sunaryo, M. (2018). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (Apd) Pada Pekerja Mekanik Di Area Workshop Pt. Xyz Kota Surabaya. *Medical Technology and Public Health Journal*.
- Budiman, & Agus, R. (2013). Pengetahuan dan Perilaku Dalam Penelitian Kesehatan. In *Salemba Medika*.
- Depkes RI. (2007). Pedoman Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit. *Departemen Kesehatan RI*.
- Depkes RI, & RI, D. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. *Peraturan Menteri Kesehatan*.
- Dewi, N. P. (2010). faktor faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pekerja dalam melakukan standard operation procedure. *Skripsi*.
- Ferenti, G. (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap RSUD Kota Semarang. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT, 1*, 48–61.
- Handiwidjojo, W. (2015). Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal EKSIS*.
- Hariana, E., Yoki Sanjaya, G., Ristya Rahmanti, A., Murtiningsih, B., & Nugroho, E. (2013). Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (Simrs) Di Diy. *Seminar Nasional Sistem Informasi Indonesia*.
- Harsono, A. (2015). Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah (SIM-RSUD) Terintegrasi Di Provinsi Kalimantan Barat. *Eksplora Informatika*.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Nasution, M. N. (2010). Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Manajement). Jakarta: Ghalia. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Manajement). Jakarta: Ghalia.*
- Natasia, N., Loekqijana, A., & Kurniawati, J. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri Factors Affecting Compliance on Nursing Care SOP Implementation in ICU -ICCU Gambiran Hospital Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya.*
- Notoatmodjo, S. (2012). Teori Perilaku. *Teori Perilaku.*
- \_\_\_\_\_. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurchayanti, K. K. A. (2014). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Bidan Dalam Penggunaan Simrs Di Rumah Sakit Sumbang Kabupaten Banyumas Tahun 2014. *Journal of Chemical Information and Modeling.*
- Nursalam. (2015). Metodologi penelitian keperawatan. *Pendekatan Praktis. Jakarta: Salemba Medika.*
- Sari, M. M. (2013). Analisis pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen (SIM) di poli bedah umum RSUP DR. M.Djamil Padang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)..*
- Syafara (2009). Hambatan Dalam Pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSU dr. Pirngadi Medan. *Skripsi.*

### *Lampiran 1*

Saya yang bernama Eka Hartini adalah mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Balikpapan. Saat ini saya sedang melakukan penelitian berjudul “ Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Perilaku Perawat Pada Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Laparatomi di ICU RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir. Penelitian ini bermanfaat dalam mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan tentang mobilisasi pasien post operasi laparatomi, sehingga dapat digunakan sebagai dasar perbaikan asuhan keperawatan.

Untuk keperluan tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya, saya mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan jawaban pada kuesioner dengan jujur apa adanya serta menandatangani lembar persetujuan sebagai bukti kesukarelaan.

Partisipasi Bapak/ Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga Bapak/ Ibu bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa sanksi apapun. Identitas pribadi Bapak/ Ibu dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian.

Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

Balikpapan, Juli 2020

Peneliti

Eka Hartini

### *Lampiran 2*

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Eka Hartini, seorang mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Balikpapan.

Saya memahami bahwa penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka penyusunan skripsi bagi peneliti dan tidak merugikan saya serta hal-hal yang sifatnya rahasia akan dijaga kerahasiaannya.

Dalam penelitian ini, saya akan bekerjasama dengan baik dan memberikan jawaban pada kuesioner dengan jujur apa adanya.

Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun, saya siap berpartisipasi dalam penelitian ini.



## KOESIONER

### I. Petunjuk Umum


1. Perawat diharapkan menjawab pertanyaan di bawah ini dengan cara memberi tanda silang (X) pada pilihan yang jawabannya dianggap sesuai.
2. Bila ada kesulitan dalam memberikan jawaban dapat ditanyakan langsung kepada peneliti


### II. Identitas Responden

1. Inisial :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Lama Kerja :
6. Unit Kerja :
7. No. Responden (Diisi oleh peneliti) :

### III. Kuisisioner Pengetahuan

1. Mobilisasi dini pada pasien post laparatomi dapat dilakukan sejak ?
  - a. Setelah efek anestesi hilang ditunjang kestabilan kardiovaskuler
  - b. Tiga hari setelah operasi ditunjang kestabilan kardiovaskuler
  - c. Seminggu setelah operasi ditunjang kestabilan kardiovaskuler
  - d. Sebulan setelah operasi ditunjang kestabilan kardiovaskuler
2. Pasien post laparatomi mulai dianjurkan melakukan perubahan posisi sejak?
  - a. 6 jam setelah operasi
  - b. 8 jam setelah operasi
  - c. 14 jam setelah operasi
  - d. 18 jam setelah operasi

3. Tujuan mobilisasi dini adalah, *kecuali*...
    - a. Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
    - b. Mempertahankan tonus otot.
    - c. Memperlancar eliminasi alvi dan urin.
    - d. Semua jawaban benar
  
  4. Setelah berapa jam pasca operasi latihan duduk di tempat tidur boleh dilakukan bagi pasien post laparatomi
    - a. 5 jam
    - b. 8 jam
    - c. 24 jam
    - d. 10 jam
  
  5. Tujuan dari posisi fowler pada pasien post laparatomi adalah, *kecuali*...
    - a. Memperbaiki kapasitas pernapasan
    - b. Mencegah aspirasi
    - c. Meningkatkan kenyamanan
    - d. Mengurangi ekspansi paru
  
  6. Sudut posisi semi fowler pada pasien post laparatomi adalah...
    - a. 15 - 30 derajat
    - b. 30 - 45 derajat
    - c. 75 - 85 derajat
    - d. 90 derajat
  
  7. Posisi yang bertujuan untuk mencegah tertekuknya area krusial seperti lipat paha atau tulang belakang adalah....
    - a. Telungkup
    - b. Telentang
    - c. Posisi miring / lateral
- 

- 
- d. Litotomi
8. Posisi alternatif untuk prosedur pembalikan pasien post laparatomi di tempat tidur adalah...
- Telungkup
  - Telentang
  - Posisi miring / lateral
  - Litotomi
9. Yang *bukan* merupakan tujuan ambulasi dalam mobilisasi adalah...
- Menurunkan ventilasi
  - Mengurangi kemungkinan distensi abdomen pasca operatif
  - Menstimulasi peristaltik usus
  - Mencegah tromboflebitis
10. Setelah 6 – 10 jam post op pasien dapat dianjurkan untuk dapat miring kiri dan kanan, bertujuan untuk...
- Meningkatnya tonus saluran gastrointestinal
  - Mencegah trombosis dan tromboemboli
  - Meningkatnya kecepatan sirkulasi pada ekstremitas
  - Berkurangnya statis bronchial paru
11. Dampak imobilisasi terhadap sistem kardiovaskuler adalah...
- Meningkatkan beban kerja jantung
  - Meningkatkan suhu tubuh
  - Mempercepat pemulihan luka
  - Meningkatkan frekuensi nadi
12. Yang bukan merupakan tujuan *Range of motion* (ROM) pada pasien post laparatomi adalah...
- Memelihara kelenturan sendi
  - Memelihara kekakuan sendi

- c. Mencegah kehilangan permanen pergerakan sendi
  - d. Melatih sendi yang jarang digunakan
13. Dampak imobilisasi pasien post laparatomi pada sistem muskuloskeletal dapat menyebabkan...
- a. Penurunan masa otot
  - b. Peningkatan masa otot
  - c. Pembengkakan masa otot
  - d. Lumpuh
14. Memutar anggota tubuh dari satu sisi ke sisi yang lain pada mobilisasi pasien post laparatomi adalah...
- a. Abduksi
  - b. Dorsal Flexi
  - c. Rotasi
  - d. Eversi
15. Mobilisasi adalah suatu kemampuan individu untuk bergerak secara...
- a. Terbatas
  - b. Bebas
  - c. Terbuka
  - d. Terikat
16. Apabila tidak melakukan mobilisasi komplikasi bisa terjadi pada area yang terlokalisir pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler sehingga membuat luka makin.....
- a. Luka makin memburuk
  - b. Luka akan regresi dan nekrosis
  - c. Fase penyembuhan luka (maturasi) lebih lambat
  - d. Semua jawaban benar

17. Dampak imobilisasi terhadap sistem respirasi adalah, *kecuali*...
- Mekanisme batuk yang menurun.
  - Penurunan kapasitas vital
  - Kehilangan nafsu makan
  - Penurunan ventilasi/perfusi setempat
18. Deskripsi gerakan inverse pada mobilisasi pasien post laparatomi adalah...
- Menggerakkan telapak kaki menjauhi garis tengah tubuh
  - Menggerakkan telapak kaki mendekati garis tengah tubuh
  - Membengkokkan telapak kaki
  - Mengarahkan kaki ke arah sisi depan (anterior)

#### IV. Kuisioner Perilaku

Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1. Saya memberikan latihan kekuatan otot pada pasien post laparatomi setelah 24 jam pasca operasi				
2. Sebelum melakukan tindakan mobilisasi dini saya berkonsultasi dulu kepada dokter penanggung jawab pasien.				
3. Saya melakukan mobilisasi dengan standar rumah sakit atau <i>standar operasional prosedur</i> (SPO)				
4. Saya melakukan perubahan posisi pada pasien post laparatomi minimal setelah 6 jam pasca operasi				



5. Saya memberikan latihan duduk setelah 24 jam pasca operasi pada pasien post laparatomi.				
6. Saya menganjurkan pasien untuk tirah baring dulu pada 6 jam pertama pasca operasi				
7. Saya melatih pasien post laparatomi untuk miring kiri-kanan setelah 6-10 jam pasca operasi				
8. Saya datang jika pasien meminta bantuan untuk menggerakkan sendi lutut kaki posisi lurus dan menekuk.				
9. Saya membantu pasien merubah dari posisi miring ke posisi terlentang di tempat tidur setiap 2-3 jam sekali				
10. Saya memegang punggung pasien hingga pasien duduk dalam posisi tegak.				
11. Saya bersedia jika pasien mengajak untuk merubah posisi miring kanan/kiri di tempat tidur.				
12. Saya membantu pasien untuk melakukan <i>range of motion</i> (ROM) minimal 2x sehari				
13. Saya segera menghampiri jika pasien mau bangun dari posisi tidur menuju posisi duduk.				
14. Saya memberikan edukasi kepada pasien agar tidak takut melakukan mobilisasi pasca operasi				

15. Saya menjelaskan dampak imobilisasi pada pasien pasca operasi laparatomi				
--	--	--	--	--



Lampiran 4

**UJI VALIDITAS DAN REALIBILITAS**

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15
p16 p17 p18
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=CORR
/SUMMARY=TOTAL.
```

**Reliability**



**Notes**

Output Created		10-MEI-2020 09:57:59
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\eka\HASIL\validitas.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	20
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY
		/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18
		/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
		/MODEL=ALPHA
Resources		/STATISTICS=CORR
		/SUMMARY=TOTAL.
	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.04

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\validitas.sav

## Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.975	.975	18

**Inter-Item Correlation Matrix**

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
p1	1.000	.341	.471	.811	.734	.599	.685	.734	.560	.734	.601	.685	.664	.545	.734	.599	.685	.734
p2	.341	1.000	.471	.390	.524	.599	.257	.524	.560	.734	.390	.685	.664	.545	.524	.599	.257	.524
p3	.471	.471	1.000	.698	.612	.667	.583	.612	.257	.612	.492	.375	.739	.471	.612	.667	.583	.612
p4	.811	.390	.698	1.000	.704	.739	.903	.905	.601	.704	.798	.698	.818	.638	.704	.739	.903	.905
p5	.734	.524	.612	.704	1.000	.816	.612	.800	.734	.800	.704	.612	.905	.577	1.000	.816	.612	.800
p6	.599	.599	.667	.739	.816	1.000	.667	.816	.599	.816	.739	.667	.903	.471	.816	1.000	.667	.816
p7	.685	.257	.583	.903	.612	.667	1.000	.816	.471	.612	.903	.583	.739	.471	.612	.667	1.000	.816
p8	.734	.524	.612	.905	.800	.816	.816	1.000	.734	.800	.905	.816	.905	.577	.800	.816	.816	1.000
p9	.560	.560	.257	.601	.734	.599	.471	.734	1.000	.524	.601	.685	.664	.787	.734	.599	.471	.734
p10	.734	.734	.612	.704	.800	.816	.612	.800	.524	1.000	.704	.816	.905	.346	.800	.816	.612	.800
p11	.601	.390	.492	.798	.704	.739	.903	.905	.601	.704	1.000	.698	.818	.406	.704	.739	.903	.905
p12	.685	.685	.375	.698	.612	.667	.583	.816	.685	.816	.698	1.000	.739	.471	.612	.667	.583	.816
p13	.664	.664	.739	.818	.905	.903	.739	.905	.664	.905	.818	.739	1.000	.522	.905	.903	.739	.905
p14	.545	.545	.471	.638	.577	.471	.471	.577	.787	.346	.406	.471	.522	1.000	.577	.471	.471	.577
p15	.734	.524	.612	.704	1.000	.816	.612	.800	.734	.800	.704	.612	.905	.577	1.000	.816	.612	.800
p16	.599	.599	.667	.739	.816	1.000	.667	.816	.599	.816	.739	.667	.903	.471	.816	1.000	.667	.816
p17	.685	.257	.583	.903	.612	.667	1.000	.816	.471	.612	.903	.583	.739	.471	.612	.667	1.000	.816
p18	.734	.524	.612	.905	.800	.816	.816	1.000	.734	.800	.905	.816	.905	.577	.800	.816	.816	1.000

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	9.30	51.695	.764	.	.974
p2	9.30	52.853	.593	.	.976
p3	9.35	52.239	.664	.	.976
p4	9.40	50.568	.893	.	.973
p5	9.45	50.682	.872	.	.973
p6	9.55	50.787	.876	.	.973
p7	9.35	51.292	.801	.	.974
p8	9.45	50.155	.949	.	.972
p9	9.30	52.011	.717	.	.975
p10	9.45	50.787	.857	.	.973
p11	9.40	50.884	.847	.	.973
p12	9.35	51.397	.786	.	.974
p13	9.50	50.158	.954	.	.972
p14	9.20	53.116	.618	.	.976
p15	9.45	50.682	.872	.	.973
p16	9.55	50.787	.876	.	.973
p17	9.35	51.292	.801	.	.974
p18	9.45	50.155	.949	.	.972



```

RELIABILITY
  /VARIABLES=pr1 pr2 pr3 pr4 pr5 pr6 pt7 pt8 pr9 pr10 pr11 pr12
pr13 pr14 pr15
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=CORR
  /SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Notes

Output Created		10-MEI-2020 10:39:59
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\eka\HASIL\validitas.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	20
Missing Value Handling	Matrix Input	
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Syntax	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
		RELIABILITY /VARIABLES=pr1 pr2 pr3 pr4 pr5 pr6 pt7 pt8 pr9 pr10 pr11 pr12 pr13 pr14 pr15 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=CORR /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\validitas.sav

## Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.958	.963	15

### Inter-Item Correlation Matrix

	pr1	pr2	pr3	pr4	pr5	pr6	pt7	pt8	pr9	pr10	pr11	pr12	pr13	pr14	pr15
pr1	1.000	.514	.577	.577	.509	.509	.667	.777	.718	.509	.594	.943	1.000	1.000	.943
pr2	.514	1.000	.594	.594	.636	.636	.557	.640	.524	.636	.575	.575	.514	.514	.575
pr3	.577	.594	1.000	1.000	.882	.630	.289	.592	.726	.630	.303	.545	.577	.577	.545
pr4	.577	.594	1.000	1.000	.882	.630	.289	.592	.726	.630	.303	.545	.577	.577	.545
pr5	.509	.636	.882	.882	1.000	.762	.491	.712	.627	.762	.252	.480	.509	.509	.480
pr6	.509	.636	.630	.630	.762	1.000	.764	.509	.431	1.000	.480	.480	.509	.509	.480
pt7	.667	.557	.289	.289	.491	.764	1.000	.699	.404	.764	.629	.629	.667	.667	.629
pt8	.777	.640	.592	.592	.712	.509	.699	1.000	.754	.509	.635	.831	.777	.777	.831
pr9	.718	.524	.726	.726	.627	.431	.404	.754	1.000	.431	.584	.772	.718	.718	.772
pr10	.509	.636	.630	.630	.762	1.000	.764	.509	.431	1.000	.480	.480	.509	.509	.480
pr11	.594	.575	.303	.303	.252	.480	.629	.635	.584	.480	1.000	.780	.594	.594	.780
pr12	.943	.575	.545	.545	.480	.480	.629	.831	.772	.480	.780	1.000	.943	.943	1.000
pr13	1.000	.514	.577	.577	.509	.509	.667	.777	.718	.509	.594	.943	1.000	1.000	.943
pr14	1.000	.514	.577	.577	.509	.509	.667	.777	.718	.509	.594	.943	1.000	1.000	.943
pr15	.943	.575	.545	.545	.480	.480	.629	.831	.772	.480	.780	1.000	.943	.943	1.000

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pr1	52.60	27.621	.852	.	.955
pr2	53.10	25.779	.714	.	.958
pr3	52.75	26.829	.749	.	.956
pr4	52.75	26.829	.749	.	.956
pr5	52.80	26.589	.755	.	.956
pr6	52.80	26.695	.732	.	.956
pt7	52.70	27.274	.707	.	.957
pt8	52.75	25.461	.848	.	.954
pr9	52.80	25.642	.779	.	.956
pr10	52.80	26.695	.732	.	.956
pr11	52.65	26.871	.663	.	.958
pr12	52.65	25.924	.865	.	.953
pr13	52.60	27.621	.852	.	.955
pr14	52.60	27.621	.852	.	.955
pr15	52.65	25.924	.865	.	.953



## Uji Normalitas

```

EXAMINE VARIABLES=PPMP
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
  /COMPARE GROUPS
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
    
```

### Explore

#### Notes

Output Created	25-AUG-2020 13:39:34	
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\leka\HASIL\uji hasil.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	45
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax	<pre> EXAMINE   VARIABLES=PPMP   /PLOT BOXPLOT   STEMLEAF NPLOT   /COMPARE GROUPS   /STATISTICS   DESCRIPTIVES   /CINTERVAL 95   /MISSING LISTWISE   /NOTOTAL.           </pre>	
Resources	Processor Time	00:00:01.37
	Elapsed Time	00:00:01.40

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\uji hasil.sav

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perilaku Perawat Mobilisasi pasien	30	66.7%	15	33.3%	45	100.0%

### Descriptives

			Statistic	Std. Error
Perilaku Perawat Mobilisasi pasien	Mean		93.94	1.475
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90.93	
		Upper Bound	96.96	
	5% Trimmed Mean		94.88	
	Median		97.50	
	Variance		65.228	
	Std. Deviation		8.076	
	Minimum		68	
	Maximum		100	
	Range		32	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		-1.717	.427
	Kurtosis		2.696	.833

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Perilaku Perawat Mobilisasi pasien	.232	30	.200	.767	30	.175

a. Lilliefors Significance Correction

## UJI HASIL

```

RECODE PP (76 thru 100=1) (56 thru 75=2) (Lowest thru 56=3) INTO
PPK.
VARIABLE LABELS  PPK 'Pengetahuan Perawat'.
EXECUTE.
RECODE PPMP (Lowest thru 93.94=2) (93.93 thru Highest=1) INTO
PPMPK.
VARIABLE LABELS  PPMPK 'Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien'.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=U LK
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.
    
```

### Frequencies

#### Notes

Output Created		11-AUG-2020 06:57:14
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\eka\HASIL\uji hasil.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data	45
	File	
Syntax	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\uji hasil.sav

**Statistics**

		Umur	Lama Kerja
N	Valid	30	30
	Missing	15	15
Mean		34.97	10.73
Median		35.00	10.50
Std. Deviation		6.294	4.941
Minimum		26	5
Maximum		47	20

**Frequency Table**

**Umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	1	2.2	3.3	3.3
	27	1	2.2	3.3	6.7
	28	3	6.7	10.0	16.7
	29	5	11.1	16.7	33.3
	30	2	4.4	6.7	40.0
	32	2	4.4	6.7	46.7
	33	1	2.2	3.3	50.0
	37	2	4.4	6.7	56.7
	38	3	6.7	10.0	66.7
	39	1	2.2	3.3	70.0
	40	2	4.4	6.7	76.7
	42	4	8.9	13.3	90.0
	43	1	2.2	3.3	93.3
	45	1	2.2	3.3	96.7
	47	1	2.2	3.3	100.0
	Total		30	66.7	100.0
Missing	System	15	33.3		
Total		45	100.0		

**Lama Kerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
5	5	11.1	16.7	16.7
6	4	8.9	13.3	30.0
7	3	6.7	10.0	40.0
9	2	4.4	6.7	46.7
10	1	2.2	3.3	50.0
11	2	4.4	6.7	56.7
12	3	6.7	10.0	66.7
14	3	6.7	10.0	76.7
15	2	4.4	6.7	83.3
17	1	2.2	3.3	86.7
18	1	2.2	3.3	90.0
19	1	2.2	3.3	93.3
20	2	4.4	6.7	100.0
Total	30	66.7	100.0	

FREQUENCIES VARIABLES=JK P PPK PMPK  
/ORDER=ANALYSIS.

**Frequencies**

**Notes**

Output Created		11-AUG-2020 06:57:42
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\leka\HASIL\uji hasil.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	45
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.

	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=JK P PPK PPMPK /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\uji hasil.sav

#### Statistics

		Jenis Kelamin	Pendidikan	Pengetahuan Perawat	Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien
N	Valid	30	30	30	30

#### Frequency Table

##### Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki - laki	11	24.4	36.7	36.7
	Perempuan	19	42.2	63.3	100.0
	Total	30	66.7	100.0	
Missing	System	15	33.3		
Total		45	100.0		

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D-III Keperawatan	26	57.8	86.7	86.7
S1 Keperawatan	4	8.9	13.3	100.0
Total	30	66.7	100.0	

**Pengetahuan Perawat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	25	83.3	83.3	83.3
Kurang	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Positif	20	44.4	66.7	66.7
Negatif	10	22.2	33.3	100.0
Total	30	66.7	100.0	

## UJI BIVARIAT

```

CROSSTABS
  /TABLES=PPK BY PPMPK
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ
  /CELLS=COUNT
  /COUNT ROUND CELL.
    
```

### Crosstabs

#### Notes

Output Created	25-AUG-2020 13:42:32	
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\leka\HASIL\uji hasil.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.	
Syntax	Cases Used	CROSSTABS /TABLES=PPK BY PPMPK /FORMAT=AVALUE
		TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.03
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1] E:\skripsi\eka\HASIL\uji hasil.sav

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Perawat * Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

**Pengetahuan Perawat \* Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien Crosstabulation**

Count

		Perilaku Perawat Mobilisasi Pasien		Total
		Positif	Negatif	
Pengetahuan Perawat	Baik	19	6	25
	Kurang	1	4	5
Total		20	10	30

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.880 <sup>a</sup>	1	.015		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.630	1	.057		
Likelihood Ratio	5.633	1	.018		
Fisher's Exact Test				.031	.031
Linear-by-Linear Association	5.684	1	.017		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.67.

b. Computed only for a 2x2 table



Lampiran 6

**MASTER TABEL**

No R	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja	Pengetahuan Perawat	Perilaku Perawat
1	42	2	2	14	1	1
2	29	1	1	5	1	1
3	38	1	1	7	2	2
4	39	2	1	12	2	2
5	42	1	1	15	1	1
6	42	2	1	19	1	1
7	29	1	2	5	1	1
8	32	2	1	11	2	2
9	37	2	2	10	1	1
10	38	2	1	14	1	1
11	32	2	1	9	1	1
12	28	1	1	5	1	2
13	30	1	1	17	1	1
14	42	2	1	14	2	2
15	38	1	1	12	1	1
16	40	2	2	12	1	1
17	29	2	1	6	3	2
18	29	1	1	7	1	1
19	28	2	1	6	1	1
20	26	2	1	6	1	1
21	28	2	1	5	1	1
22	33	2	1	9	2	2
23	40	2	1	15	2	2
24	37	2	1	11	2	2
25	43	2	1	20	1	1
26	47	1	1	18	1	1
27	30	1	1	7	1	1
28	27	2	1	5	2	2
29	29	1	1	6	1	1
30	45	2	1	20	2	1

Ket :

Jenis Kelamin

1 : Laki - laki

2 : Perempuan

Pendidikan

1 : D-III Keperawatan

2 : S1 Keperawatan

Pengetahuan Perawat

1 : Baik

2 : Cukup

3 : Kurang

Perilaku Perawat

1 : Positif

2 : Negatif



Lampiran 7

FOTO KEGIATAN



Lampiran 8

Surat Penelitian

 **INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**  
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

📍 itkeswhs  
📧 itkeswhs  
🌐 www.itkeswhs.ac.id  
✉ info@itkeswhs.ac.id

**Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur. Telp/Fax (0541) 7272431**

Nomor : 949 /ITKES-WHS/LT/2020  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan Izin Uji Validitas Data 19 Juni 2020


Kepada Yth.  
**Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**  
Di -  
Tempat

**Dengan hormat,**  
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayah- Nya kepada kita semua..Aamiin..

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan uji validitas data di tempat yang Bapak/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : EKA HARTINI  
NIM : B21825106001  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Penelitian : **Hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat pada mobilisasi dini pasien pasca operasi laparatomi di ICU RSU Dr. Kanujosos Djatiwibowo Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,  
  
**Chandra Sulistvorini, S.ST., M.Keb**  
NIR. 114104.87.13.075

*"Hold The Future Now"*



INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
**WIYATA HUSADA SAMARINDA**  
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/2019

itkeswhs  
itkeswhs  
www.itkeswhs.ac.id  
info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 759 /ITKES-WHS/LT/2020 15 Mei 2020  
Lampiran : -  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.  
**Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**  
di -  
Tempat

**Dengan hormat,**

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : EKA HARTINI  
NIM : B21825106001  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Penelitian : **Hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat terhadap pada mobilisasi dini pasien pasca operasi Laparatomi di intensive care unit RSUD Dr. Kanujosos Djatiwibowo Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



**Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb**  
NIDN. 1121038701

"Hold The Future Now"