

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. *Post* Pembedahan

Pembedahan merupakan salah satu tindakan atau terapi medis yang menggunakan tindakan invasif dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani. Pembedahan adalah tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif untuk membuka dan menangani bagian tubuh yang akan dilakukan pembedahan. Pembedahan umumnya dilakukan dengan membuat sayatan setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan, kemudian dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidayat & De Jong, 2014).

Post pembedahan merupakan masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Uliyah & Hidayat, 2008). Tahapan pasca-pembedahan dimulai dari memindahkan pasien ke ruangan bedah ke unit pasca pembedahan dan berakhir saat pasien pulang.

Fase perawatan *post* pembedahan dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Fokus pada perawatan *post* pembedahan adalah mengkaji efek dari agen anastesia, memantau fungsi vital dan mencegah komplikasi (Smeltzer, 2014).

Menurut Kozier, (2011) waktu *post* pembedahan dimulai sejak pasien masuk ke ruang pemulihan dan berakhir ketika luka sudah benar-benar

sembuh. Asuhan keperawatan difokuskan pada masa tersebut sebagai upaya untuk mengembalikan keseimbangan fisiologis pasien, meredakan nyeri, mencegah terjadinya komplikasi, serta mengajarkan perawatan diri kepada pasien dan keluarga (Smeltzer, 2014).

Kozier, (2011) menyebutkan bahwa jenis anastesia dibagi menjadi 2 golongan yaitu, anastesi umum dan regional. Anastesi umum bertujuan untuk menghilangkan semua sensasi maupun kesadaran pada pasien yang akan dilakukan pembedahan, pengaruh dari anastesi umum akan terjadi dalam satu (1) atau dua (2) hari kedepan, tergantung dosis yang diberikan, sedangkan pada anastesia jenis regional pemutusan transmisi impuls syarafnya hanya pada bagian tertentu, sehingga hanya akan menghilangkan sensasi nyeri pada bagian yang dilakukan anastesi regional saja, pengaruh obat bius jenis regional ini mencapai dua (2) sampai enam (6) jam setelah pembedahan.

2. Nyeri

Nyeri adalah salah satu pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah, jika tidak ditangani membahayakan fisiologis dan psikologis bagi kesehatan (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011). Nyeri itu sendiri merupakan suatu hal yang dikatakan oleh seseorang tentang nyeri dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri (Potter & Perry, 2009).

Menurut Ratnasari, Ratna, & Judha (2013), nyeri merupakan pengalaman yang menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien oleh karena

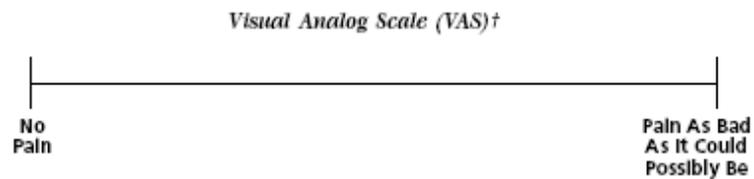
terdapat jaringan tubuh yang rusak. Kerusakan jaringan dapat disebabkan oleh tindakan pembedahan serta kecelakaan yang menyebabkan cedera pada tubuh. Nyeri yang muncul merupakan suatu respon diterimanya rangsangan nyeri oleh saraf sensori.

Nyeri dapat dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri berlangsung, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi dan sedikit memiliki kerusakan jaringan serta respon emosional, sedangkan pada nyeri kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan, tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan seseorang (Potter & Perry, 2009).

Menurut Potter & Perry, (2010) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya kelemahan, kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan penurunan kemampuan untuk mengatasi masalah, apabila kelemahan terjadi sepanjang waktu istirahat persepsi terhadap nyeri akan lebih besar, selain itu teknik koping juga mempengaruhi kemampuan untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang memiliki pengalaman dan kontrol terhadap situasi internal merasa bahwa mereka dapat mengontrol kejadian-kejadian dan akibat dalam hidup mereka, seperti nyeri. Kehadiran keluarga atau teman dekat juga dapat menjadi dukungan, bantuan atau perlindungan terhadap pasien, meski nyeri masih terasa.

Menurut Yudianta, Khoirunnisa, & Novitasari, (2015), ada beberapa cara pengukuran nyeri, berikut penjelasannya:

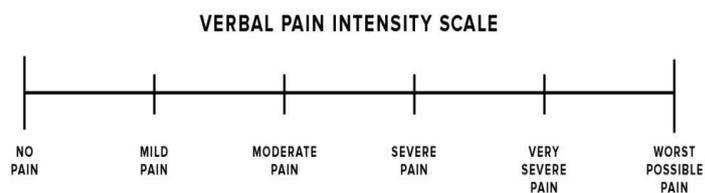
1. *Visual Analog Scale (VAS)*



Gambar 2.1 *Visual Analog Scale*

Skala Analog Visual merupakan cara pengukuran nyeri yang sudah banyak digunakan. Skala ini menggunakan gambaran secara visual gradasi tingkat nyeri pada pasien. Rentang nyeri ini berbentuk garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis dapat berupa pernyataan deskriptif ataupun dapat berupa angka. Ujung yang satu mewakili tidak terdapat nyeri, sedangkan ujung yang lainnya mewakili rasa nyeri yang hebat. Skala nyeri ini dapat dibuat vertikal ataupun horizontal. Skala ini biasanya digunakan pada pasien anak yang berumur lebih dari delapan tahun dan pada pasien dewasa. Penggunaan skala nyeri ini sangat mudah dan juga sederhana.

2. *Verbal Rating Scale (VRS)*



Gambar 2.2 *Verbal Rating Scale*

Skala ini menggunakan angka 0-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Pasca bedah skala ini lebih bermanfaat karena verbal pasien tidak selalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala ini menggunakan kata-kata dan bukan menggunakan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Kekurangan dari skala ini adalah tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

3. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Gambar 2.3 *Wong Baker Pain Rating Scale*

Skala ini digunakan untuk pasien anak usia diatas tiga tahun dan bisa digunakan juga pada pasien dewasa. Skala ini tidak dapat menggambarkan intensitas nyeri dengan angka.

4. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Gambar 2.4 *Numeric Rating Scale*

Skala ini sederhana dan mudah untuk dimengerti. Skala ini lebih baik digunakan untuk menilai nyeri akut pada pasien. Kekurangan skala ini adalah tidak dapat membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti. Menurut Castarlenas dkk. (2017), NRS ini memiliki 11 skala yaitu 0 sampai 10.

2. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pasien *post* pembedahan yang diawali dengan melakukan olahraga ringan di tempat tidur (latihan menggerakkan tungkai, batuk efektif, dan latihan pernafasan) hingga pasien dapat turun dengan mudah dari tempat tidurnya, dapat berjalan ke dalam kamar mandi serta keluar (Ibrahim, 2013). Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara mudah, teratur dan bebas, serta memiliki tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup (Kozier, 2010). Mobilisasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, mobilisasi diperlukan oleh seseorang untuk beraktifitas, beberapa contoh mobilisasi yaitu menggerakkan sendi, dan berjalan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan mempertahankan kesehatannya (Potter & Perry, 2010).

Tujuan mobilisasi dini menurut Rima & Kismanto (2016) yaitu : melancarkan aliran darah sehingga penyembuhan luka dapat menjadi cepat, mempertahankan fungsi tubuh, melancarkan pernafasan, melancarkan eliminasi urin, mempertahankan tonus otot, menjadikan pasien dapat beraktifitas dengan normal serta kebutuhan gerak pasien dapat terpenuhi, membuat hubungan antara perawat dan pasien menjadi dekat.

Adapun jenis mobilisasi dini menurut A. Hidayat, (2010) ada dua macam yaitu:

1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh adalah kemampuan seseorang untuk dapat bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat menjalankan peran sehari-hari serta melakukan interaksi sosial. Saraf motorik volunter dan sensorik 17 merupakan fungsi mobilitas penuh yang mengontrol seluruh tubuh seseorang.

2) Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian adalah kemampuan seseorang untuk dapat bergerak tetapi ada batasan gerak sehingga tidak dapat bergerak bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf sensorik dan motorik di area tubuhnya. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua yaitu : mobilisasi sebagian temporer dan mobilisasi sebagian permanen.

Mobilisasi sebagian temporer adalah kemampuan seseorang untuk dapat bergerak secara terbatas dan bersifat sementara. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya trauma *reversible* di muskuloskeletal.

Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara terbatas yang bersifat menetap. Hal ini disebabkan oleh rusaknya sistem syaraf yang reversible.

Manfaat Mobilisasi Dini menurut Potter & Perry, (2006), ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari dilakukannya mobilisasi dini pada klien, yaitu:

1) Sistem respiratori

Mobilisasi dini bermanfaat bagi sistem respiratori. Mobilisasi dini dapat membuat frekuensi dan kedalaman pernapasan menjadi meningkat. Tidak hanya itu, mobilisasi dini juga dapat membuat ventilasi alveolar menjadi meningkat normalnya ventilasi alveolar yaitu 5-6 l/m. Mobilisasi dini dapat menurunkan kerja pernapasan, meningkatkan pengembangan diafragma jika mengubah posisi pasien 2 jam sekali.

2) Sistem kardiovaskuler

Mobilisasi dini bermanfaat pada sistem kardiovaskuler, mobilisasi dini dapat membuat curah jantung menjadi meningkat, memperbaiki kontraksi miokardial, serta menjadikan otot jantung bertambah kuat sehingga dapat menyuplai darah ke jantung dan otot yang sebelumnya terjadi penggumpalan darah pada bagian ekstremitas, serta dapat memperbaiki aliran balik pada pembuluh darah vena. Normalnya jantung dapat memompa darah sebanyak 5 l/m, mobilisasi dapat meningkatkan *cardiac output* sampai 30 l/m. Sesuai dengan tanda dan gejala kecemasan menurut Stuart, (2016) yaitu jantung berdebar-debar, peningkatan tekanan darah, pusing dan hiperventilasi.

3) Sistem metabolik

Mobilisasi dini berguna untuk sistem metabolik, yaitu dapat meningkatkan laju metabolisme basal dimana apabila pasien melakukan aktivitas berat maka kecepatan metabolisme dapat meningkat hingga 20 kali dari kecepatan normal, meningkatkan termoregulasi tubuh, motilitas lambung, pemecahan trigliserida, serta penggunaan glukosa dan asam lambung pun meningkat.

4) Menurunkan insiden komplikasi

Mencegah hipotensi/ tekanan darah rendah, otot mengecil, hilangnya kekuatan otot, konstipasi, meningkatkan kesegaran tubuh, dan mengurangi tekanan pada kulit yang dapat mengakibatkan kulit menjadi merah atau bahkan lecet.

5) Sistem muskuloskeletal

Mobilisasi dini dapat menjadikan tonus otot menjadi baik, mobilisasi pada sendi dapat meningkat, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mengurangi kehilangan masa tulang, meningkatkan toleransi aktivitas dan mengurangi kelemahan pada pasien.

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Clark dkk. (2013), meliputi:

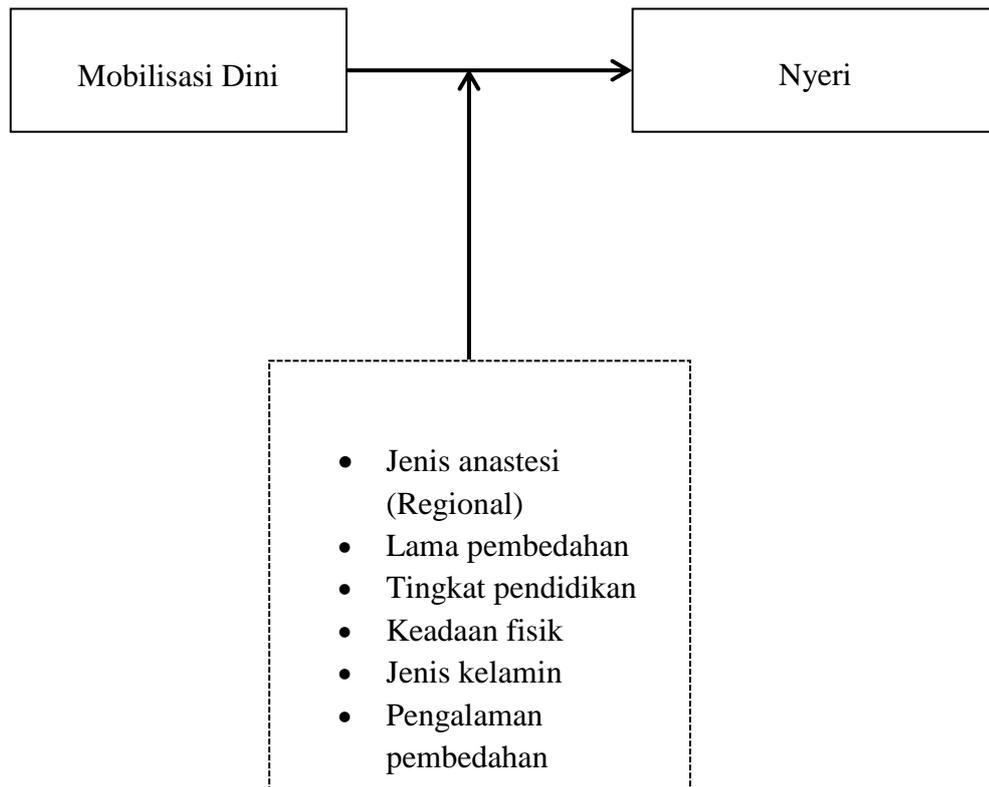
- 1) Level 1 : Pada 6-24 jam pertama *post* pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjutkan dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu

miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15^0 , 30^0 , 45^0 , 60^0 , dan 90^0 .

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

B. Kerangka Konsep

Gambar 2. 5 Kerangka Konsep



Keterangan gambar :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti (Variabel pengganggu)

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Hipotesis nol (H_0) yaitu tidak ada pengaruh mobilisasi dini pada skala nyeri pasien *post* pembedahan di PKU Muhammadiyah Gamping
2. Hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada pengaruh mobilisasi dini pada skala nyeri pasien *post* pembedahan di PKU Muhammadiyah Gamping