

SKRIPSI
PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN
KANDUNG KEMIH PASCA PEMBEDAHAN DENGAN
ANESTESI SPINAL DI RUANG BEDAH RSUD PADANG
PANJANG



OLEH
AZMIADI
NIM: 1414201108

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
TAHUN AJARAN 2015/2016

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULUTAN KANDUNG
KEMIH PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL DI
RUANG BEDAH RSUD PADANG PANJANG**

SKRIPSI

Dijadikan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Gelar
Sarjana Keperawatan



OLEH

AZMIADI

NIM: 1414201108

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
TAHUN AJARAN 2015/2016**

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN KANDUNG
KEMIH PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL DI
RUANG BEDAH RSUD PADANG PANJANG**

SKRIPSI



OLEH

AZMIADI

NIM: 1414201198

**PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
TAHUN AJARAN 2015/2016**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi
Program Studi S1 Keperawatan
Skripsi, Juni 2016**

AZMIADI

**PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN KANDUNG
KEMIH PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL DI
RUANG BEDAH RSUD PADANG PANJANG**

Vii+ VII BAB+ 64 halaman, 6 tabel, 2 gambar, dan 8 lampiran

ABSTRAK

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Spinal anestesi adalah merupakan salah satu teknik anestesi regional dengan cara penyuntikan obat anestesi local ke dalam ruang subarahnoid dengan tujuan untuk mendapatkan analgesi setinggi dermatom tertentu dan relaksasi otot rangka yang salah satu efeknya menyebabkan retensi urine.

Desain penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen. Populasi dalam penelitian adalah pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal yang berjumlah 16 orang dengan sampel 16 orang, 8 orang dijadikan kelompok eksperimen yaitu kelompok yang dilakukan mobilisasi dini dan 8 orang lagi dijadikan sebagai kelompok kontrol yaitu tidak dilakukan mobilisasi dini.

Hasil penelitian ini didapatkan rata – rata peningkatan jumlah urine pada kelompok eksperimen adalah 499,125 cc. Rata – rata peningkatan Jumlah urine pada kelompok kontrol 7,5cc . Hasil uji statistik didapatkan perbedaan rata-rata peningkatan jumlah urine dengan nilai $p_{value} = 0,000$, maka terlihat ada hubungan yang bermakna antara pengaruh mobilisasi dini dengan pemulihan kandung kemih pada kelompok eksperimen dan didapatkan perbedaan jumlah peningkatan jumlah urine dengan nilai $p_{value} = 0,816$, maka tidak bermakna antara tanpa perlakuan pada mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pada kelompok kontrol.

Bagi rumah sakit, pembaca dan instansi pendidikan diharapkan penelitian ini sebagai masukan, menambah wawasan dan acuan tentang Pengaruh mobilisasi dini pasca pembedahan dengan anestesi spinal terhadap pemulihan kandung kemih ”.

Daftar Bacaan : 28 (1993-2011)

Kata Kunci : Pengaruh, Mobilisasi Dini, Pemulihan Kandung Kemih, Anestesi Spinal

Fort De Kock Health Science College Bukittinggi
Study Program S1 Nursing
Skripsi, June 2016

AZMIADI

**MOBILIZE THE INFLUENCE OF EARLY RECOVERY AFTER
SURGERY BLADDER WITH SPINAL ANESTHESIA IN THE SURGERY
HOSPITAL PADANG PANJANG**

Vii + CHAPTER VII + 64 pages, 6 tables, 2 picture, and 8 attachments

ABSTRACT

Early mobilization is an attempt to maintain independence as early as possible by guiding the patient to maintain anesthesia fisiologis. Spinal function is one of the regional anesthetic technique by means of the injection of local anesthetic into the subarachnoid space with the aim to get as high as dermatom specific analgesia and relaxation of skeletal muscle one effect causes urinary retention.

The research design is quasi-experimental. The population in the study were patients with post surgery with spinal anesthesia sample of 16 people with 16 people, 8 are used as the experimental group: the group carried out early mobilization and eight others were used as a control group that did not do early mobilization.

The results of this study, the increase of averages amount of urine in the experimental group was 499,125 cc. Increase Averages amount of urine in the control group was 7,5 cc. Statistical test results obtained difference in the average increase in the amount of urine with a value $p\text{-value} = 0,000$, then look no correlation between the effect of early mobilization with the recovery of the bladder in the experimental group and found differences in the amount of increase in the amount of urine with a value $p\text{-value} = 0.816$, it is not meaningful between no treatment at early mobilization against the restoration of bladder control group.

For hospitals, the reader is expected to research and educational institutions as an input, add insight and guidance on the Influence of early mobilization after surgery with spinal anesthesia to the recovery of the bladder ".

References : 28 (1993-2011)

Keywords : Effect, Early Mobilization, Recovery Bladder, Anesthesia Spinal

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi: Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemasukan Kandung Remih
Pascapembedahan Dengan Asistensi Spinal Di Ruang Bedah Rawat
Pulang Panjang

Nama : AZMIADI

NIM : 1414201108

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan olehnya Tim
Penguji Skripsi program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Fort De Kock
Bukittinggi

Bukittinggi, 21 Juni 2016

Komisi pembimbing

Pembimbing I

Hj. Adriani, S.Kn, M.Kes

Pembimbing II

Ns. Imelda H. Kartika, M.Kes

PENGESAHAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI

KETUA



Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd. Ns. M. Kes

**PANITIA UJIAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI**

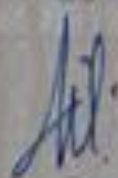
Bukittinggi, 21 Juni 2016

Komisi Penguji

Moderator

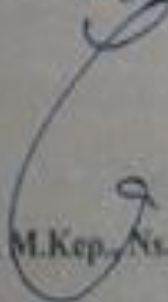

(Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes)

Penguji I



(Yelmi Reni Putri, S.Kep, Ns, MAN)

Penguji II



(Yenni, M.Kep, Ns, Sp.Kep, MB)

DAFTAR RIWAWAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : AZMIADI
Tempat / Tanggal Lahir : Kamang, 28 November 1978
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Istri : Muslimatu Husna
Alamat : JL. Baypass Gulai Bancah Kota Bukittinggi
Sumbar

Nama Orang Tua
Ayah : Asrul
Ibu : Dasmiar

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

No	Jenjang Pendidikan	Tahun Tamat
1	SDN 09 Benteng Bukittinggi	1992
2	SMPN2 Bukittinggi	1995
3	SPK Depkes Bukittinggi	1998
4	Prodi DIII Keperawatan Anestesi Poltekkes Depkes Jakarta	2005
5	Prodi S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock	2015- sekarang

C. RIWAYAT PEKERJAAN

No	Tempat	Tahun aktif
1	RSI Yarsi Bukittinggi	1998-2009
2	Klinik Bersama Jiwa Bukittinggi	1999-2001
3	Rs. Abdi waluyo Jakarta	2002-2005
4	Rs. Aisyah Pariaman	2006-2015
5	Rs. Parit Malintang Pariaman	2013-2014
6	Rs. Yarsi Padang Panjang	2007- sekarang
7	RSUD Padang Panjang	2010 - sekarang

HALAMAN PERSEMBAHAN



*Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu
Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah Bacalah, dan Tuhanmulah yang mahamulia*

*Yang mengajar manusia dengan pena,
Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)
Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan ? (QS: Ar-Rahman 13)
Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat
(QS : Al-Mujadilah 11)*

*Ya Allah,
Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia,
dan bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman bagiku, yang telah
memberi warna-warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu,
Engkau berikan aku kesempatan untuk bisa sampai
Di penghujung awal perjuanganku
Segala Puji bagi Mu ya Allah,*

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil'alamin..

Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung yang Maha Tinggi yang Maha Adil dan Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.

Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayah, Ibunda beserta keluarga besarku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku., Ayah,.. Ibu...terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupmu demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu Ayah,, Ibu,, masih saja ananda menyusahkanmu..

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tanganku menadah".. ya Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaikatmu yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,,

membimbingku dengan baik,, ya Allah berikanlah balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti dari panasnya sengat hawa api nerakamu..

Terimakasih kuucapkan Kepada Teman sejawat Saudara seperjuangan Prodi S1 Keperawatan Fort de kock 2015 “Tanpamu teman aku tak pernah berarti,,tanpamu teman aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa”.

Spesial buat Istriku tersayang !!

Buat seseorang yang telah mendampingiku sampai saat ini istriku tercinta, terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku, percayalah bahwa hanya ada satu namamu yang selalu kusebut-sebut dalam benih-benih doaku, semoga keyakinan dan takdir ini terwujud.

Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah pengharapan, agar hidup jauh lebih bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.

Jatuh berdiri lagi. Kalah mencoba lagi. Gagal Bangkit lagi.

Never give up!

Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat kupersembahkan kepada kalian semua,, Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan..

*Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku,
kurendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.
Skripsi ini kupersembahkan buat kalian semua*

Azmiadi

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang dengan nama-Nya bumi di hamparkan dan dengan nama-Nya langit di tinggikan. Segala puji dan Syukur untuk Sang pengasih yang maha kasih karena telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi spinal di ruang bedah di RSUD Padang Panjang ”.

Skripsi ini diajukan dalam rangka memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi. Selama proses penyusunan Skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dan suport dari berbagai pihak terutama Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing 1 yang telah banyak mengarahkan, membimbing dan meluangkan waktunya untuk memberi petunjuk dalam pembuatan Skripsi ini dan Ibu Ns. Imelda R kartika, M.Kep, selaku pembimbing II yang memberikan masukan, meluangkan waktu dan bimbingan dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis juga menyampaikan terimakasih dan rasa bangga kepada berbagai pihak:

1. Ibu Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns., M.Kes selaku ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi atas petunjuk dan bimbingannya.

2. Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberikan motivasi kepada kami selama proses pendidikan.
3. Staf beserta Dosen STIKes Fort De Kock, Bukittinggi yang telah memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan, pengalaman dan nasehat selama menjalani pendidikan.
4. Karu Beserta Staf Ruang Bedah RSUD Padang Panjang yang telah membantu kelancaran Skripsi ini.
5. Teristimewa untuk keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat dan doa restu serta kasih sayang kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Skripsi ini.
6. Rekan-rekan sejawat STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang senasib sepenanggungan serta semua pihak yang telah membantu terwujudnya Skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan dan kelemahan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Skripsi ini. Semoga Skripsi ini dapat menjadi langkah awal dan bermanfaat dalam menambah ilmu serta wawasan bagi kita, khususnya dibidang kesehatan.

Bukittinggi, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Mobilisasi dini	9
B. Spinal Anestesi	17
C. Fisiologis Berkemih	31
D. Kerangka Teori.....	40
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep.....	41
B. Defenisi Operasional.....	42
C. Hipotesis.....	43
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	44
B. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	45
C. Populasi Dan Sampel.....	45
D. Cara Pengumpulan Data.....	46

	E. Instrument Penelitian.....	47
	F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	47
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Gambaran Umum Penelitian.....	50
	B. Analisis Data univariat.....	51
	C. Analisis Data Bivariat.....	53
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Analisis Univariat.....	55
	B. Analisis Bivariat.....	60
BAB VII	PENUTUP	
	A. Kesimpulan.....	63
	B. Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
3.1	Defenisi Operasional.....	42
5.1	Distribusi frekwensi rata-rata jumlah urine Pretest pada kelompok eksperimen.....	51
5.2	Distribusi frekwensi rata-rata jumlah urine Posttest pada kelompok eksperimen.....	51
5.3	Distribusi frekwensi rata-rata jumlah urine Pretest pada kelompok Kontrol.....	52
5.4	Distribusi frekwensi rata-rata jumlah urine Posttest pada kelompok Kontrol.....	52
5.5	Rata-rata perbedaan Jumlah urine pretest dan posttest pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.....	53

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		Halaman
2.1	Kerangka Teori	42
3.1	Kerangka Konsep.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2	Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
Lampiran 3	Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal
Lampiran 4	Lembar Observasi Mobilisasi dini
Lampiran 5	Lembar Observasi Pemulihan kandung kemih
Lampiran 6	Lembaran Konsul
Lampiran 7	Master Tabel
Lampiran 8	Output SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan berarti bahwa penderita dihilangkan kesadarannya, dilukai, dan dibuka. Pada setiap pembedahan diperlukan upaya untuk menghilangkan nyeri, keadaan itu disebut anestesi. Obat dan tehnik anestesi pada umumnya dapat mengganggu fungsi nafas, peredaran darah dan system saraf. Analgesik narkotik dan anestesi dapat memperlambat laju filtrasi glomerulus dan mengurangi haluaran urin. Obat farmakologi ini juga merusak impuls sensorik dan motorik yang berjalan diantara kandung kemih, medulla spinalis, dan otak (Syamsuhidayat, 2005).

Klien yang pulih dari anestesi dan analgetik yang dalam seringkali tidak mampu merasakan bahwa kandung kemihnya penuh dan tidak mampu memulai atau menghambat berkemih. Anestesi spinal terutama menimbulkan risiko retensi urin, karena akibat anestesi ini, klien tidak mampu merasakan adanya kebutuhan untuk berkemih dan kemungkinan otot kandung kemih dan otot sfingter juga tidak mampu merespon terhadap keinginan berkemih. Normalnya dalam waktu 6 – 8 jam setelah anestesi, pasien akan mendapatkan kontrol fungsi berkemih secara volunter, tergantung pada jenis pembedahan (Perry & Potter, 2006).

Retensi urin adalah akumulasi urin yang nyata dalam kandung kemih akibat ketidakmampuan pengosongan kandung kemih, sehingga timbul perasaan tegang, tidak nyaman, nyeri tekan pada simpisis, gelisah, dan terjadi

diaphoresis (berkeringat). Tanda-tanda utama retensi urin akut adalah tidak adanya haluaran urin selama beberapa jam dan terdapat distensi kandung kemih. Klien yang berada di bawah pengaruh anestesi atau analgetik mungkin hanya merasakan adanya tekanan, tetapi klien yang sadar akan merasakan nyeri hebat karena distensi kandung kemih melampaui kapasitas normalnya. Pada retensi urin, kandung kemih dapat menahan 2000 – 3000 ml urin. Retensi urin dapat terjadi akibat obstruksi uretra, trauma bedah, perubahan stimulasi saraf sensorik dan motorik kandung kemih, efek samping obat dan ansietas (Perry & Potter, 2006).

Akibat lanjut retensi urin, buli-buli akan mengembang melebihi kapasitas maksimal sehingga tekanan di dalam lumennya dan tegangan dari dindingnya akan meningkat. Bila keadaan ini dibiarkan berlanjut, tekanan yang meningkat di dalam lumen akan menghambat aliran urin dari ginjal dan ureter sehingga terjadi *hidroureter* dan *hidronefrosis* dan lambat laun terjadi gagal ginjal. Retensi urin juga menjadi penyebab terjadinya infeksi saluran kemih (ISK) dan bila ini terjadi dapat menimbulkan gawat yang serius seperti *pielonefritis* dan *urosepsis*.

Pemasangan kateter merupakan solusi yang paling sering dilakukan untuk mengosongkan kandung kemih pasien yang mengalami retensi. Pemasangan kateter pada anestesi spinal dianjurkan jika operasi berlangsung lama yaitu operasi yang dilakukan lebih dari 120 menit (Widman, 2008). Reeves (2001) menegaskan bahwa kateterisasi perkemihan adalah penyebab utama infeksi saluran kemih. Akibat pemasangan kateter kejadian bakteri urin makin meningkat, baik pada pemakaian kateter pertama kali, maupun pemakaian

kateter berulang secara bermakna, walaupun pemakaiannya dengan cara yang aseptik. Menurut Brunner dan Suddart (2002), lebih dari sepertiga dari seluruh infeksi yang didapat dari rumah sakit adalah infeksi saluran kemih, sebagian besar infeksi ini disebabkan oleh beberapa prosedur infasif pada saluran kemih berupa kateterisasi.

Beberapa tindakan pencegahan retensi urin pasca anestesi spinal adalah membatasi asupan cairan, mobilisasi dini, kompres hangat di supra pubik, dan penggunaan obat anestesi spinal. Mobilisasi merupakan tindakan mandiri bagi seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien pasca bedah. Banyak keuntungan yang dapat diraih dari latihan dini pasca bedah, diantaranya peningkatan kecepatan kedalaman pernafasan, peningkatan sirkulasi, peningkatan berkemih dan metabolisme (Taylor, 1997).

Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2006). Mobilisasi dini menurut Carpenito (2000) adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Pasien khawatir jika tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan. Pergerakan pada masa pemulihan akan mempercepat

pencapaian level kondisi seperti pra pembedahan. Ini tentu akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi stress psikis. Pada saat awal pergerakan fisik bisa dilakukan diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan (Kusmawan, 2011).

Tujuan dari mobilisasi menurut teori Susan J. Garison (2004) antara lain: mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi alvi dan urin, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian, memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau komunikasi.

Pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik (Kusmawan, 2011).

Keberhasilan mobilisasi dini dalam mempercepat pemulihan pasca pembedahan telah dibuktikan oleh Wiyono (2006) dalam penelitiannya terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca pembedahan. Dimana

hasil penelitiannya mengatakan bahwa mobilisasi diperlukan bagi pasien pasca pembedahan untuk membantu mempercepat pemulihan usus dan mempercepat penyembuhan pasien. Hasil penelitian Chandrasekaran, dkk (2007) mengemukakan bahwa mobilisasi dini pada 24 jam pertama setelah *Total Knee Replacemen* (TKR) adalah cara yang murah dan efektif untuk mengurangi timbulnya thrombosis vena dalam pasca operasi. Dimana thrombosis vena merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasca pembedahan akibat sirkulasi yang tidak lancar. Penelitian Suetta, Magnusson, dan Kjaer (2007) juga berpendapat dalam penelitiannya dikemukakan bahwa latihan peningkatan kekuatan otot merupakan metode yang efektif untuk mengembalikan fungsi otot pada pasien pasca operasi. Mobilisasi yang dilakukan 2 jam pertama lebih efektif dilakukan dari pada 6 jam pasca pembedahan (Israfi, 2010).

Di RSUD Padang Panjang dari catatan Medical Record (MR) belum ada tercatat jumlah pasien yang mengalami retensi urin akibat komplikasi pembedahan, namun dari buku laporan perawat Ruang Bedah yang dilihat pada 3 bulan terakhir yaitu pada bulan Agustus – Oktober 2015, didapatkan jumlah pasien yang mengalami retensi urin pasca pembedahan dengan anestesi spinal yaitu 54 orang dari 65 orang pasien. Informasi dari 5 orang perawat pelaksana yang dinas di Ruang bedah mengatakan retensi urin sering pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal dibandingkan dengan anestesi umum dan belum ada protap untuk pencegahan retensi urin pasca pembedahan. Tindakan pengompresan pada simpisis dan mobilisasi sering dilakukan sebagai usaha untuk mengatasi retensi urin, namun jarang sekali

memberikan hasil karena dilakukan ketika pasien sudah mengeluh tidak mampu untuk berkemih

Hasil observasi dan wawancara terhadap pasien di Ruang Bedah pada tanggal 27 Oktober 2015 terhadap 6 orang pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal, 5 diantaranya mengalami retensi urin setelah 8 jam pasca pembedahan. Mereka mengatakan pada hari pertama pasca pembedahan dianjurkan berbaring telentang saja pakai bantal selama 6 – 12 jam. Informasi dari dokter anestesi, posisi ini berguna untuk mengurangi komplikasi sakit kepala pasca anestesi spinal di samping obat-obatan analgetik yang diberikan.

Berdasarkan fenomena di atas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di Ruang bedah RSUD Padang Panjang

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal sebelum dilakukan mobilisasi dini (pretest) di ruang Bedah RSUD Padang Panjang Pada kelompok eksperimen.
- b. Untuk mengetahui pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal setelah dilakukan mobilisasi dini (Posttest) di ruang Bedah RSUD Padang Panjang Pada kelompok eksperimen.
- c. Untuk mengetahui pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal sebelum perlakuan/ tidak dilakukan mobilisasi dini (Pretest) di ruang Bedah RSUD Padang Panjang Pada kelompok kontrol.
- d. Untuk mengetahui pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal setelah perlakuan/ tidak dilakukan mobilisasi dini (Posttest) di ruang Bedah RSUD Padang Panjang Pada kelompok kontrol.
- e. Untuk mengetahui perbedaan pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini (pretest dan posttest) di ruang Bedah RSUD Padang Panjang.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Organisasi Profesi

Akan lebih memacu perawat untuk mengoptimalkan asuhan keperawatan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan di ruang bedah dengan anestesi spinal, yang merupakan tindakan mandiri perawat.

2. Bagi peneliti

Akan menambah wawasan dari konsep tentang pelaksanaan mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal.

3. Bagi institusi

Sebagai bahan masukan dan informasi tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal yang dapat digunakan sebagai rujukan dalam penulisan Skripsi selanjutnya.

E. Ruang Lingkup

Dalam penelitian ini, penulis membatasi penelitian hanya untuk mengetahui adanya Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di ruang Bedah RSUD Padang Panjang. Responden yang diteliti adalah pasien pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di Ruang Bedah RSUD Padang Panjang sebanyak 16 orang. Desain penelitian dengan pendekatan *Quasi Eksperimen*, Penelitian ini menggunakan metoda *one group posttest only*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Mobilisasi Dini

1. Pengertian

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Barbara Kozier, 1995). Sebaliknya keadaan imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring (Susan J. Garrison, 2004).

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah 6 jam pertama operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Menurut Carpenito (2000), Mobilisasi Post Operasi merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi Post Operasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi mula – mula berasal dari ambulasi Post Operasi yang merupakan

pengembalian secara berangsur – angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Roper,1996).

2. Tujuan Mobilisasi Post Operasi

Tujuan dari mobilisasi menurut Susan J. Garrison (2002), antara lain :

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- c. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- d. Mempertahankan tonus otot
- e. Memperlancar eliminasi urin
- f. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- g. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

3. Macam-macam Mobilisasi

Menurut Bayer dan Dubes (1997) mobilisasi dibagi menjadi 2 (dua), yaitu:

- a. Mobilisasi penuh

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

b. Mobilisasi sebagian

Pasien yang mengalami mobilisasi sebagian umumnya mempunyai gangguan syaraf sensorik maupun motorik pada area tubuh. Mobilisasi sebagian dapat dibedakan menjadi:

- 1) Mobilisasi temporer yang disebabkan oleh trauma reversibel pada sistim muskuloskeletal seperti dislokasi sendi dan tulang
- 2) Mobilisasi permanen biasanya disebabkan oleh rusaknya sistim syaraf yang reversibel.

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi mobilisasi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi menurut Barbara Kozier (1995), antara lain:

a. Gaya Hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

b. Proses Penyakit dan *injury*

Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya; seorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit/nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lamban. Ada kalanya klien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu.

c. Kebudayaan

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

d. Tingkat energi

Seseorang melakukan mobilisasi jelas membutuhkan energi atau tenaga. Orang yang sedang sakit akan berbeda mobilitasnya dibandingkan dengan orang dalam keadaan sehat.

e. Usia dan status perkembangan

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja.

5. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2000) dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu :

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien

b. Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

c. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

6. Manfaat Mobilisasi Post Operasi

Menurut Mochtar (1998), manfaat mobilisasi bagi pasien post operasi adalah :

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

7. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Menambah rasa sakit
- c. Badan menjadi pegal dan kaku

- d. Kulit menjadi lecet dan luka
- e. Memperlama perawatan dirumah sakit

8. Kontra Indikasi Mobilisasi

Pada pasien tertentu baiknya mobilisasi tidak terlalu lama bahkan baiknya tidak dilakukan mobilisasi, seperti pasien dengan ;

- a. Miokard akut,
- b. Disritmia jantung,
- c. syok sepsis,
- d. kelemahan umum dengan tingkat energi yang kurang.

9. Tahap-tahap Mobilisasi Post Operasi

Sebagai pedoman pelaksanaan sebelum melakukan tindakan mobilisasi sebaiknya dilakukan penilaian toleransi aktifitas sangat penting terutama pada klien dengan gangguan kardiovaskuler seperti Angina pektoris, Infark Miocard atau pada klien dengan immobiliasi yang lama akibat kelumpuhan. Tanda - tanda yang di kaji pada intoleransi aktifitas antara lain:

- a. Denyut nadi frekuensinya mengalami peningkatan, irama tidak teratur
- b. Tekanan darah biasanya terjadi penurunan tekanan sistol/hipotensi orthostatic
- c. Pernafasan terjadi peningkatan frekuensi, pernafasan cepat dangkal
- d. Warna kulit dan suhu tubuh terjadi penurunan
- e. Kecepatan dan posisi tubuh disini akan mengalami kecepatan aktifitas dan ketidak stabilan posisi tubuh
- f. Status emosi labil.

Menurut Kasdu (2003) mobilisasi Post Operasi dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi Post Operasi pada pasien post operasi:

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien pasca operasi seksio sesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi Post Operasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
- b. Setelah 6-10 jam, diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.
- c. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar berjalan

Sedangkan Menurut Beyer and Dubes, 1997:

- a. Tahap I : mobilisasi atau gerakan awal : nafas dalam dan batuk, ekstremitas
- b. Tahap II : mobilisasi atau gerak berputar
- c. Tahap III : mobilisasi atau gerakan duduk tegak
- d. Tahap IV : mobilisasi atau gerakan turun dari tempat tidur (3x/hr)
- e. Tahap V : mobilisasi atau gerakan berjalan dengan bantuan (2x/hr)
- f. Tahap VI : mobilisasi atau gerakan naik ke tempat tidur

- g. Tahap VII : mobilisasi atau gerakan bangkit dari duduk ditempat tidur.

10. Latihan Mobilisasi Pada Pasien Pasca Pembedahan

Mobilisasi pasca pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Muchtar (1998), meliputi :

- a. Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.
- b. Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
- c. Pada hari ke 3 - 5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar

11. Dampak imobilisasi :

Menurut (Potter dan Perry (2006)) Seorang klien jika tidak melakukan mobilisasi dapat mengganggu fungsi metabolik normal, yaitu: laju metabolik, metabolisme karbohidrat, lemak, protein, ketidakseimbangan mineral dan elektrolit, ketidak seimbangan kalsium,dan gangguan pencernaan.keberadaan proses infeksi pada pasien yang tidak melakukan mobilisasi mengalami peningkatan BMR (Basal Metabolik Rate)

diakibatkan karena demam atau penyembuhan luka. Demam dan penyembuhan luka meningkatkan kebutuhan oksigen seluler. Pada klien yang tidak melakukan mobilisasi juga terjadi penurunan sirkulasi volume cairan, penggumpalan darah pada ekstermitas bawah, dan penurunan respon otonom. Faktor-faktor tersebut mengakibatkan penurunan aliran balik vena, diikuti oleh penurunan curah jantung yang terlihat pada tekanan darah.

B. Spinal Anestesi

SubArachnoid Blok merupakan salah satu teknik anestesi regional dengan cara penyuntikan obat anestesi local ke dalam ruang subarahnoid dengan tujuan untuk mendapatkan analgesi setinggi dermatom tertentu dan relaksasi otot rangka

1. Anatomi

- a. Kolumna vertebralis terdiri dari 7 vertebra servikalis, 12 V thorakalis, 5 V lumbal, 5 V sacral dan 4 V coccygeus
- b. Disatukan oleh ligamentum vertebralis membentuk kanalis spinalis dimana medulla spinalis terdapat didalamnya
- c. Kanalis spinalis terisi oleh medulla spinalis dan pembungkusnya (meningen), jaringan lemak, dan pleksus venosus
- d. Sebagian besar vertebra memiliki corpus vertebra, 2 pedikel dan 2 lamina

- e. Kolumna vertebralis bila dilihat dari lateral berbentuk seperti kurva, pada posisi supine titik tertinggi terletak pada V C5 dan V L4-5 sedangkan terendah pada V Th5 dan V S2

Kolumna vertebralis dibagi menjadi tiga bagian:

- 1) Kolumna vertebralis anterior, dibentuk oleh
- 2) Ligamentum longitudinalis anterior
- 3) Annulus fibrosus discus intervertebralis anterior
- 4) Corpus vertebralis bagian anterior

Kolumna vertebralis media, dibentuk oleh

- 1) Ligamentum longitudinalis posterior
- 2) Anulus fibrosus discus intervertebralis posterior
- 3) Corpus vertebralis bagian media
- 4) Kolumna vertebralis posterior, dibentuk oleh
- 5) Arcus posterior
- 6) Ligamentum supraspinosum (ligamentum nuchae pada vertebra servikalis)
- 7) Ligamentum interspinosum
- 8) Ligamentum flavum

Untuk menjaga dan mempertahankan medulla spinalis seluruh vertebra dilapisi oleh beberapa ligamentum

1. Tiga ligamentum yang akan dilalui pada prosedur spinal anestesi teknik midline adalah ligamentum supraspinosum, ligamentum interspinosum dan ligamentum flavum

2. Ligamentum interspinosum bersifat elastis, pada L3-4, panjangnya sekitar 6 mm dan pada posisi fleksi maksimal menjadi 12 mm
3. Ligamentum flavum merupakan ligamentum terkuat dan tebal, diservikal tebalnya sekitar 1,5-3 mm, thorakal 3-6 mm sedangkan daerah lumbal sekitar 5-6 mm
4. Medulla spinalis dibungkus oleh tiga jaringan ikat yaitu durameter, arakhnoid, dan piameter yang membentuk tiga ruangan yaitu ; ruang epidural, subdural dan subarachnoid
5. Ruang subarachnoid adalah ruang yang terletak antara arakhnoid dan piameter
6. Ruang subarachnoid terdiri dari trabekel, saraf spinalis, dan cairan serebrospinal
7. Ruang subdural merupakan suatu ruangan yang batasnya tidak jelas, yaitu ruangan potensial yang terletak antara dura dan membrane arakhnoid
8. Ruang epidural didefinisikan sebagai ruangan potensial yang dibatasi oleh durameter dan ligamentum flavum
9. Medulla spinalis secara normal hanya sampai level vertebra L1 atau L2 pada orang dewasa. Pada anak-anak medulla spinalis berakhir pada level L3
10. Dibawah level ini elemen saraf berupa akar-akar saraf yang keluar dari conus medularis yang sering disebut dengan cauda equine terendam dalam cairan serebrospinal
11. Spinal anestesi biasanya diinjeksikan pada level yang lebih rendah dari L2 untuk menghindari trauma pada medulla spinalis

12. Pada level dibawah L2 serabut saraf lebih mobile, melayang-layang sehingga terhindar dari trauma jarum spinal

13. Sacus dura, ruang subarakhnoid dan subdural biasanya mencapai S2 pada dewasa dan sering sampai S3 pada anak-anak

2. Blood Suply

a. Medulla spinalis mendapat suplai darah dari Arteri. vertebral, a. servikal, a. interkostal dan a. lumbal

b. Cabang spinal ini terbagi ke dalam a. radikularis posterior dan anterior yang berjalan sepanjang saraf menjangkau medulla dan membentuk pleksus arteri di dalam piameter

3. Spinal Nervus

a. Saraf spinalis ada 31 pasang yaitu 8 servikal, 12 thorakal, 5 lumbal, 5 sakral dan 1 koksigeal

b. Pada spinal anestesi, paralysis motorik mempengaruhi gerakan bermacam sendi dan otot

F. Sistem saraf otonom

1. System saraf simpatis

Serabut saraf preganglion meninggalkan medulla spinalis melalui radiks saraf ventralis T1-L2. Pada bagian servikal kumpulan ganglia ini menyusun ganglia servikalis superior, media dan stellat ganglia. Pada thorak, rangkaian simpatis ini membentuk saraf splanknikus yang menembus diafragma untuk mencapai ganglia dalam pleksus koeliak dan pleksus oartikorenal. Didalam abdomen rangkaian simpatis ini berhubunagn dengan pleksus koeliak, pleksus aorta dan pleksus

hypogastrik. Rangkaian ini berakhir dipelvis pada permukaan anterior sacrum. Serabut-serabut saraf post ganglionik yang tidak bermielin terdistribusi luas pada seluruh organ yang menerima suplai saraf simpatis. Daerah viscera menerima serabut postganglionic sebagian besar langsung melalui cabang yang meninggalkan pleksus-pleksus besar

2. System saraf parasimpatis

Saraf eferen dan aferen dari system saraf simpatis berjalan melalui nervus intracranial dan nervus sakralis ke 2,3,4. Nervus vagus merupakan saraf cranial paling penting yang membawa saraf eferen parasimpatis. Mereka dirangsang dengan sensasi seperti lapar, mual, distensi vesika, kontraksi uterus. Berbagai macam nyeri disalurkan melalui saraf ini seperti kolik atau nyeri melahirkan. Nervus vagus menginervasi jantung, paru, esophagus dan traktus gastrointestinal bagian bawah sampai ke kolon transversum. Saraf simpatis sacral bersama saraf simpatis didistribusikan pada usus bagian bawah kolon transversum, vesika urinaria, spincter dan organ reproduksi

3. Blokade somatic

- a. Dengan menghambat transmisi impuls nyeri dan menghilangkan tonus otot rangka
- b. Blok sensoris menghambat stimulus nyeri somatic atau visceral sementara blok motorik menyebabkan relaksasi otot
- c. Efek enstetik local pada serabut asaraf bervariasi tergantung dari ukuran serabut saraf tersebut dan apakah serabut tersebut bermielin atau tidak serta konsentrasi obat dan lamanya kontak

4. Blokade Otonom

- a. Hambatan pada serabut eferen transmisi otonom pada akar saraf spinal menimbulkan blockade simpatis dan beberapa blok parasimpatis
- b. Simpatis outflow berasal dari segmen thorakolumbal sedangkan parasimpatis dari craniosacral
- c. Serabut saraf simpatis preganglion terdapat dari T1 sampai L2 sedangkan serabut parasimpatis preganglion keluar dari medulla spinalis melalui serabut cranial dan sacral
- d. Perlu diperhatikan bahwa blok subarachnoid tidak memblok serabut saraf vagal. Selain itu blok simpatis mengakibatkan ketidakseimbangan otonom dimana parasimpatis menjadi lebih dominant
- e. Beberapa laporan menyebutkan bahwa bias terjadi aritmia sampai cardiac arrest selama anestesi spinal. Hal ini terjadi karena vagotonia yaitu peningkatan tonus parasimpatis nervus vagus

5. Cerebrospinal Fluid

- a. Serabut saraf maupun medulla spinalis terendam dalam LCS yang merupakan hasil ultrafiltrasi dari darah dan diekskresi oleh plexus choroideus pada ventrikel lateral, ventrikel III dan ventrikel IV
- b. Produksinya konstan rata-rata 500 ml/hari tetapi sebanding dengan absorpsinya

- c. Volume total LCS sekitar 130-150 ml, terdiri dari 60-75 ml di ventrikel, 35-40 ml sebagai cadangan otak dan 25-30 ml di ruang subarakhnoid

6. Mekanisme Nyeri

Tujuan utama pada SAB adalah bebas nyeri dengan cara memblokir penyaluran impuls nyeri pada tingkat transmisi sehingga tidak terjadi persepsi nyeri di otak. Nyeri timbul sebagai akibat serangkaian peristiwa yang terjadi di nosiseptor atau diserabut saraf perifer atau sentral. Nyeri dapat ditimbulkan karena adanya stimulus baik itu fisik, thermal, atau kimia

Perjalanan nyeri atau nosisepsi terdiri dari 4 elemen yaitu :

- a. transduksi
- b. transmisi
- c. modulasi
- d. persepsi

6. Efek terhadap kardiovaskuler

- a. tonus vasomotor dipengaruhi oleh serabut simpatis dari T5 sampai L1 yang mensarafi otot polos arteri dan vena
- b. penurunan tekanan darah, penurunan detak jantung dan kontraktilitas jantung
- c. efek ini proporsional dengan derajat simpatektomi
- d. efek kardiovaskuler dari neuroaxial blok ini mirip dengan efek yang dihasilkan dari kombinasi alfa 1 bloker dan beta bloker dimana detak jantung dan tekanan darah turun

- e. efek dari vasodilatasi arterial dapat diminimalisasi oleh kompensasi vasokonstriksi diatas level dari blok
- f. efek kardiovaskuler yang merugikan ini dapat diantisipasi dengan memberikan loading cairan kristaloid 10-12 ml/KgBB
- g. vasopresor efedrin yang memiliki efek langsung beta adrenergic dapat diberikan untuk meningkatkan denyut jantung, kontraktilitas serta efek tidak langsung dengan menyebabkan vasokonstriksi

7. Komplikasi Spinal Anestesi

1. Komplikasi dini

a. Hipotensi

- 1) paling sering terjadi dengan derajat bervariasi dan bersifat individual
- 2) mungkin akan lebih berat pada pasien dengan hipovolemia
- 3) biasanya terjadi pada menit ke 20 setelah injeksi obat local anestesi
- 4) derajat hipotensi berhubungan dengan kecepatan masuknya obat local anestesi ke dalam ruang sub arakhnoid dan meluasnya blok simpatis

b. Hipovolemia

- 1) dapat menyebabkan depresi serius system kardiovaskuler selama spinal anestesi karena pada hipovolemia tekanan darah dipelihara dengan peningkatan simpatis yang menyebabkan vasokonstriksi perifer

- 2) merupakan kontra indikasi relative anestesi spinal, tetapi jika normovolemi dapat dicapai dengan penggantian volume cairan maka spinal anestesi bias dikerjakan

c. Blok spinal tinggi /total

- 1) total spinal : blockade medulla spinalis sampai ke servikal oleh suatu obat local anestesi
- 2) factor pencetus : pasien mengejan, dosis obat local anestesi yang digunakan, posisi pasien terutama bila menggunakan obat hiperbarik
- 3) sesak napas dan sukar bernapas merupakan gejala utama dari blok spinal tinggi
- 4) sering disertai mual, muntah, precordial discomfort dan gelisah
- 5) apabila blok semakin tinggi penderita menjadi apnea, kesadaran menurun disertai hipotensi yang berat dan jika tidak ditolong akan terjadi henti jantung
- 6) Penanganan
 - a) usahakan jalan napas tetap bebas, kadang diperlukan bantuan napas lewat face mask
 - b) jika depresi pernapasan makin berat perlu segera dilakukan intubasi endotrakeal dan control ventilasi untuk menjamin oksigenasi yang adekuat
 - c) bantuan sirkulasi dengan dekompresi jantung luar diperlukan bila terjadi henti jantung

- d) pemberian cairan kristaloid 10-20 ml/kgBB diperlukan untuk mencegah hipotensi
- e) jika hipotensi tetap terjadi atau jika pemberian cairan yang agresif harus dihindari maka pemberian vasopresor merupakan pilihan seperti adrenalin dan sulfas atropin

d. mual dan muntah

Mual Muntah, terjadi karena

- 1) hipotensi
 - 2) adanya aktifitas parasimpatis yang menyebabkan peningkatan peristaltik usus
 - 3) tarikan nervus dan pleksus khususnya Nervus vagus
 - 4) adanya empedu dalam lambung oleh karena relaksasi pylorus dan spincter ductus biliaris
 - 5) factor psikologis
 - 6) hipoksia
 - 7) Penanganan
 - a) untuk menangani hipotensi : loading cairan 10-20 ml?kgBB kristaloid atau
 - b) pemberian bolus efedrin 5-10 mg iv
 - c) oksigenasi yang adekuat untuk mengatasi hipoksia
 - d) dapat juga diberikan anti emetik
- e. Penurunan panas tubuh/ Shivering (penurunan panas tubuh)
- 1) sekresi katekolamin ditekan sehingga produksi panas oleh metabolisme berkurang

2) vasodilatasi pada anggota tubuh bawah merupakan predisposisi terjadinya hipotermi

3) Penanganan: Pemberian suhu panas dari luar dengan alat pemanas

2. Komplikasi lanjut

a) Post dural Puncture Headache (PDPH)

disebabkan adanya kebocoran LCS akibat tindakan penusukan jaringan spinal yang menyebabkan penurunan tekanan LCS, akibatnya terjadi ketidakseimbangan pada volume LCS dimana penurunan volume LCS melebihi kecepatan produksi. LCS diproduksi oleh pleksus choroideus yang terdapat dalam system ventrikel sebanyak 20 ml per jam. Kondisi ini akan menyebabkan tarikan pada struktur intracranial yang sangat peka terhadap nyeri yaitu pembuluh darah, saraf, falk serebri dan meningen dimana nyeri akan timbul setelah kehilangan LCS sekitar 20 ml. Nyeri akan meningkat pada posisi tegak dan akan berkurang bila berbaring, hal ini disebabkan pada saat berdiri LCS dari otak mengalir ke bawah dan saat berbaring LCS mengalir kembali ke rongga tengkorak dan akan melindungi otak sehingga nyeri berkurang

PDPH ditandai dengan:

- 1) Nyeri kepala yang hebat
- 2) Pandangan kabur dan diplopia
- 3) Mual dan muntah
- 4) Penurunan tekanan darah
- 5) Onset terjadinya adalah 12-48 jam setelah prosedur spinal anestesi

Pencegahan dan Penanganan:

- a. Hidrasi dengan cairan yang kuat
- b. Gunakan jarum sekecil mungkin (dianjurkan < 24) dan menggunakan jarum non cutting pencil point
- c. Hindari penusukan jarum yang berulang-ulang
- d. Tusukan jarum dengan bevel sejajar serabut longitudinal durameter
- e. Mobilisasi seawal mungkin
- f. Gunakan pendekatan paramedian
- g. Jika nyeri kepala tidak berat dan tidak mengganggu aktivitas maka hanya diperlukan terapi konservatif yaitu bedrest dengan posisi supine, pemberian cairan intravena maupun oral, oksigenasi adekuat
- h. Pemberian sedasi atau analgesi yang meliputi pemberian kafein 300 mg peroral atau kafein benzoate 500 mg iv atau im, asetaminofen atau NSAID
- i. Hidrasi dan pemberian kafein membantu menstimulasi pembentukan LCS
- j. Jika nyeri kepala menghebat dilakukan prosedur khusus Epidural

Blood Patch:

- 1) Baringkan pasien seperti prosedur epidural
- 2) Ambil darah vena antecubiti 10-15 ml
- 3) Dilakukan pungsi epidural kemudian masukan darah secara pelan-pelan
- 4) Pasien diposisikan supine selama 1 jam kemudian boleh melakukan gerakan dan mobilisasi

5) Selama prosedur pasien tidak boleh batuk dan menghejan

3. Nyeri punggung (Backache)

Nyeri ini tidak berbeda dengan nyeri yang menyertai anestesi umum, biasanya bersifat ringan sehingga analgetik post operatif biasanya bias menutup nyeri ini. Relaksasi otot yang berlebih pada posisi litotomi dapat menyebabkan ketegangan ligamentum lumbal selama spinal anestesi. Rasa sakit punggung setelah spinal anestesi sering terjadi tiba-tiba dan sembuh dengan sendirinya setelah 48 jam atau dengan terapi konservatif. Adakalanya spasme otot paraspinosus menjadi penyebab. Penanganan Dapat diberikan penanganan dengan istirahat, psikologis, kompres panas pada daerah nyeri dan analgetik antiinflamasi yang diberikan dengan benzodiazepine akan sangat berguna

4. Meningitis

Munculnya bakteri pada ruang subaraknoid tidak mungkin terjadi jika penanganan klinis dilakukan dengan baik. Meningitis aseptic mungkin berhubungan dengan injeksi iritan kimiawi dan telah dideskripsikan tetapi jarang terjadi dengan peralatan sekali pakai dan jumlah larutan anestesi murni local yang memadai. Pencegahan Dapat dilakukan dengan menggunakan alat-alat dan obat-obatan yang betul-betul steril. Menggunakan jarum spinal sekali pakai. Pengobatan dengan pemberian antibiotika yang spesifik

5. Retensi urine

Blockade sentral menyebabkan atonia vesika urinaria sehingga volume urine di vesika urinaria jadi banyak. Blockade simpatis eferen (T5-L1)

menyebabkan kenaikan tonus sfingter yang menghasilkan retensi urin. Spinal anestesi menurunkan 5 -10% filtrasi glomerulus, perubahan ini sangat tampak pada pasien hipovolemia. Retensi post spinal anestesi mungkin secara moderat diperpanjang karena S2 dan S3 berisi serabut-serabut ototonomik kecil dan paralisisnya lebih lama daripada serabut-serabut yang lebih besar

6. Spinal hematoma

Meski angka kejadiannya kecil, spinal hematoma merupakan bahaya besar bagi klinis karena sering tidak mengetahui sampai terjadi kelainan neurologist yang membahayakan. Terjadi akibat trauma jarum spinal pada pembuluh darah di medulla spinalis. Dapat secara spontan atau ada hubungannya dengan kelainan neoplastik. Hematom yang berkembang di kanalis spinalis dapat menyebabkan penekanan medulla spinalis yang menyebabkan iskemik neurologist dan paraplegi.

Tanda dan gejala tergantung pada level yang terkena, umumnya meliputi :

- a. mati rasa
- b. kelemahan otot
- c. kelainan BAB
- d. kelainan sfingter kandung kemih
- e. sakit pinggang yang berat

Factor resiko : abnormalitas medulla spinalis, kerusakan hemostasis, kateter spinal yang tidak tepat posisinya, kelainan vesikuler, penusukan berulang-ulang. Apabila ada kecurigaan maka pemeriksaan MRI, myelografi harus segera dilakukan dan dikonsultasikan ke ahli saraf.

Banyak perbaikan neurologist pada pasien spinal hematoma yang segera mendapatkan dekompresi pembedahan (laminektomi) dalam waktu 8-12 jam

7. kehilangan penglihatan pasca operasi

a. Neuropati optik iskemik anterior (NOIA)

Penyebabnya karena proses infark pada watershed zone diantara daerah yang mendapat distribusi darah dari cabang kecil arteri siliaris posterior brevis dalam koroid kapiler

b. Neuropati optik iskemik posterior (NOIP)

Penyebabnya gangguan suplai oksigen pada posterior dari n. optikus diantara foramen optikum pada apeks orbita dan pada tempat masuknya arteri retina sentralis dimana n. optikus sangat rentan terhadap iskemi

G. Buta kortikal

Terjadi karena emboli atau proses obstruksi yang berlangsung lambat, hipotensi berat, antijantung yang akan berakibat infark pada watershed zone parietal dan oksipital

H. Oklusi arteri sentralis (CRAO)

Sering disebabkan oleh emboli yang terbentuk dan plak aterosklerotik yang berulserasi pada arteri karotis ipsilateral

I. Obstruksi vena optalmika sentralis (CRVO)

Dapat terjadi pada intraoperatif jika posisi pasien akan menyebabkan penekanan pada bagian luar mata

Pencegahan

- a. Mencegah penekanan pada bola mata selama intaroperatif
- b. Meminimalkan terjadinya mikro dan makro emboli selama cardiopulmonary bypass
- c. Mempertahankan nilai hematokrit pada batas normal
- d. Menjaga tekanan darah agar stabil

C. Fisiologis Berkemih

1. Definisi Fungsi Eliminasi

Fungsi eliminasi yaitu proses fisiologis tubuh untuk mengeluarkan sisa-sisa zat yang tidak diperlukan oleh tubuh untuk mencapai keseimbangan (homeostasis). Hal yang berkaitan dengan fungsi eliminasi, antara lain:

- a. Hemostatis internal.
- b. Keseimbangan asam basa tubuh.
- c. Pengeluaran sisa metabolisme.

2. Cara-cara Fungsi Eliminasi

- a. Urin melalui uretra
- b. Faeces melalui anus
- c. Keringat melalui kulit
- d. Gas CO₂ dan uap air melalui paru-paru

3. Organ Sistem Urinaria

- a. Ginjal
- b. Ureter
- c. Trigonum
- d. Hubungan ureter-vesika

e. Vesika urinaria (*Bladder*)

f. Uretra

4. Vesika urinaria (*bladder*)

Vesika urinaria (*bladder*) disebut juga kandung kemih terdiri atas 2 bagian, yaitu daerah fundus dan leher kandung kemih. Bagian leher kandung kemih disebut juga uretra posterior karena berhubungan dengan uretra. Mukosa kandung kemih dilapisi oleh epitel transisional yang mengandung ujung-ujung saraf sensoris. Di bawahnya terdapat lapisan sub mukosa yang sebagian besar tersusun dari jaringan ikat dan jaringan elastin. Otot polos kandung kemih adalah otot detrusor yang terdiri dari lapisan otot longitudinal pada lapisan luar dan dalam sedangkan otot sirkuler pada bagian tengahnya. Otot detrusor melanjutkan perjalanannya ke arah uretra membentuk suatu "pipa" yang disebut *bladder neck*. Kandung kemih berbentuk oblik untuk menghindari urin kembali keatas.

5. Uretra

Uretra merupakan organ yang berfungsi untuk menyalurkan urin keluar dari tubuh. Fungsi uretra pada pria dan wanita berbeda. Pada wanita, uretra berfungsi hanya untuk menyalurkan urin keluar dari tubuh dengan panjang ± 4 cm. Sedangkan pada pria, uretra sebagai pengalihan urin dan sebagai organ reproduksi dengan panjang 18-20 cm. Sementara itu, sfingter uretra dibentuk oleh serat-serat otot lurik. Peranannya adalah untuk menahan upaya berkemih sementara waktu atau segera menghentikan proses berkemih bila dikehendaki.

6. Fisiologis Fungsi Berkemih

Kandung kemih adalah organ penampung urin. Selain itu, berfungsi pula mengatur pengeluarannya. Proses berkemih dimulai dari Secara fisiologis, kandung kemih dapat menimbulkan rangsangan pada saraf apabila volume urin pada kandung kemih berisi $\pm 250 - 450$ ml (dewasa) dan 200-250 ml (anak-anak). Secara normal, urin orang dewasa diproduksi oleh ginjal secara terus menerus pada kecepatan ± 120 ml/jam (1200 ml/hari) atau 25 % dari curah jantung. Volume urin normal minimal adalah 0,5-1 ml/kgBB/jam, dimana produksi urin dikatakan abnormal atau jumlah sedikit diproduksi oleh ginjal (oliguria) adalah sekitar 100 – 500 ml/hari. Fisiologi fungsi berkemih juga tergantung pada status dehidrasi individual. Untuk rata-rata individu dewasa dengan aktivitas ringan, *National Research Council* Amerika Serikat merekomendasikan kebutuhan air sebanyak 1 mL/kkal kebutuhan energi orang dewasa. Kebutuhan energi orang dewasa sekitar ± 2000 kkal, sehingga normalnya perlu intake 2000 mL air per hari. tekanan intramural otot detrusor. Tekanan ini dahulu dianggap semata-mata akibat persarafan, akan tetapi pada penelitian terakhir menunjukkan bahwa tekanan intramural otot detrusor lebih ditentukan oleh keadaan fisik kandung kemih (berisi penuh atau tidak), dimana stimulasi ini diterima oleh *stretch receptor* pada kandung kemih. Otot polos kandung kemih disebut otot detrusor. Serat-serat ototnya meluas ke segala arah dan bila berkontraksi, dapat meningkatkan tekanan dalam kandung kemih menjadi 40 sampai 60 mmHg. Dengan demikian, kontraksi otot detrusor adalah langkah terpenting untuk mengosongkan

kandung kemih. Sel-sel otot polos dari otot detrusor terangkai satu sama lain sehingga timbul aliran listrik berhambatan rendah dari satu sel otot ke sel otot lainnya. Oleh karena itu, potensial aksi dapat menyebar ke seluruh otot detrusor, dari satu sel otot ke sel otot berikutnya, sehingga terjadi kontraksi seluruh kandung kemih dengan segera. Jika kandung kemih terisi cukup dan mengembang, sementara tekanan intravesika tetap, maka sesuai dengan hukum *Laplace*, tekanan intramural otot detrusor akan meningkat. Peningkatan sampai titik tertentu akan merangsang *stretch receptor*, sehingga timbul impuls dari medulla spinalis sakralis 2-3-4 yang akan diteruskan ke pusat refleks berkemih di korteks serebri lobus frontalis pada area detrusor piramidal. Penelitian terakhir menyatakan bahwa kontrol terpenting terutama berasal dari daerah yang disebut *Pontine Micturition Centre*. Sistem ini ditunjang oleh sistem refleks sakralis yang disebut *Sacralis Micturition Centre*. Jika jalur persarafan antara pusat berkemih pontin dan sakralis dalam keadaan baik, maka proses berkemih akan berjalan dengan baik juga. Fungsi kandung kemih normal memerlukan aktivitas yang terintegrasi antara sistem saraf otonom dan somatik. Jalur persarafan yang terdiri dari refleks fungsi detrusor dan refleks sfingter uretra meluas dari lobus frontalis samapi ke medula spinalis bagian sakral, sehingga penyebab dari gangguan fungsi berkemih neurogenik dapat diakibatkan oleh lesi pada berbagai tingkatan jalur persarafan. Proses berkemih menghasilkan serangkaian kejadian berupa relaksasi otot lurik uretra (rhabdosfingter), kontraksi otot detrusor kandung kemih dan pembukaan dari leher kandung kemih dan uretra.

Selain saraf otonom dan somatik, proses berkemih fisiologis juga dipengaruhi oleh rasa tenang dan rasa takut nyeri. Perasaan subyektif ini melibatkan emosi yang diatur oleh sistem limbik pada sistem saraf pusat. Tingkah laku merupakan fungsi sistem saraf pusat yang melibatkan emosi. Tingkah laku khusus yang berhubungan dengan emosi, dorongan motorik dan sensoris bawah sadar, serta perasaan intrinsik mengenai rasa nyeri dan rasa tenang diatur oleh sistem saraf pusat yang dilakukan oleh struktur sub kortikal yang terletak di daerah basal otak yang disebut sistem limbik. Struktur sentral serebri basal dikelilingi korteks serebri yang disebut korteks limbik. Korteks limbik berfungsi sebagai daerah asosiasi untuk pengendalian fungsi tingkah laku tubuh dan penyimpan informasi yang menyimpan informasi mengenai pengalaman seperti rasa tenang, rasa nyeri, nafsu makan, bau, dan sebagainya.

7. Retensi urin

Retensi urin adalah kesulitan berkemih atau miksi karena kegagalan mengeluarkan urin dari kandung kemih atau akibat ketidak-mampuan kandung kemih untuk mengosongkan kandung kemih sehingga menyebabkan distensi kandung kemih atau keadaan ketika seseorang mengalami pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap. Dimana dari beberapa literatur lama waktu dari ketidak-mampuan berkemih spontan serta volume residu urin berbeda-beda. Retensi urin dapat dibagi berdasarkan penyebab lokasi kerusakan saraf, yaitu :

a. Supravesikal

Berupa kerusakan pada pusat miksi di medulla spinalis sakralis S2–4 dan Th1- L1. Kerusakan terjadi pada saraf simpatis dan parasimpatis baik sebagian atau seluruhnya, misalnya : retensi urin karena gangguan persarafan.

b. Vesikal

Berupa kelemahan otot destrusor karena lama teregang, berhubungan dengan - masa kehamilan dan proses persalinan, misalnya : retensi urin akibat iatrogenik, cedera/inflamasi, psikis.

c. Infravesikal

Berupa kekakuan leher vesika, striktur oleh batu kecil atau tumor pada leher vesika urinaria, misalnya : retensi urin akibat obstruksi.

8. Gejala klinis retensi urin

- a. Mengedan bila miksi
- b. Rasa tidak puas sehabis miksi
- c. Frekuensi miksi bertambah
- d. Nokturia atau pancaran kurang kuat
- e. Ketidak nyamanan daerah pubis
- f. Distensi vesika urinaria

9. Patofisiologi retensi urin

Proses berkemih melibatkan dua proses yang berbeda yaitu :

- a. pengisian dan penyimpanan urin, serta
- b. pengosongan urin dari kandung kemih.

Proses ini sering berlawanan dan bergantian secara normal. Aktivitas otot detrusor kandung kemih dalam hal penyimpanan dan pengeluaran urin dikontrol oleh sistem saraf otonom dan somatik. Selama fase pengisian, pengaruh sistem saraf simpatis terhadap kandung kemih menjadi bertekanan rendah dengan meningkatkan resistensi saluran kemih. Penyimpanan urin dikoordinasikan oleh hambatan sistem simpatis dari aktivitas kontraksi otot detrusor yang dikaitkan dengan peningkatan tekanan otot dari leher kandung kemih dan uretra proksimal. Pengeluaran urin secara normal timbul akibat adanya kontraksi yang simultan dari otot detrusor dan relaksasi sfingter uretra. Hal ini dipengaruhi oleh sistem saraf parasimpatis yang mempunyai neurotransmitter utama yaitu asetilkolin. Penyampaian impuls dari saraf aferen ditransmisikan ke saraf sensoris pada ujung ganglion medulla spinalis di segmen S2 - S4 dan selanjutnya sampai ke batang otak. Impuls saraf dari batang otak menghambat aliran parasimpatis dari pusat kemih sakral spinal. Selama fase pengosongan kandung kemih, hambatan pada aliran parasimpatis sakral dihentikan, sehingga timbul kembali kontraksi otot detrusor. Retensi urin post partum paling sering terjadi akibat dissinergis dari otot detrusor dan sfingter uretra. Terjadinya relaksasi sfingter uretra yang tidak sempurna menyebabkan nyeri dan edema. Sehingga ibu post partum tidak dapat mengosongkan kandung kemihnya dengan baik.

10. Penanganan retensi urin

a. *Bladder training*

Bladder training adalah kegiatan melatih kandung kemih untuk mengembalikan pola normal berkemih dengan menstimulasi pengeluaran urin. Dengan *bladder training* diharapkan fungsi eliminasi berkemih spontan pada ibu post partum spontan dapat terjadi dalam 2-6 jam post partum. Ketika kandung kemih menjadi sangat mengembang diperlukan kateterisasi, kateter Foley ditinggal dalam kandung kemih selama 24-48 jam untuk menjaga kandung kemih tetap kosong dan memungkinkan kandung kemih menemukan kembali tonus otot normal dan sensasi. Bila kateter dilepas, pasien harus dapat berkemih secara spontan dalam waktu 2-6 jam. Setelah berkemih secara spontan, kandung kemih harus dikateter kembali untuk memastikan bahwa residu urin minimal. Bila kandung kemih mengandung lebih dari 150 ml residu urin, drainase kandung kemih dilanjutkan lagi. Residu urin setelah berkemih normalnya kurang atau sama dengan 50 ml.

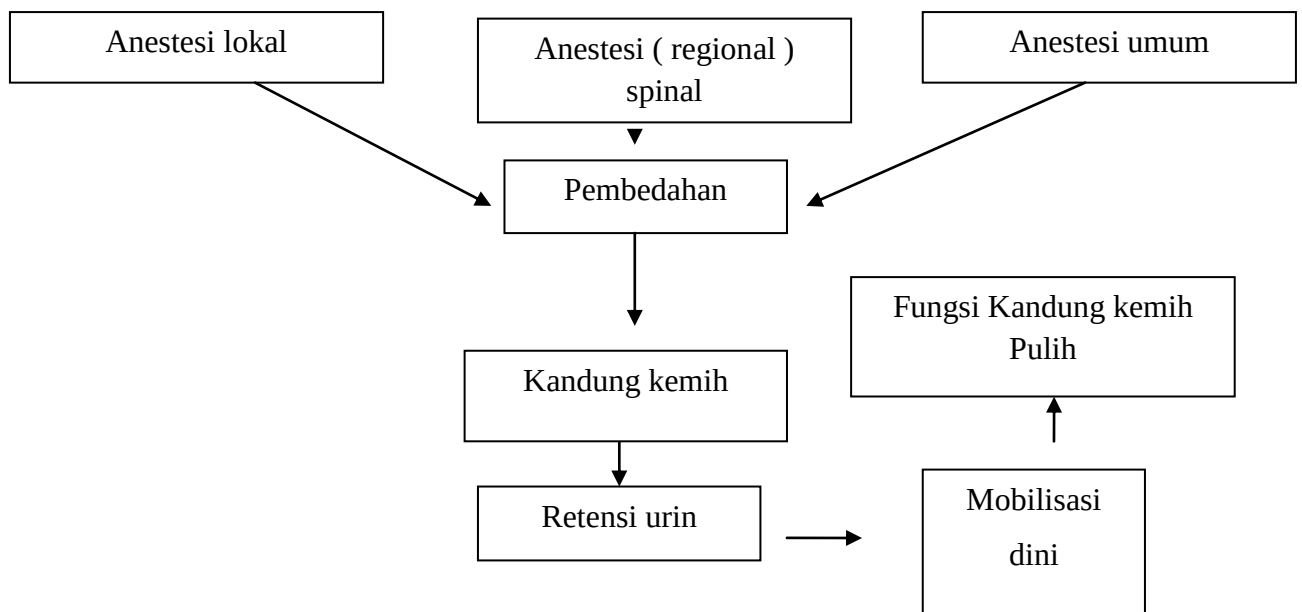
Program latihan *bladder training* meliputi : penyuluhan, upaya berkemih terjadwal, dan memberikan umpan balik positif. Tujuan dari *bladder training* adalah melatih kandung kemih untuk meningkatkan kemampuan mengontrol, mengendalikan, dan meningkatkan kemampuan berkemih.

- a. Secara umum, pertama kali diupayakan berbagai cara yang non invasif agar pasien tersebut dapat berkemih spontan.

- b. Pasien post partum harus sedini mungkin berdiri dan jalan ke toilet untuk berkemih spontan
- c. Terapi medikamentosa
- d. Diberikan uterotonika agar terjadi involusio uteri yang baik. Kontraksi uterus diikuti dengan kontraksi kandung kemih.
- e. Apabila semua upaya telah dikerjakan namun tidak berhasil untuk mengosongkan kandung kemih yang penuh, maka perlu dilakukan kateterisasi urin, jika perlu lakukan berulang

D. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian ini, berikut skema kerangka teori



Skema 2.1

Sumber : Dobson, M (2004) ; Brunner & Suddarth, (2002);Craig Casey, Wf. (1993); Chandrasekaran, Kumar, David. (2009).

BAB III

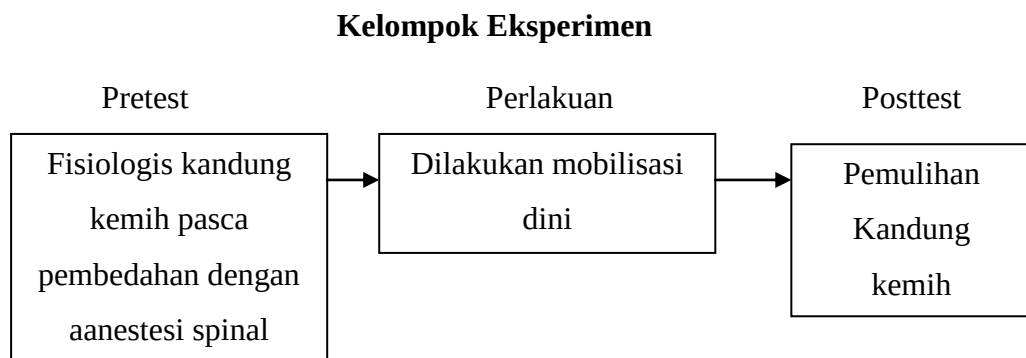
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep

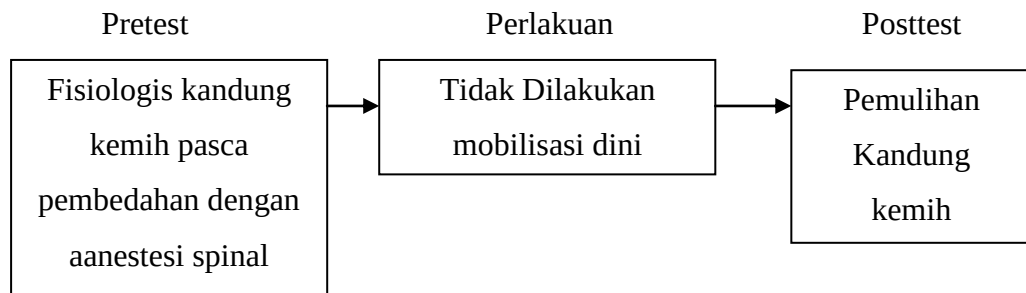
Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seseorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis berapa factor yang dianggap penting untuk membahas saling ketergantungan antara variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang atau akan diteliti (A.a.a Hidayat 2007, p. 62)

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari kerangka teori Grenn yang membahas tentang perilaku kesehatan yang menyatakan bahwa perilaku seseorang tentang kesehatan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang tua atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terebentuknya perilaku (Notoadmodjo 2010, p. 100).

Gambar 3.1
Kerangka Konsep



Kelompok Kontrol



B. Defenisi operasional

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	Mobilisasi dini	Mobilisasi setelah operasi dengan anestesi spinal yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah 6 jam pertama operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke	Lembar observasi	Observasi	- dilakukan mobilisasi dini - Tidak dilakukan mobilisasi dini	Ordinal

		luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).				
2	Pemulihan Kandung Kemih pasca anestesi spinal	Proses fisiologis tubuh untuk mengeluarkan sisa-sisa zat yang tidak diperlukan oleh tubuh untuk mencapai keseimbangan (homeostasis).	Lembar Observasi	observasi	- Cepat jika fungsi kandung kemih kembali normal ≤ 8 jam dan jumlah urin $\geq 800\text{cc}$ - Lambat jika fungsi kandung kemih kembali normal > 8 jam dan jumlah urine $< 800\text{cc}$	Ordinal

C. Hipotesis

Hipotesis Alternatif (Ha) :

Terdapat Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah dengan desain penelitian eksperimen semu (*Quasi Eksperimen design*) dengan pendekatan *one group posttest only* (Notoatmodjo 2010, p. 165). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui “Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang”.

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
Kontrol	01		02
Eksperimen	01	X	02

Keterangan :

01 = pre - test

X = Perlakuan

02 = Posttest

Perbedaan antara 01 dan 02 dapat diasumsikan sebagai efek atau pengaruh perlakuan yang ada (Notoadmodjo 2010, p. 165)

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang Bedah RSUD Padang Panjang.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April- Mei 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek yang akan diteliti tersebut (Notoatmojo 2010, p. 115). Untuk populasi penelitian ini adalah semua klien pasca pembedahan dengan anestesi Spinal Di ruang bedah RSUD Padang Panjang berdasarkan data bulan Agustus – Oktober 2015 jumlah pasien post operasi dengan anestesi spinal rata-rata sebanyak 65 orang/ bulan.(Data Medical record RSUD Padang Panjang, Agustus- Oktober 2015)

2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo 2010, p. 115). Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.. Teknik pengambilan sampel menggunakan accidental sampling, dimana Pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan pada siapa saja populasi yang memenuhi kriteria yang ada pada saat dilakukan penelitian (Notoatmodjo 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal di ruang

bedah RSUD padang panjang sebanyak 16 orang. dimana 8 orang yang dilakukan mobilisasi dini merupakan kelompok eksperimen dan 8 orang lagi tidak dilakukan mobilisasi dini kelompok kontrol.

Kriteria Inklusi :

Merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Azimul Alimul hidayat 2007, p. 68)

- a. Pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal
- b. Usia ≥ 18 tahun
- c. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi

Merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian

- a. Pasien pasca pembedahan bukan anestesi umum
- b. Usia < 18 tahun dan > 50 tahun
- c. Tidak ada saat dilakukan penelitian

D. Cara pengumpulan data

Data-data didapat dari hasil perlakuan. Pada kelompok eksperimen dilakukan mobilisasi dini dan pada kelompok kontrol tidak dilakukan mobilisasi dini , kemudian diperoleh datanya. Selanjutnya dilakukan perlakuan dan dilakukan posttest sehingga didapatkan data dari hasil posttest tersebut kemudian setelah data terkumpul dibuat didalam bentuk tabel.

E. Instrument penelitian

Instrument penelitian yang digunakan adalah mobilisasi dini pada pasien post operasi dengan anestesi spinal. Instrument penelitian ini dapat dilakukan berupa formulir observasi.

F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

a. Teknik pengolahan data

Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul, diolah, kemudian data dianalisis dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa pada setiap kuesioner berkaitan dengan kelengkapan jawaban dan kejelasan hasil penelitian.

b. Pengkodean (*Coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul pada setiap butir pertanyaan dalam untuk memudahkan dalam pengolahan data.

c. Memasukkan data (*Entry*)

Data yang sudah selesai coding selanjutnya di masukkan kedalam master tabel dan kemudian di entry ke dalam computer dengan computer dengan program SPSS.

d. Membersihkan (*Cleaning*)

Merupakan pengecekan kembali data yang telah terkumpul

e. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulasi dilakukan dengan memindahkan data kode ke dalam table – table, diagram yang tersedia dengan menggunakan table distribusi. (Azimul Alimul hidayat 2007, p. 121)

b. Analisa Data

a) Analisa Univariat

Analisis univariat yang dilakukan terhadap tiap - tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo 2010,p. 188).

b) Analisa Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo 2010,p. 188).

Untuk mengetahui pengaruh rata-rata antara variabel bebas (mobilisasi dini dan variabel terikat (pemulihan kandung kemih), menggunakan uji statistik. Data yang sudah dianalisa diuji dengan menggunakan Uji statisik *independent t test*. Proses analisis data dilakukan dengan komputerisasi dengan menggunakan taraf kepercayaan 95% dengan $\alpha = 0,05 \%$ (Arikunto 2006, p. 257)

Jadi untuk mengetahui apakah ada mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anetesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Jika $P - \text{value} < 0,05$ berarti H_a diterima dan H_o di tolak.

Berarti ada hubungan bermakna antara Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan

dengan anetesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.

- b. Jika $P - \text{value} > 0,05$ berarti H_a ditolak dan H_o diterima. Berarti tidak ada hubungan bermakna antara Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anetesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum penelitian

Penelitian tentang “Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anetesi spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang” telah peneliti laksanakan terhadap 16 responden, dimana 8 orang yang dilakukan mobilisasi dini merupakan kelompok eksperimen dan 8 orang lagi tidak dilakukan mobilisasi dini merupakan kelompok kontrol. Penelitian dilakukan pada bulan Januari- April 2016. Pemilihan responden untuk penelitian memakai metode *accidental sampling*, dimana Pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan pada siapa saja populasi yang memenuhi kriteria yang ada pada saat dilakukan penelitian yang memenuhi kriteria inklusi.

B. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui jumlah urin sebelum dan sesudah diberikan perlakuan (dilakukan mobilisasi dini dan tidak dilakukan mobilisasi dini).

a. Kelompok Eksperimen

1) Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok eksperimen

Tabel 5.1
Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok eksperimen

Variabel	N	Mean	Standar Deviasi	Minimal – Maximal	95 % CI
Pretest	8	387,125	70,08	300-500	369,95 – 404,30

Hasil analisis didapatkan rata - rata jumlah urine pretest pada kelompok eksperimen adalah 387,125 dengan standar deviasi 70,08. Jumlah urine terendah adalah 300 cc dan jumlah urine tertinggi 500 cc. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini rata – rata jumlah urine pretest adalah 369,95 – 404,30.

2) Distribusi frekwensi rata-rata jumlah urine posttest pada kelompok eksperimen

Tabel 5.2
Distribusi frekwensi rata-rata Jumlah Urine posttest pada kelompok eksperimen

Variabel	n	Mean	Standar Deviasi	Minimal Maximal	95 % CI
Post test	8	886,25	64,35	810-1000	870,48-902,02

Hasil analisis didapatkan rata – rata jumlah urine posttest adalah 886,25 dengan standar deviasi 64,35. Jumlah urine terendah adalah 810 dan jumlah urine tertinggi 1000. Dari hasil estimasi

interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini rata-rata jumlah urine posttest adalah 870,48-902,02.

b. Kelompok kontrol

1) Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok Kontrol

Tabel 5.3
Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok kontrol

Variabel	N	Mean	Standar Deviasi	Minimal Maximal	95 % CI
Pretest	8	398,75	58,6	325 - 500	384,39 –413,11

Rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok kontrol adalah 398,75 dengan standar deviasi 58,60. Jumlah urine yang terendah adalah 325 dan jumlah urine yang tertinggi adalah 500. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata – rata jumlah Urine pretest pada kelompok kontrol adalah 384,39 – 413,11

2) Distribusi frekwensi rata – rata Jumlah urine posttest pada kelompok kontrol

Tabel 5.4
Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine posttest pada kelompok kontrol

Variabel	n	Mean	Standar Deviasi	Minimal Maximal	95 % CI
Post test	8	406,25	67,81	350 – 500	389,64 – 422,86

Hasil analisis didapatkan rata - rata jumlah urine posttest pada kelompok kontrol adalah 406,25 dengan standar deviasi 67,81. Jumlah urine terendah adalah 350 cc dan jumlah urine tertinggi adalah 500 cc. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata – rata jumlah urine posttest pada kelompok kontrol adalah 389,64 – 422,86.

2. Analisis Bivariat

a. Rata – rata perbedaan Jumlah urine Pretest dan Posttest kelompok eksperimen dan kontrol

Tabel 5.5
Rata – rata perbedaan jumlah urine pretest dan posttest
kelompok eksperimen dan kontrol

No	kelompok	Perlakuan	n	Mean	SD	SE	P _{value}
1	Eksperimen	Pre test – post test	8	499,13	265,8	33,64	0,000
2	Kontrol	Pre test – post test	8	7,5	61,35	31,69	0,816

Dari tabel 5.5 terlihat rata – rata peningkatan jumlah urine pada saat dilakukan mobilisasi dini adalah 499,13 dengan standar deviasi 265,8. Hasil uji statistik didapatkan perbedaan urine sebelum dan sesudah penelitian.

Hasil uji statistik didapatkan perbedaan rata-rata peningkatan jumlah urine dengan nilai $p_{\text{value}} = 0,000$, maka terlihat ada hubungan yang bermakna antara pengaruh mobilisasi dini dengan pemulihan kandung kemih. Dengan nilai $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan antara jumlah urine sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Dalam hal ini mobilisasi dini efektif terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan.

Dari tabel 5.5 terlihat rata – rata peningkatan jumlah urine pada tanpa perlakuan adalah 7,5 dengan standar deviasi 61,35. Hasil uji statistik didapatkan perbedaan jumlah urine sebelum dan sesudah penelitian.

Hasil uji statistik didapatkan perbedaan jumlah peningkatan jumlah urine dengan nilai $p_{\text{value}} = 0,816$, maka tidak bermakna antara tanpa perlakuan pada mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan. Dengan $p > 0,05$, maka dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang signifikan antara jumlah urine (pemulihan kandung kemih) sebelum dan sesudah dilakukan penelitian. Dalam hal ini tanpa mobilisasi dini tidak efektif terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

1. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok eksperimen

Hasil analisis didapatkan rata-rata jumlah urine sebelum dilakukan mobilisasi adalah 387,125 cc dengan standar deviasi 70,08. Jumlah urine terendah adalah 300 cc dan jumlah urine tertinggi 500 cc. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini rata-rata jumlah urine sebelum dilakukan mobilisasi dini adalah 369,95 – 404,30.

Teori Susan J. Garisson (2004) tujuan dari Mobilisasi dini antara lain: mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi alvi dan urin, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian, memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau komunikasi.

Penelitian yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Narko Wiyono, Siti Arifah (2008) dari Universitas Muhammadiyah Surakarta, membuktikan bahwa ambulasi dini pada pasien dengan anestesi umum pada kelompok eksperimen dengan rata-rata pemulihan 30 menit dengan standar deviasi 6,12 dan estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata waktu pemulihan 25,25- 33,75

Dari analisa diatas didapatkan bahwa sebelum dilakukan mobilisasi dini , responden masih kurang memahami akan pentingnya mobilisasi dini dan masih takut untuk dilakukan mobilisasi dini pada dirinya, selanjutnya peneliti akan memberikan informasi dan penjelasan tentang mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal, sehingga pasien pasca operasi dengan anestesi spinal memahami tentang mobilisasi dini dan manfaat untuk dirinya.

2. Distribusi frekwensi rata – rata Jumlah urine posttest pada kelompok eksperimen

Hasil analis didapatkan rata – rata jumlah urine setelah perlakuan adalah 886,25 dengan standar deviasi 64,35. Jumlah urine terendah adalah 810 cc dan jumlah urine tertinggi 1000 cc. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95 % diyakini rata-rata jumlah urine setelah perlakuan adalah 870,48-902,02.

Mobilisasi Post Operasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi mula – mula berasal dari ambulasi Post Operasi yang merupakan pengembalian secara berangsur – angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Roper,1996). Jumlah urine setelah dilakukan mobilisasi dini pasca pembedahan mengalami peningkatan, Faal usus dan kandung kemih lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltik usus dan kandung kemih kembali normal. Aktifitas ini juga membantu

mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula membantu pemulihan kandung kemih secara cepat..

Penelitian yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiyono (2008), yang melakukan penelitian tentang Keberhasilan mobilisasi dini dalam mempercepat pemulihan peristaltik usus pasca pembedahan dengan rata –rata waktu pemulihan berlangsung 2x lipat setelah posttest atau perlakuan pada kelompok eksperimen.

Pada penelitian ini pemberian mobilisasi dini dapat meningkatkan jumlah urine dimana rata-rata jumlah urine sebelum intervensi adalah 387,125 cc, setelah dilakukan intervensi menjadi 886,25 cc.

Dari analisa diatas peneliti dapat mengambil kesimpulan semua pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal yang dilakukan mobilisasi dini mengalami peningkatan jumlah urine, kenaikan jumlah urine atau percepatan pemulihan kandung kemih dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya dipengaruhi oleh produksi dan pengeluaran urine dalam tubuh dipengaruhi oleh fisiologis dan metabolisme tubuh sendiri, melakukan mobilisasi dini sesuai anjuran sehingga meningkatkan kenaikan jumlah urine dan percepatan pemulihan kandung kemih dapat optimal.

3. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok kontrol

Rata – rata jumlah urine sebelum perlakuan pada kelompok kontrol adalah 398,75 dengan standar deviasi 58,60. Jumlah urine yang terendah adalah 325 dan jumlah urine yang tertinggi adalah 500. Dari hasil estimasi

interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata – rata jumlah Urine sebelum perlakuan pada kelompok kontrol adalah 384,39 – 413,11

Berbagai alasan dan kendala pasien tidak ingin melakukan mobilisasi dini diantaranya kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan, pemahaman yang salah bahwa pada hari pertama pasca pembedahan dianjurkan berbaring telentang saja pakai bantal selama 6 – 12 jam.

Untuk menghindari retensi urine dan mempercepat pemulihan kandung kemih, sebaiknya pasca pembedahan dilakukan mobilisasi dini, mobilisasi dini bisa dilakukan segera setelah operasi selesai dimulai dengan bernafas dalam, miring kiri kanan sehingga membantu pemulihan kandung kemih.

Hasil penelitian Chandrasekaran, dkk (2007) mengemukakan bahwa mobilisasi dini pada 24 jam pertama setelah *Total Knee Replacemen* (TKR) adalah cara yang murah dan efektif untuk mengurangi timbulnya thrombosis vena dalam pasca operasi. Dimana thrombosis vena merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasca pembedahan akibat sirkulasi yang tidak lancar.

Dari analisa diatas didapatkan bahwa sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok kontrol pasien merasakan kekhawatiran kalau tubuh digerakkan atau dilakukan mobilisasi dini akan mempengaruhi luka operasi dan pasien masih ingin beristirahat setelah dilakukan operasi.

4. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine posttest pada kelompok kontrol

Pada hasil pengukuran Rata – rata jumlah urine sebelum perlakuan pada kelompok kontrol adalah 398,75 dengan standar deviasi 58,60. Jumlah urine yang terendah adalah 325 dan jumlah urine yang tertinggi adalah 500. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata – rata jumlah Urine sebelum perlakuan pada kelompok kontrol adalah 384,39 – 413,11 berarti hanya sedikit terdapat peningkatan rata – rata urine yang tidak dilakukan mobilisasi dini.

Proses berkemih fisiologis juga dipengaruhi oleh rasa tenang dan rasa takut nyeri. Perasaan subyektif ini melibatkan emosi yang diatur oleh sistem limbik pada sistem saraf pusat. Tingkah laku merupakan fungsi sistem saraf pusat yang melibatkan emosi. Tingkah laku khusus yang berhubungan dengan emosi, dorongan motorik dan sensoris bawah sadar, serta perasaan intrinsik mengenai rasa nyeri dan rasa tenang diatur oleh sistem saraf pusat yang dilakukan oleh struktur sub kortikal yang terletak di daerah basal otak yang disebut sistem limbik. Struktur sentral serebri basal dikelilingi korteks serebri yang disebut korteks limbik. Korteks limbik berfungsi sebagai daerah asosiasi untuk pengendalian fungsi tingkah laku tubuh dan menyimpan informasi yang menyimpan informasi mengenai pengalaman seperti rasa tenang, rasa nyeri, nafsu makan, bau, dan sebagainya.

Penelitian yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiyono (2008), yang melakukan penelitian tentang kelompok kontrol

yang tidak dilakukan mobilisasi dini memperlambat pemulihan peristaltik usus pasca pembedahan dapat memperlambat pemulihan peristaltik usus dibandingkan dengan dilakukan mobilisasi dini.

Dari analisa diatas peneliti dapat mengambil kesimpulan, setelah diberikan perlakuan/tanpa perlakuan pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal mengalami peningkatan hanya sedikit kenaikan jumlah urinenya.

B. Analisis bivariat

1. Rata – rata perbedaan Jumlah urine Pre test dan Post test pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol

Dari hasil penelitian terlihat terlihat rata – rata peningkatan jumlah urine pada saat dilakukan mobilisasi dini adalah 499,125 dengan standar deviasi 265,82. Sedangkan pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal tidak dilakukan mobilisasi dini terlihat rata – rata peningkatan jumlah urine pada tanpa perlakuan adalah 7,5 dengan standar deviasi 61,35.

Dari uraian diatas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan peningkatan nilai rata – rata jumlah urine sebelum dan sesudah perlakuan pemberian mobilisasi dini, dimana setelah dilakukan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal setelah 8 jam diperoleh nilai $p_{\text{value}} = 0,000$ dan pada saat tidak dilakukan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal setelah 8 jam diperoleh nilai $p_{\text{value}} = 0,816$. Dapat disimpulkan bahwa pemberian mobilisasi dini lebih efektif terhadap peningkatan jumlah

urine (pemulihan kandung kemih) dibandingkan dengan yang tidak tidak dilakukan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal Setelah 8 jam

Dalam hal ini terdapat perbedaan nilai rata-rata peningkatan jumlah urine setelah dilakukan mobilisasi dini terhadap penambahan jumlah urine (pemulihan kandung kemih) dan tidak dilakukan mobilisasi dini terhadap penambahan jumlah urine (pemulihan kandung kemih, dimana dari hasil uji *Regresi* dengan nilai $p\text{-value} < \alpha$ ($P_{\text{value}} = 0,000 < 0,816$).

Pemberian mobilisasi pada pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal dapat meningkatkan jumlah urine (Mempercepat pemulihan kandung kemih) karena mobilisasi dini dapat membuat Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik, dengan bergerak akan merangsang kandung kemih kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian mobilisasi dini pasca pembedahan dengan anestesi spinal akan mempunyai pengaruh yang sangat bermakna terhadap penambahan jumlah urine (percepatan pemulihan kandung kemih).

Hasil penelitian Narko Wiyono, Siti Arifah (2008) “*Pengaruh ambulasi dini terhadap aktifasi peristaltic usus pada pasien post operasi fraktur femur dengan anestesi umum di RSUI Kustati tahun 2008*”. menyimpulkan bahwa terdapat percepatan pemulihan peristaltic usus yang cukup bermakna dengan pemberian mobilisasi dini.

Begitu juga dengan penelitian yang penulis lakukan bahwa pemberian mobilisasi dini mempunyai pengaruh yang sangat bermakna terhadap peningkatan jumlah urine (percepatan pemulihan kandung kemih) dibandingkan dengan yang tidak dilakukan mobilisasi dini, karena dengan mobilisasi dini/ pergerakan sedini mungkin dapat membuat fungsi kandung kemih berjalan optimal. Dengan mobilisasi dini, maka akan terjadi peningkatan jumlah urine) pemulihan kandung kemih berjalan cepat. Sedangkan pada pasien yang tidak dilakukan mobilisasi yang dianggap kurang terhadap penambahan jumlah urine (pemulihan kandung kemih lambat).

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok eksperimen adalah 387,125 dengan standar deviasi adalah 70,08
2. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine posttest pada kelompok eksperimen adalah 886,25 cc. dengan standar deviasi 64,35.
3. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine pretest pada kelompok kontrol sebelum diberikan adalah 398,75 dengan standar deviasi 58,60.
4. Distribusi frekwensi rata – rata jumlah urine posttest pada kelompok kontrol adalah 406,25 cc dengan standar deviasi 67,81
5. Distribusi perbedaan peningkatan jumlah urine posttest pada kelompok eksperimen dengan $p_{\text{value}} = 0,000$ dan kelompok kontrol dengan $p_{\text{value}} = 0,816$.

B. Saran

Dari hasil penelitian ini penulis mempunyai beberapa saran yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Organisasi Profesi

Dapat memacu perawat untuk mengoptimalkan asuhan keperawatan dengan melakukan mobilisasi dini pada pasien pasca pembedahan di ruang bedah dengan anestesi spinal dan memberikan pendidikan

kesehatan tentang mobilisasi dini pasca pembedahan kepada pasien atau klien yang kurang memahami akan pentingnya mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan yang merupakan tugas mandiri perawat

2. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan peneliti dalam pemberian mobilisasi dini pasca pembedahan dengan anestesi spinal terhadap pemulihan kandung kemih. Mendapat pengetahuan langsung dalam merencanakan, melaksanakan penelitian dan menyusun laporan hasil penelitian serta meningkatkan keterampilan meneliti, menyajikan fakta secara jelas dan sistematis.

3. Bagi Institusi

Dapat di jadikan bahan masukan dan bacaan untuk menambah wawasan pengetahuan mahasiswa keperawatan dan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya dalam hal “Mengetahui Pengaruh mobilisasi dini pasca pembedahan dengan anestesi spinal terhadap pemulihan kandung kemih ”. Sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa dalam bentuk tugas akhir/ Skripsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006) *Prosedur Penelitian*, edisi revisi v. Jakarta: Rineke Cipta
- Arvi. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Beyer, Dubes. 1997. *The Clinical Practice Of Medical Surgical Nursing 2 nd* : Brown Co Biston.
- Brunner & Suddarth. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 8). vol. 2. Jakarta: EGC.
- Carpenito, Lynda J. 2000. *Rencana Asuhan Dan Pendokumentasian Keperawatan*. Alih Bahasa Monica Ester Edisi 1. Jakarta : EGC
- Capicchiano, D. (2009). *Prevalensi Penyakit Ginjal*. Diakses tanggal 20 oktober 2010 dari http://EzineArticles.com/?expert=Duncan_Capicchiano
- Casey, Wf. (1993). Practical procedures: *Spinal Anaesthesia. A Practical Guide*. Issue 12 (2000), 1-7. *World Federation of Societies of Anaesthesiologists*.
- Chandrasekaran, Kumar, David. (2009). *Early Mobilization After Total Knee Replacement Reduce the Incidence of Deep Venous Thrombosis*. Vol. 79, Edisi 7-8; pg.526. *ANZ Journal of Surgery*. Oxford: 2009 Juli.
- Depkes RI (1998). *Medical Surgical Nursing: Total Patient Care, Ninth. Editin*. St. Louis: Mosby Years' Book.
- Dobson, M (2004). *Penuntun praktis anestesi*. Jakarta: EGC
- Doenges. M. E. (2000). *Rencana asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC
- Garrison, Susan J. 2004. *Dasar Dasar Terapi dan Rehabilitasi Fisik*. Jakarta: Hipokrates
- Ganong. (2003). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- George William. 2011. *Dahsyatnya terapi Urine*. Berlian Media.
- Hidayat, Aziz alimul. 2007. *Metoda penelitian kebidanan dan teknik analisa data*. Surabaya: Salemba medika
- Kasdu. 2003 . *Operasi Caesar Masalah dan solusinya*. Jakarta : Puspa swara

Kozier, Barbara. 1995. *Peran dan Mobilitas Kondisi Masyarakat*. Jakarta: Gunung Agung

Kusmawan,Eka,2011.*Jangan Segera Katakan “Ya” Untuk Operasi Edisi Pertama*. Yogyakarta : Pohon Cahaya

Mochtar R.1998. *Perdarahan Postpartum, Sinopsis Obstetri, Jilid I Edisi 2*.Jakarta: RGC

Narko Wiyono,Siti Arifah. (2008) *Pengaruh ambulasi dini terhadap aktifitas peristaltic usus pada pasien post operasi fraktur femur dengan anestesi umum di RSUI Kustati*. Surakarta:UMS

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010.*Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoadmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta

Pierce A. Grace & Neil R. Borley.2006.*At a Glance Ilmu Bedah Edisi Ketiga*. Erlangga.

Potter dan Perry.2006.*Fundamental Keperawatan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta : EGC.

Reeves, Charlene J., Roux, Gayle, Lockhart, Robin. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah, (Edisi 1), Penerjemah: dr.Joko Setyono*. Jakarta: Salemba Medika

Syamsuhidayat,R.2005.*Buku Ajar Ilmu Bedah*.Jakarta:EGC

Taylor L, La Mone. 1997. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care B. Third Edition*. Philadhelpia: Lippincott

Widmann FK.2008. *Tinjauan klinis atas hasil pemeriksaan laboratorium*. EGC

Lampiran 1

PERMOHONAN PADA CALON RESPONDEN

Kepada Yth,

Calon Responden

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa jurusan S1 Keperawatan STIKes FORT DE KOCK BUKITTINGGI yang bermaksud mengadakan penelitian dengan judul : **Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.**

Nama : AZMIADI

Nim : 1414201108

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara selaku responden karena kerahasiaan akan dijaga dan tidak akan disebar luaskan.

Atas perhatiannya dan kesediannya saudara sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, April 2016

AZMIADI

Lampiran 2

FORMAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN *(Informed Consent)*

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti tentang tujuan penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh AZMIADI mahasiswa STIKes fort de kock bukittinggi, dengan judul **“Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anestesi Spinal di ruang bedah RSUD Padang Panjang.”**.

Demikianlah surat persetujuan ini saya tandatangani dengan senang hati sesuai dengan kenyataan dan bukan karena adanya paksaan atau tekanan dari siapapun

Padang Panjang, April 2016

Responden

()

Lampiran 3

PROSEDUR PELAKSANAAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL

A. Definisi mobilisasi dini

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan pasien pada 6 jam pertama pasca pembedahan dengan anestesi spinal.

B. Tujuan mobilisasi dini

Membantu proses pemulihan kandung kemih pasien pasca pembedahan dengan anestesi spinal untuk menghindari terjadinya retensio urine

C. Manfaat mobilisasi dini

1. Meningkatkan curah jantung
2. Memperkuat otot jantung
3. Memperkuat Otot Kandung Kemih
4. Meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan
5. Meningkatkan mobilitas lambung
6. Meningkatkan produksi panas tubuh
7. Mencegah Retensio Urine
8. Meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit

D. Persiapan sebelum mobilisasi

1. Persiapan pasien

- a. Ruang yang tenang dan nyaman
- b. Didampingi oleh suami/ istri atau keluarga

2. Persiapan Perawat

- a. Alat

- 1) Tempat tidur yang nyaman
- 2) Bantal

E. Persiapan mobilisasi

A. Mobilisasi pasien

1. Mobilisasi pasien 6 jam pertama

a. Membentuk lingkaran dan meregangkan telapak kaki

- 1) Pasien berbaring di tempat tidur, kemudian bentuk gerak lingkaran dengan telapak kaki satu demi satu. Gerakan itu seperti sedang menggambar sebuah lingkaran dengan ibu jari kaki pasien ke satu arah, lalu ke arah lainnya.
- 2) Kemudian regangkan masing masing telapak kaki dengan cara menarik jari kaki ibu ke arah betis, lalu balikkan ujung telapak kaki ke arah sebaliknya sehingga pasien merasakan otot betisnya berkontraksi. Lakukan gerakan ini 2 atau 3 kali sehari.

2. Mobilisasi 6- 10 jam

a. Bernafas dalam

- 1) Berbaring dan tekukkan kaki sedikit. Tempatkan kedua tangan pasien di bagian dada atas dan tarik nafas. Arahkan nafas itu ke arah tangan pasien, lalu tekanlah dada saat pasien menghembuskan nafas.
- 2) Kemudian tarik nafas sedikit lebih dalam. Tempatkan kedua tangan di atas tulang rusuk, sehingga pasien dapat

Mobilisasi	Eksperimen	Kontrol
------------	------------	---------

merasakan paru – paru mengembang, lalu hembuskan nafas seperti sebelumnya.

- 3) Cobalah untuk bernafas lebih dalam sehingga merasakan tarikan di perut dan kandung kemih. Hal ini akan merangsang jaringan – jaringan di sekitar bekas luka. Sangga bekas luka operasi dengan cara menempatkan kedua tangan secara lembut di atas daerah tersebut. Kemudian, tarik dan hembuskan nafas yang lebih dalam lagi beberapa kali. Ulangi sebanyak 3 atau 4 kali.
- b. Pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.

B. LEMBAR OBSERVASI MOBILISASI DINI

	Dilakukan	Tidak dilakukan	dilakukan	Tidak dilakukan
1. Mobilisasi pasien 6 jam pertama a. Membentuk lingkaran dan meregangkan telapak kaki 1) Pasien berbaring di tempat tidur, kemudian bentuk gerak lingkaran dengan telapak kaki satu demi satu. Gerakan itu seperti sedang menggambar sebuah lingkaran dengan ibu jari kaki pasien ke satu arah, lalu ke arah lainnya. 2) Kemudian regangkan masing a) masing telapak kaki dengan cara menarik jari b) jari kaki pasien ke arah betis, lalu balikkan ujung telapak kaki ke arah sebaliknya sehingga pasien merasakan otot betisnya berkontraksi. 2. Mobilisasi 6- 10 jam a. Bernafas dalam 1) Berbaring dan tekukkan kaki sedikit. Tempatkan kedua tangan pasien di bagian dada atas dan tarik nafas. Arahkan				

nafas itu ke arah tangan pasien, lalu tekanlah dada saat pasien menghembuskan nafas. 2) Kemudian tarik nafas sedikit lebih dalam. Tempatkan kedua tangan di atas tulang rusuk, sehingga pasien dapat merasakan paru – paru mengembang, lalu hembuskan nafas seperti sebelumnya. 3) Cobalah untuk bernafas lebih dalam sehingga merasakan tarikan di perut dan kandung kemih. Hal ini akan merangsang jaringan – jaringan di sekitar bekas lukadan otot- otot pada kandung kemih. Sangga bekas luka operasi dengan cara menempatkan kedua tangan secara lembut di atas daerah tersebut. Kemudian, tarik dan hembuskan nafas yang lebih dalam lagi beberapa kali. Ulangi sebanyak 3 atau 4 kali. b. Pasien diahruskan untuk dapat miring kekiri dan kekanan mencegah trombosis dan trombo emboli.				
---	--	--	--	--

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI PEMULIHAN KANDUNG KEMIH PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL

No responden	Nama Responden	Pemulihan kandung kemih kelompok eksperimen		Keterangan
		Cepat 8 jam	Lambat > 8 jam	
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
No responden	Nama Responden	Pemulihan kandung kemih kelompok kontrol		Keterangan
		Cepat 8 jam	Lambat > 8 jam	
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				

PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN KANDUNG KEMIH						PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN KANDUNG KEMIH					
PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL						PASCA PEMBEDAHAN DENGAN ANESTESI SPINAL					
DI RUANG BEDAH RSUD PADANG PANJANG						DI RUANG BEDAH RSUD PADANG PANJANG					
TAHUN 2016						TAHUN 2016					
Kelompok Perlakuan						Kelompok Kontrol					
Kelompok Perlakuan	No.	Jumlah URINE (PEMULIHAN KANDUNG KEMIH)				Kelompok Kontrol	No.	Jumlah URINE (PEMULIHAN KANDUNG KEMIH)			
		Sebelum Perlakuan	Rata-rata	Sesudah perlakuan	Rata-rata			Sebelum Perlakuan	Rata-rata	Sesudah / tanpa Perlakuan	Rata-rata
	1	300 cc	387,125	810 cc	886,25		1	325 cc	398,75	350 cc	406,25
	2	340 cc		830 cc			2	350 cc		350 cc	
	3	347 cc		850 cc			3	345 cc		350 cc	
	4	350 cc		850 cc			4	400 cc		350 cc	
	5	500 cc		1000 cc			5	500 cc		500 cc	
	6	480 cc		950 cc			6	450 cc		500 cc	
	7	380 cc		900 cc			7	420 cc		400 cc	
	8	400 cc		900 cc			8	400 cc		450 cc	
RATA-RATA		387,125		886,25	RATA-RATA		398,75		406,25		
VARIANS		4911,839		4141,071429	VARIANS		3433,93		4598,21		
TGKT SIGNIF		0,005		0,005	TGKT SIGNIF		0,005		0,005		
STD DEVIASI		70,08		64,35	STD DEVIASI		58,60		67,81		
SAMPEL		8		8	SAMPEL		8		8		
CI		69,55442		63,86442472	CI		58,1565		67,2972		
M. EROR		17,17071		15,76603351	M. EROR		14,3569		16,6135		
RENTANG CI		369,95		870,48	RENTANG CI		384,39		389,64		
		404,30		902,02			413,11		422,86		

SPSS

GET

FILE='C:\Users\ija\Documents\ujittest.sav'.

DATASET NAME DataSet0 WINDOW=FRONT.

FREQUENCIES VARIABLES=pemulihankandungkemih

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE SUM

/PIECHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		26-Jun-2016 12:35:34
Comments		
Input	Data	C:\Users\ija\Documents\ujittest.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
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=pemulihankandungkemih /NTILES=4 /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE SUM /PIECHART FREQ /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time		00:00:00.749
	Elapsed Time		00:00:00.717

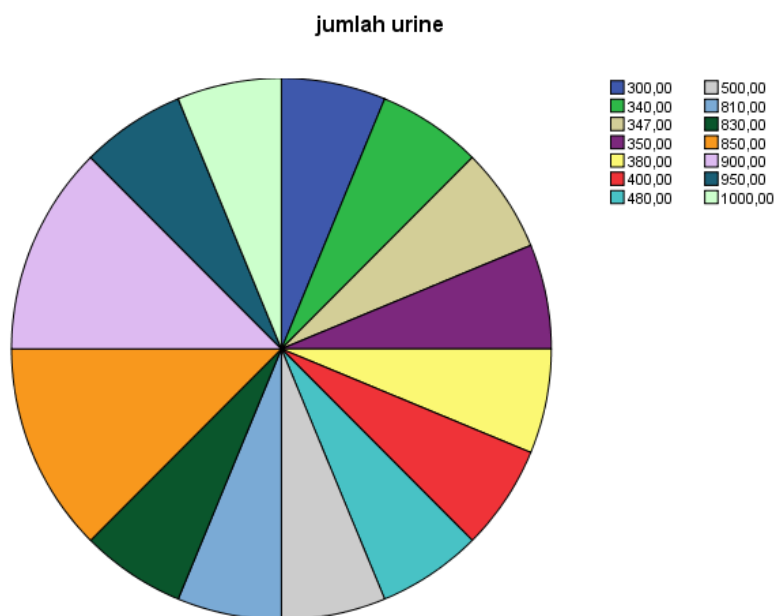
Statistics

jumlah urine

N	Valid	16
	Missing	0
Mean		6.3669E2
Std. Error of Mean		6.64540E1
Median		6.5500E2
Mode		850.00 ^a
Std. Deviation		2.65816E2
Variance		7.066E4
Range		700.00
Minimum		300.00

Maximum		1000.00
Sum		1.02E4
Percentiles	25	3.5750E2
	50	6.5500E2
	75	8.8750E2

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



```

T-TEST GROUPS=mobilisasidini(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=pemulihankandungkemih

/CRITERIA=CI(.9500).

```

T-Test

Notes

Output Created	26-Jun-2016 12:36:03	
Comments		
Input	Data	C:\Users\laja\Documents\ujitttest.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST GROUPS=mobilisasidini(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=pemulihankandungkemih /CRITERIA=CI(.9500).	
Resources	Processor Time	00:00:00.031
	Elapsed Time	00:00:00.016

[DataSet1] C:\Users\ija\Documents\ujittest.sav

Group Statistics

Posttest		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
jumlah urine	tidak dilakukan mobilisasi dini	8	3.8712E2	70.08452	24.77862
	dilakukan mobilisasi dini	8	8.8625E2	64.35116	22.75157

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
jumlah urine	Equal variances assumed	.035	.854	14.837	14	.000	-499.12500	33.63947	571.27448	426.97552
	Equal variances not assumed			14.837	13.899	.000	-499.12500	33.63947	571.32358	426.92642

FREQUENCIES VARIABLES=pemulihankandungkemih1

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE SUM

/PIECHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		26-Jun-2016 12:36:23
Comments		
Input	Data	C:\Users\laja\Documents\ujittest.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
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=pemulihankandungkemih1 /NTILES=4 /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE SUM /PIECHART FREQ /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time		00:00:00.967
	Elapsed Time		00:00:00.562

[DataSet1] C:\Users\ija\Documents\ujittest.sav

Statistics

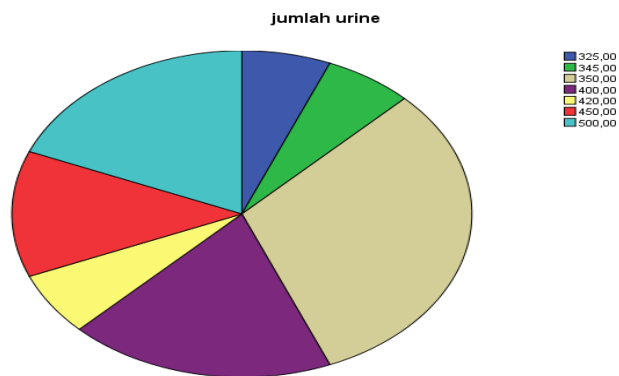
jumlah urine

N	Valid	16
	Missing	0
Mean		4.0250E2
Std. Error of Mean		1.53365E1
Median		4.0000E2
Mode		350.00
Std. Deviation		6.13460E1

Variance		3.763E3
Range		175.00
Minimum		325.00
Maximum		500.00
Sum		6440.00
Percentiles	25	3.5000E2
	50	4.0000E2
	75	4.5000E2

jumlah urine

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	325	1	6.2	6.2	6.2
	345	1	6.2	6.2	12.5
	350	5	31.2	31.2	43.8
	400	3	18.8	18.8	62.5
	420	1	6.2	6.2	68.8
	450	2	12.5	12.5	81.2
	500	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	



T-TEST GROUPS=mobilisasidini(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=pemulihankandungkemih1

/CRITERIA=CI(.9500).

T-Test

Notes

Output Created	26-Jun-2016 12:36:48
Comments	
Input	Data
	C:\Users\laja\Documents\ujittest.sav
	Active Dataset
	DataSet1
	Filter
	<none>
	Weight
	<none>
	Split File
	<none>

N of Rows in Working Data File		16
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST GROUPS=mobilisasidini(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=pemulihankandungkemih1 /CRITERIA=CI(.9500).	
Resources	Processor Time	00:00:00.000
	Elapsed Time	00:00:00.000

[DataSet1] C:\Users\ija\Documents\ujittest.sav

Group Statistics

posttest		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
jumlah urine	tidak dilakukan mobilisasi dini	8	3.9875E2	58.59973	20.71813
	dilakukan mobilisasi dini	8	4.0625E2	67.81013	23.97450

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
jumlah urine Equal variances assumed	.759	.398	-.237	14	.816	-7.50000	31.68624	-75.46023	60.46023	
			-.237	13.712	.816	-7.50000	31.68624	-75.59444	60.59444	
Equal variances not assumed										



PEMERINTAH KOTA PADANG PANJANG
KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU

Jl. Sultan Syarifudin No. 129 Padangpanjang Kotabong Bawah Kota Padang Panjang
Telp. 0732) 482345 Fax. 0732) 482351

REKOMENDASI IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 010/46/KPPT/PP/IV-2016

Setelah mempelajari Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan STIKES FORT DE KOCK Nomor : 1444/PPM/PSK/STIKes/IV/2016 Tanggal 09 April 2016 perihal Izin Penelitian dengan ini kami menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Penelitian/Permintaan Data di Kota Padang Panjang yang dilakukan oleh

Nama	AZMIADI
Tempat/Tanggal Lahir	Kamang / 28 November 1978
Alamat	Jl. By Pass Gula Bantah RT 006 RW 002 Kelurahan Kuli Gula Bantah, Kecamatan Mandangin Kota Selayan
No. Kartu Identitas	1375032811780001
Pekerjaan	Mahasiswa
Judul Penelitian	Pengaruh Mobilisasi Diri Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan dengan Anastesi Spinal
Lokasi Penelitian	RSUD Kota Padang Panjang
Lama Penelitian	12 April s.d 12 Juni 2016

Dalam rangka mengadakan penelitian, peneliti diwajibkan/diharuskan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Peneliti harus melaporkan diri kepada pihak yang berwenang di tempat penelitian.
2. Penelitian dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di tempat penelitian.
3. Peneliti diwajibkan menyampaikan laporan hasil penelitian kepada Walikota Padang Panjang melalui Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kota Padang Panjang.
4. Peneliti dilarang melakukan penelitian di luar hal-hal yang telah ditetapkan oleh pihak yang berwenang di tempat penelitian.
5. Apabila penelitian yang dilakukan tidak sesuai dengan ketentuan tersebut di atas, maka izin penelitian ini dicabut kembali.

Demikianlah izin penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang Panjang, April 2016

An. WALIKOTA PADANG PANJANG
KEPALA KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
KOTA PADANG PANJANG



Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala BPBD Kesbangpol Kota Padang Panjang
2. RSUD Kota Padang Panjang



PEMERINTAH KOTA PADANG PANJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan: Jalan Sisinga Raja, Kumpang, Garing, Kecamatan Padangpanjang
Kabupaten: Padangpanjang, Sumatera Barat. Telp: (0752) 841302. Fax: (0752) 841303

No: 400/aj /Poly / RSUD-PP / VI/2016

Padang Panjang, 27 Juli 2016

Lampiran: -

Kepada Yth:

Perihal: Penelitian

Sdr. Kepala Fisik Keperawatan
Stikes Fort De Koch

di

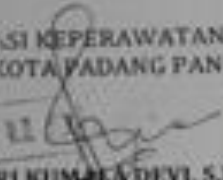
Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini disampaikan bahwa nama yang tersebut di bawah ini telah selesai melaksanakan Penelitian pada tanggal 12 April s/d 12 Juni 2016 di RSUD Kota Padang Panjang:

Nama: AZMIADI
NIM: 1414201108
Judul: Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan Dengan Anestesi Spinal di Ruang Bedah RSUD Kota Padang Panjang

Demikianlah disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

K/SI KEPERAWATAN
RSUD KOTA PADANG PANJANG

Ns. SRI KUMALA DEVI, S.Kep
NIP. 19770101 200312 2 008

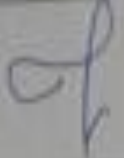
**PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : AZMELADI
 NIM : 1414201108
 Jurusan : SI Keperawatan
 Pembimbing I : Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes
 JUDUL : Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal di ruang bedah di RSUD Padang Panjang

Bimbingan Ke :	Hari / Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	14/6. 2016	- mana abstrak nrgo bhs internasional Vlaggria 10	} p
II	15/6.	problematic judul trial	} p
III	16/6	acc 4 vrg	} p
IV		- pasien ap. 10 distula	
V			
VI			

PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : AZMELADI
 NIM : 1414201108
 Jurusan : SI Keperawatan
 Pembimbing I : Ns. Inelda R. Kartika, M.Kep.
 JUDUL : Pengaruh mobilisasi dini terhadap pemulihan kandung kemih pasca pembedahan dengan anestesi spinal di ruang bedah di RSUD Padang Panjang

Bimbingan Ke :	Hari / Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	17/6-2022	APK I - VII - Petunjuk skripsi sama	
II	28/6-2022	Petunjuk tabel dan bab 1	
III	17/6-2022	- Marginal = 40 mm petunjuk skripsi sama	
IV		halaman bab 1	
V			
VI			