

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Dewi & Wawan, 2010). Pengetahuan mempunyai kemampuan yang prediktif pada sesuatu yang diperoleh misalnya pengetahuan lansia tentang diit diabetes melitus didapatkan dari informasi yang telah diterima (Budiman dan Riyanto, 2013).

b. Tingkatan pengetahuan

Menurut Notoatmodjo, (2010) Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif, mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu berapa objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat

c. Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dalam diri seseorang, yaitu :

1) Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk menapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk emndapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b) Pekerjaan

Pekerjaan adalah perbuatan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan, sedangkan bekerja umumnya merupakan

kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

c) Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Semakin meningkat umur maka akan berpengaruh pada tingkat pengalaman dan kematangan jiwa..

2) Faktor eksternal

a) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

d. Kategori tingkat pengetahuan

Penilaian tingkat pengetahuan menurut Wawan dan Dewi (2010)

ada 3 kategori yaitu :

- 1) Baik apabila jawaban dari angket benar 76 - 100 %
- 2) Cukup apabila jawaban dari angket benar 56 - 75 %
- 3) Kurang apabila jawaban dari angket benar < 56%

2. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah sekumpulan tindakan yang dimiliki oleh manusia dan dipengaruhi oleh adat, sikap, emosi, nilai, etika, kekuasaan, persuasi, dan/atau genetika (Davis, 2006).

b. Ruang Lingkup Perilaku

Menurut Budiningsih (2005), seorang psikolog pendidikan, membedakan adanya tiga bidang perilaku, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor. Kemudian dalam perkembangannya, domain perilaku yang diklasifikasikan oleh Bloom dalam Budiningsih (2005) dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu:

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

2) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan

atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap menurut Notoatmodjo, (2010) ini terdiri dari 4 (empat) tingkatan:

a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi

3) Tindakan atau praktek (*practice*)

Tindakan ini merujuk pada perilaku yang diekspresikan dalam bentuk tindakan, yang merupakan bentuk nyata dari

pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki (Notoatmodjo, 2010).

Tindakan mempunyai 4 (empat) tingkatan:

a) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

b) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah indikator praktek tingkat dua.

c) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

d) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2010)

3. *Appendectomy* dan *Appendicitis*.

a. Pengertian *Appendectomy*

Appendectomy merupakan suatu tindakan pembedahan membuang *appendiks* yang mengalami infeksi atau peradangan.

Operasi ini dilakukan dengan cara mencari dan mengeluarkan sekum (Syarifudin, 2007).

Appendectomy adalah pembedahan untuk mengangkat appendix yang telah meradang (Smeltzer S, 2005). *Appendectomy* merupakan pengobatan yang paling baik bagi penderita *appendicitis*. Teknik tindakan *Appendectomy* ada 2 macam yaitu *open Appendectomy* dan *laparoscopy Appendectomy*. *Open Appendectomy* yaitu dengan cara mengiris kulit daerah McBurney sampai menembus peritonium, sedangkan *laparoscopy Appendectomy* adalah tindakan yang dilakukan dengan menggunakan alat laparoskop yang dimasukkan lewat lubang kecil di dinding perut. Keuntungan *laparoscopy Appendectomy* adalah luka dinding perut lebih kecil, lama hari rawat lebih cepat, proses pemulihan lebih cepat, dan dampak infeksi luka operasi lebih kecil (Schwartz, 2006).

b. Pengertian *Appendicitis*

Appendicitis adalah peradangan pada *appendiks vermiformis* dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun (Mansjoer, 2007). Sedangkan menurut Suzanne (2005), *Appendicitis* adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat.

Jadi, dapat disimpulkan *appendisitis* adalah kondisi dimana terjadi infeksi pada umbai *appendiks* dan merupakan penyakit bedah abdomen yang paling sering terjadi.

Klasifikasi *appendisitis* terbagi menjadi dua yaitu, *appendisitis akut* dan *appendisitis kronik* (Sjamsuhidayat, 2005).

1) *Appendisitis akut.*

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang *peritoneum* lokal. Gejala *Appendisitis akut* ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah *epigastrium* disekitar *umbilikus*. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah.

Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik *mcBurney*. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat

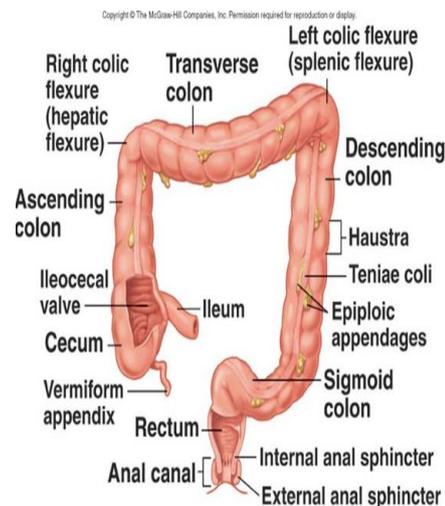
2) *Appendisitis kronik.*

Diagnosis *Appendisitis kronis* baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik *appendiks* secara *makroskopik* dan *mikroskopik*. Kriteria *mikroskopik Appendisitis kronik* adalah fibrosis menyeluruh dinding *appendiks*, sumbatan parsial atau

total *lumen appendiks*, adanya jaringan parut dan *ulkus lama dimukosa* , dan adanya sel *inflamasi kronik*. Insiden *Appendisitis kronik* antara 1-5%.

c. Anatomi

1) *Anatomi Usus Besar*



Gambar 2.1 anatomi usus besar

Usus besar atau *kolon* yang panjangnya kira-kira satu setengah meter, adalah sambungan dari usus halus dan mulai di katup *ileokolik* atau *ileoseka*, yaitu tempat sisa makanan lewat, dimana normalnya katup ini tertutup dan akan terbuka untuk merespon gelombang peristaltik dan menyebabkan *defekasi* atau pembuangan. Usus besar terdiri atas empat lapisan dinding yang sama seperti usus halus. Serabut *longitudinal* pada dinding berotot tersusun dalam tiga jalur yang memberi rupa berkerut-kerut dan berlubang-lubang.

Dinding mukosa lebih halus dari yang ada pada usus halus dan tidak memiliki *vili*. Di dalamnya terdapat kelenjar serupa kelenjar *tubuler* dalam usus dan dilapisi oleh *epitelium silinder* yang memuat sela cangkir.

Usus besar terdiri dari :

a) *Sekum*

Sekum adalah kantung tertutup yang menggantung dibawah area katup *ileosekal*. *Appendiks vermiformis* merupakan suatu tabung buntu yang sempit, berisi jaringan *limfoid*, menonjol dari ujung *sekum*.

b) *Kolon*

Kolon adalah bagian usus besar, mulai dari sekum sampai *rektum*. *Kolon* memiliki tiga bagian, yaitu :

(1) *Kolon asenden*

Merentang dari sekum sampai ke tepi bawah hati sebelah kanan dan membalik secara horizontal pada fleksura hepatica.

(2) *Kolon transversum*

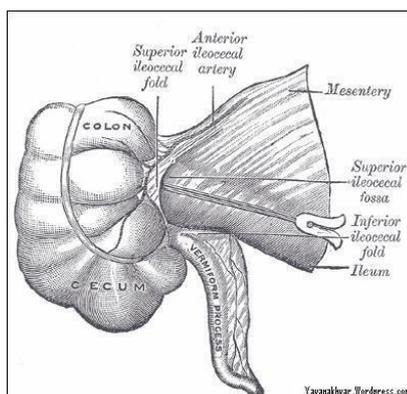
Merentang menyilang abdomen dibawah hati dan lambung sampai ke tepi lateral ginjal kiri, tempatnya memutar kebawah pada flkesura splenik.

(3) *Kolon desenden*

Merentang ke bawah pada sisi kiri abdomen dan menjadi kolon sigmoid berbentuk S yang bermuara di rektum.

c) *Rektum*

Rektum Adalah bagian saluran pencernaan selanjutnya dengan panjang 12 sampai 13 cm. Rektum berakhir pada saluran anal dan membuka ke eksterior di anus.

2) *Anatomi Appendiks*

Gambar 2.2 anatomi letak *appendiks*

Appendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (4 inci), lebar 0,3 - 0,7 cm dan isi 0,1 cc melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu : *taenia anterior, medial dan posterior*. Secara klinis, *appendiks* terletak pada daerah *Mc.Burney* yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan *spina iliaca anterior superior* kanan dengan pusat. Lumennya sempit dibagian *proksimal* dan melebar dibagian *distal*. Namun demikian, pada bayi, *appendiks* berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Persarafan parasimpatis pada *appendiks* berasal dari cabang *nervus vagus* yang mengikuti arteri *mesentrika superior* dan arteri *appendikularis*, sedangkan persarafan simpatis berasal dari *nervus*

torakalis X. Oleh karena itu, nyeri viseral pada *Appendisitis* bermula disekitar *umbilikus*.

d. Etiologi dan Predisposisi

Appendisitis akut merupakan merupakan infeksi bakteri. Berbagai berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen *appendiks* merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping *hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor appendiks* dan cacing *askaris* dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan *Appendisitis* adalah erosi mukosa *appendiks* karena *parasit* seperti *E.histolytica*. Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya *Appendisitis*. *Konstipasi* akan menaikkan tekanan *intrasekal* yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional *appendiks* dan meningkatnya pertumbuhan kuman *flora kolon* biasa. Semuanya ini mempermudah timbulnya *Appendisitis akut*. (Sjamsuhidayat, 2005).

e. Patofisiologi

Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen *appendiks* oleh *hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur* karena *fibrosis* akibat peradangan sebelumnya, atau *neoplasma*. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mucus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding *appendiks* mempunyai keterbatasan

sehingga menyebabkan peningkatan tekanan *intralumen*. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi *Appendicitis* akut lokal yang ditandai oleh nyeri *epigastrium*.

Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan *obstruksi vena*, *edema* bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai *peritoneum* setempat sehingga menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut *Appendicitis supuratif* akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding *appendiks* yang diikuti dengan *gangren*. Stadium ini disebut dengan *Appendicitis gangrenosa*. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi *Appendicitis perforasi*.

Bila semua proses diatas berjalan lambat, *omentum* dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah *appendiks* hingga timbul suatu massa lokal yang disebut *infiltrate apendikularis*. Peradangan pada *appendiks* tersebut dapat menjadi *abses* atau menghilang. Pada anak-anak, kerana *omentum* lebih pendek dan *appendiks* lebih panjang, maka dinding *appendiks* lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang sehingga memudahkan terjadinya *perforasi*. Sedangkan pada orang tua, *perforasi* mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2007).

f. Manifestasi Klinik

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat. Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada *appendiks* yang terinflamasi, nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada titik *Mc.Burney* yang berada antara *umbilikus* dan *spinalis iliaca superior anterior*. Derajat nyeri tekan, *spasme* otot dan apakah terdapat *konstipasi* atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi *appendiks*.

Bila *appendiks* melingkar dibelakang *sekum*, nyeri dan nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada *pelvis*, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan *rektal*. nyeri pada *defekasi* menunjukkan ujung *appendiks* berada dekat *rektum*. nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung *appendiks* dekat dengan kandung kemih atau *ureter*. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda *rovsing* dapat timbul dengan melakukan palpasi *kuadran* bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila *appendiks* telah *ruptur*, nyeri menjadi menyebar. *Distensi* abdomen terjadi akibat *ileus paralitik* dan kondisi pasien memburuk.

Pada pasien lansia, tanda dan gejala *Appendisitis* dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut dapat sangat meragukan,

menunjukkan *obstruksi* usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai ia mengalami *ruptur appendiks*. Insidens perforasi pada *appendiks* lebih tinggi pada lansia karena banyak dari pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien-pasien yang lebih muda (Suzanne, 2005).

g. Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa *Appendisitis* telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan (Sjamsuhidayat, 2005).

Analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. *Apendiktomi* (pembedahan untuk mengangkat *appendiks*) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko *perforasi*. *Apendiktomi* dapat dilakukan dibawah anestesi umum umum atau *spinal*, secara terbuka ataupun dengan cara *laparoscopi* yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila *apendiktomi* terbuka, insisi *Mc.Burney* banyak dipilih oleh para ahli bedah.

Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan *ultrasonografi* bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat *laparoskop*, tindakan *laparoscopi diagnostik* pada kasus meragukan

dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak (Suzanne, 2005).

h. Komplikasi

Komplikasi utama *Appendisitis* adalah *perforasi appendiks* yang dapat berkembang menjadi *peritonitis* atau *abses*. Insidens *perforasi* adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. *Perforasi* secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, penampilan *toksik*, dan nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzer C.Suzanne, 2005).

4. Mobilisasi dini

a. Defenisi Mobilisasi

Mobilisasi merupakan 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, 2010).

Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2009). Kemampuan untuk tetap aktif dan bergerak secara fisik penting dalam memelihara kesehatan dan kesejahteraan (Smith – Temple, 2010).

Mobilisasi dini juga digunakan untuk menunjukkan pertahanan tubuh, melakukan aktivitas sehari-hari dan berpartisipasi dalam

aktivitas. Banyak fungsi tubuh yang bergantung pada mobilisasi. Oleh karena itu, sistem muskuloskeletal tubuh dan sistem syaraf harus berada dalam kondisi baik (Perry & Potter, 2010).

Perubahan mobilisasi akan mempengaruhi fungsi metabolisme endokrin, resorpsi kalsium, dan fungsi gastrointestinal. Sistem endokrin, menghasilkan hormon, mempertahankan dan meregulasi fungsi vital seperti: berespon pada stress dan cedera, pertumbuhan dan perkembangan, reproduksi, mempertahankan lingkungan internal, produksi dan penyimpanan energi. Saat stress terjadi, sistem endokrin memicu respon yang bertujuan untuk mempertahankan tekanan darah dan kehidupan. Sistem endokrin penting untuk mempertahankan homeostatis. Jaringan dan sel hidup pada lingkungan internal, dimana sistem endokrin membantu regulasinya dengan mempertahankan natrium, kalium, air, dan keseimbangan asam basa. Sistem endokrin juga meregulasi metabolisme energi. Hormon tiroid meningkatkan laju metabolisme basa dan energi untuk sel selama aksi gastrointestinal dan hormon pankreatik (Copstead-Kirkhorn dan Banasik, 2005).

b. Rentang gerak dalam mobilisasi

Menurut Carpenito (2009) dalam mobilisasi terdapat 3 rentang gerak:

- 1) Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif. Misalnya: perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

- 2) Rentang gerak aktif, untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Misalnya: berbaring, pasien menggerakkan kakinya.
- 3) Rentang gerak fungsional, untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan (Hidayat A, 2009)

c. Jenis atau macam Mobilisasi

- 1) Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu :
 - a) Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya: dislokasi sendi dan tulang.
 - b) Mobilitas sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya

menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem syaraf motorik dan sensorik (Hidayat, 2009).

Menurut Carpenito, (2009) Macam macam mobilisasi dini

1) Mobilisasi pasif

Suatu latihan yang dilakukan oleh terapi atau oleh perawat tanpa bantuan dari pasien. Yang bertujuan untuk mencapai kembali sebanyak mungkin rentang gerak sendi, dan untuk mempertahankan sirkulasi.

2) Mobilisasi aktif

Suatu latihan yang diterapkan tanpa bantuan terapis atau perawat. Aktivitas pasien mencakup berbalik dari satu sisi ke sisi yang lain dan tengkurap ke telentang atau bergerak ke atas dan ke bawah. Mobilisasi dapat dilakukan di atas tempat tidur. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot. (Suzanne, 2005).

Pada penelitian ini, peneliti mengamati mobilisasi aktif yang dilakukan pasien, sehingga peneliti tidak melakukan intervensi kepada pasien untuk melatih pasien dalam mobilisasi dini pasca operasi *appendectomy*.

d. Kegunaan mobilisasi dini

Perubahan dalam tingkat mobilisasi fisik dapat mengakibatkan keterbatasan gerak, dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik

selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter dan kehilangan fungsi motorik (Potter, Patricia. A. 2006).

Dengan mobilisasi dini masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat dipersingkat. Hal ini tentu akan mengurangi waktu rawat inap di rumah sakit, menekan biaya perawatan dan mengurangi stres psikis (A. Majid, M. Judha, U. Istianah. 2011).

Smeltzer, Suzanne. C (2005) menyebutkan tujuan mobilisasi untuk mencegah terjadinya bronkopneumonia, kekakuan sendi, mencegah tromboplebitis, atrofi otot, penumpukan sekret, memperlancar sirkulasi darah, mencegah kontraktur, dekubitus serta memelihara faal kandung kemih agar tetap berfungsi secara baik dan pasien dapat beraktivitas. Salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat operasi pembuangan *appendiks* (appendektomi) adalah kurangnya/ tidak melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan atau penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernapasan dan gangguan peristaltik maupun berkemih (Carpenito, 2009).

Mobilisasi dini dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota badan ini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga dapat mengurangi nyeri dan dapat memperlancar peredaran darah ke bagian yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka cepat. Hal ini sejalan dengan pendapat para ahli bahwa Salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat operasi pembuangan *appendiks* (appendektomi) adalah kurangnya/ tidak melakukan mobilisasi dini.

Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah (Carpenito, 2009). Salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat operasi pembuangan *appendiks* (appendektomi) yang mengalami peradangan adalah mobilisasi dini. Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan, mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah dan mencegah terjadinya trombosis vena (Carpenito, 2009).

5. Hubungan pengetahuan pasien pasca operasi tentang mobilisasi dini dengan mobilisasi dini

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat berkelanjutan. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak

didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010).

Apabila dilihat dari pengertian mobilisasi dini maka dapat diketahui bahwa mobilisasi dini merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2009). Dilihat juga manfaat mobilisasi dini pasca operasi adalah dengan mobilisasi dini masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat dipersingkat. Hal ini tentu akan mengurangi waktu rawat inap di rumah sakit, menekan biaya perawatan dan mengurangi stres psikis (Majid dkk, 2011).

Dilihat dari uraian di atas, maka mobilisasi dini bisa dikategorikan perilaku yang memiliki manfaat bagi pasien pasca bedah, sehingga apabila pasien pasca operasi memiliki pengetahuan tentang mobilisasi dini maka diyakini akan mempengaruhi perilaku mobilisasi dini dari pasien pasca operasi tersebut.

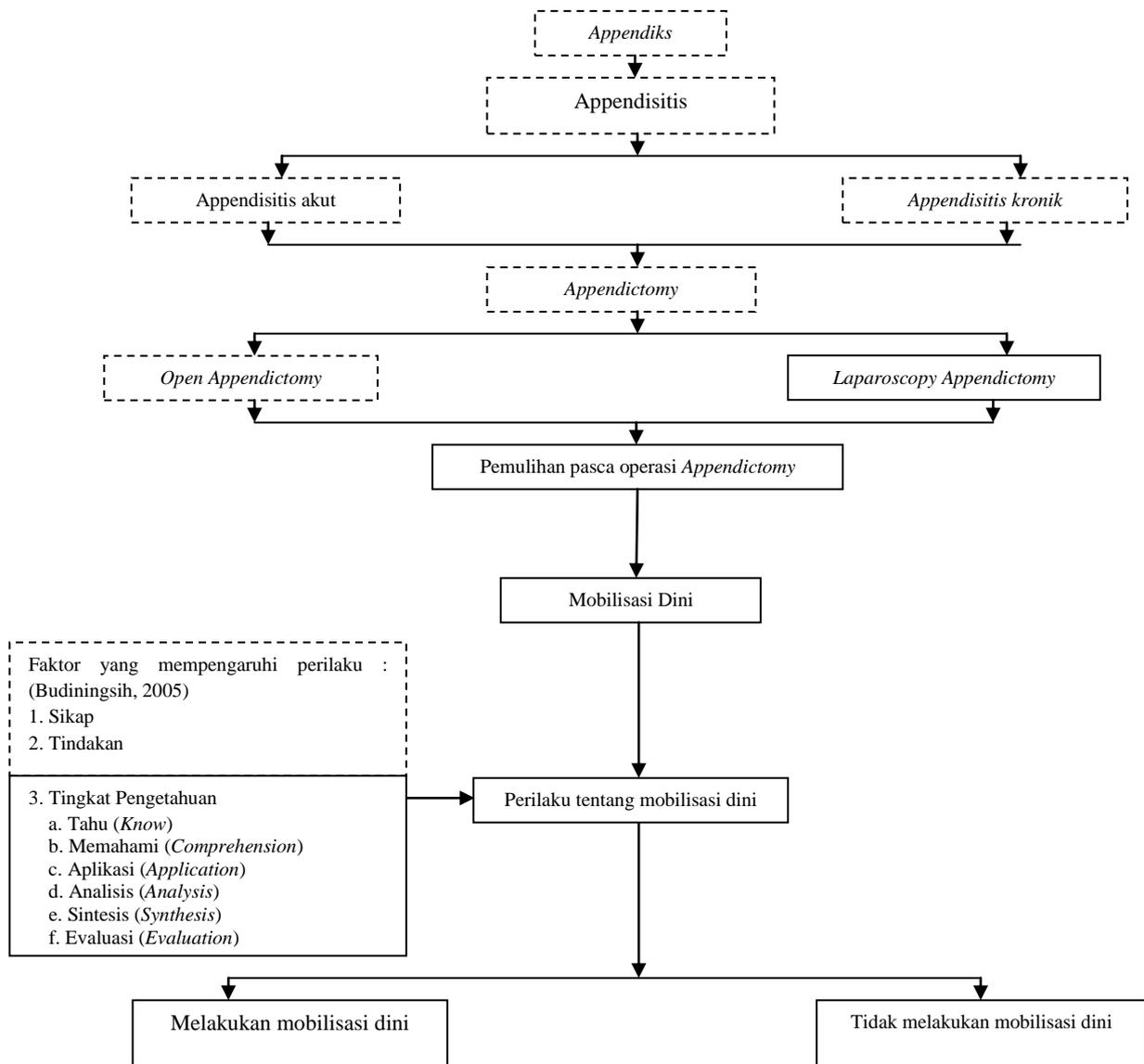
Hal ini juga didukung oleh penelitian Cahyaning Wijayanti dan Yunani, (2013) dengan Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pasien terhadap Perilaku Mobilisasi pada Pasien AMI di Ruang ICU RSUD Ungaran. Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 26 responden (43,3%). Sikap pasien tentang mobilisasi dini sebagian besar cukup sebanyak 27 responden (45,0%). Perilaku mobilisasi dini sebagian besar tidak

melakukan sebanyak 32 responden (53,3%). Ada hubungan antara tingkat pengetahuan pasien AMI terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ($pvalue=0,000$). Ada hubungan antara sikap pasien terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien AMI di ruang ICU RSUD Ungaran ($pvalue=0,031$).

Didukung pula oleh penelitian Komariyah (2008) dengan judul Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukorame Mojoroto Kediri. Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Minat Pendidikan Tenaga Kesehatan, Universitas Sebelas Maret Surakarta. Hasil penelitian didapatkan 1) ada hubungan positif dan signifikan antara pengetahuan dan kunjungan pemeriksaan ibu hamil (nilai $r = 0.554$, nilai p sebesar 0.000 dan nilai p untuk uji t sebesar 0.000). 2) ada hubungan antara sikap dan kunjungan pemeriksaan ibu hamil (nilai r sebesar 0.149 dan p sebesar 0.032 dan uji t didapatkan nilai sebesar 0.087). 3) ada hubungan yang positif dan signifikan antara perilaku dan kunjungan pemeriksaan ibu hamil (nilai r sebesar $0,600$, nilai p sebesar 0.000 , dan nilai p untuk uji t sebesar 0.000).

Dari uraian di atas baik dari teori maupun dari penelitian sebelumnya maka dapat disimpulkan memang ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku yang dalam hal ini perilaku mobilisasi dini pasien pasca operasi *appendectomy*.

B. Kerangka Teori



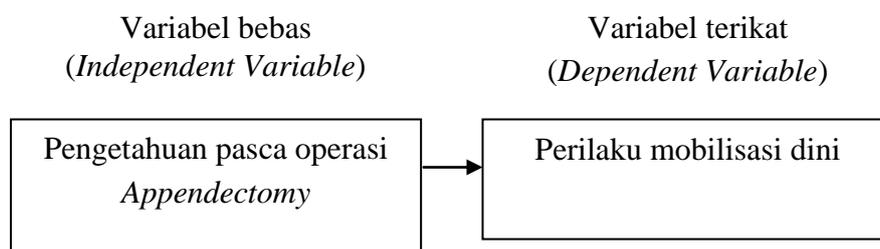
Keterangan :

- : tidak diteliti
- : diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber : Budiningsih (2005), Carpenito (2009), Notoatmodjo, (2010), Perry & Potter (2010)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan pengetahuan dengan perilaku pasien pasca operasi *appendectomy* tentang mobilisasi dini di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.