**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Laparotomi**
		1. **Definisi Laparotomi**

Pembedahan laparotomi merupakan prosedur potongan pada dinding abdomen dan yang telah di diagnosa oleh dokter dan dinyatakan dalam status atau catatan medik pasien. Lapartomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen seperti sectio caesarea sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, 2010).

 Pembedahan laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi). Laparotomi dilakukan pada kasus-kasus digesif dan kandungan seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rektun, obstruksi usus, inflamasi usus lkronis, kolestisitis dan peritonitis (Sjamsuhidajat, 2012).

 Pembedahan laparotomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, pembedahan laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Smeltzer, 2002).

* + 1. **Indikasi Laparotomi**

 Menurut Sjamsuhidajat, (2012). Indikasi untuk dilakukan indikasi laparotomi adalah antara lain : trauma abdomen /ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernan*(internal blooding)*, sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen . Selain itu, pada bagian obstetri pada operasi Sectio Caesarea. Laparotomi dilakukan pada kasus-kasus digestif dan kandungan seperti apendiksitis, hernia, inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis. Berikut adalah beberapa indikasi dari laparotomi :

6

* + - 1. Appendicitis

Appendicitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu tersebut akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal unsur atau sekum(Jitowiyono,S., 2010)

* + - 1. Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adlah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Jenis-jenis sectio caesarea yaitu sectio caesarea klasik dan ismika. Sectio caesarea klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10-12 cm, sedangkan sectio caesarea ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10-12 cm (Sjamsuhidajat, 2012)

* + - 1. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endothelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab peritonitis adalah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastro instestinal, appendictis, yang meradang typhoid, tukak pada tumor.

* + - 1. Kanker Colon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polop tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Laparoskopi digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price&Wilson, 2006).

* + - 1. Abses Hepar

Abses hepar adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga akibat kerusakan jaringan hepar adalah hati.

* + - 1. Heus Obstriksi

Obstriksi usus didefinisikan sebagai sumbatan jalan distal isi usus, ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau bisa karena suatu ileus.

* + 1. **Kontraindikasi Laparotomi**

Kontraindikasi yang terjadi dengan dilakukannya laparatomi, yaitu :

1. Ventilasi paru tidak adekuat
2. Terjadi gangguan kardiovaskuler
3. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Serta terjadi adanya gangguan rasa nyaman
	* 1. **Jenis Sayatan Operasi Laparartomi**

Menurut Sjamsuhidajat, (2012), bedah laparatomi adalah suatu prosedur atau tekik sayatan atau insisi yang dilakukan pada dinding perut abdomen. Teknik insisi abdomen dibedakan menjadi dua, yaitu insisi abdomen atas dan insisi abdomen bawah. Insisi abdomen atas adalah jenis insisi yang digunakan untuk pembedahan kandung empedu, lambung duodenum, limpa dan hayi, sedangkan insisi abdomen bawah digunakan untuk pembedahan pada pasien dengan obstruksi usus atau gangguan pelvis.

Beberapa jenis sayatan yang dapat dilakukan pada bedah digestive dan kandungan, yaitu(Sjamsuhidajat, 2012) :

* + - 1. Midline Epigastric Incision (irisan media atas)

Insisi yang dilakukan persis pada garis tengah yang dimulai dari ujung proseseu xipoideus hingga satu sentimeter di atas umbilikus, dan kemudian membuka peritoneum dari bawah.

* + - 1. Sub-Umbilikal Incision (irisan media bawah)

Irisan dari umbilikus sampai simfisis, membuka peritonium dari sisi atas. Irisan median atas dan bawah dapat disambung dengan melingkari umbilikus.

* + - 1. Paramedian Incision “*trap door*” (konvensional)

Incisi ini dapat dibuat baik di sebelah kanan atau kiri dari garis tengah, insisi diambil kira-kira 2,5 - 5 cm dari garis tengah. Incisi dilakukan vertikal, di atas sampai bawah umbilikus, M. Rectus Abdominis didorong ke lateral dan peritonium dibuka jufa 2,5 cm lateral dari garis tengah.

* + - 1. Lateral Paramedian Incision

Merupakan paramedian incision yang dikenalkan oleh Guillou. Dimana fascia diiris lebih lateral dari yang konvensional.

* + - 1. Vertical Muscle Splitting Incision (paramedian transcreet)

Insisi ini sama dengan paramedian incision konvensional, hanya otot rctus pada insisi ini yang dipisahkan secara tumpul (splitting longitudinally) pada tengahnya, atau jika mungkin pada tengahnya.

* + - 1. Kocher Subcostal Incision

Incision Subcostalkanan yang biasanya digunakan untuk pembedahan empedu dan saluran empedu.

* + - 1. McBurney Gridiron(Irisan oblique)

Dilakukan untuk kasus apendisitis akut dan diperkenalkan oleh Charles McBurney pada tahun 1894, otot-otot dipisahkan secara tumpul.

* + - 1. Rocky Davis

Insisi dilakukan pada titik McBurney secara transverse skin crease, irisan ini lebih kosmetik.

* + - 1. Insisi Thoracoabdominal

Insisi yang popular dalam bidang ginekologi dan juga dapat memberikan akses pada ruang retropubic pada laki-laki untuk melakukan extraperitoneal retropubic prostatectomy.

* + - 1. Insisi Thoracoabdominal

Insisi Thoracoabdominal, baik kanan maupun kiri, akan membuat cavum pleura dan cavum abdomen menjadi satu.

* + 1. **Komplikasi Post Operasi Laparotomi**

Komplikasi yang sering ditemukan pada pasien post operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman dan kecelakaan.Komplikasi dari laparatomi, adalah :

* + - 1. Tromboplebitis

Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah itu terlepas dari dinding pembuluh darah vena dn ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu dengan cara melakukan latihan kaki post operasi.

* + - 1. Infeksi luka operasi

Infeksi luka operasi sxering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stapilokokus aureus, organisme gram positif. Stapilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptik.

* + - 1. Gas Gangrene

Gas gangrene adalah suatu infeksi jaringan, sel, dan pembuluh darah yang disebabkan oleh bakteri.

* + - 1. Hematoma

Hematoma adalah kumpulan darah yang tidak normal di luar pembuluh darah.

* + - 1. Keloid scar

Keloid scar adalah luka parut yang timbul ketika kulit terluka, biasanya terbentuk di sekitar luka untuk memperbaiki dan melindungi cedera atau luka pada kulit.

* + - 1. Abdominal wound disruption and Evisceraction

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagia akibat batuk dan muntah.

* 1. **Konsep Pendidikan Kesehatan**
		1. **Definsi Pendidikan Kesehatan**

Menurut Fitriani (2011), beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan, antara lain:

* + - 1. Wood(1926 ).

“Pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan seseorang atau masyarakat”

* + - 1. Nyswander (1947)

“Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur”

* + - 1. Steuart : 1968

“Pendidikan kesehatan adalah meupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan”

* + - 1. *Joint Commission On Health Education, USA*(1973)

“Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan

dengan pemeliharaan kesehatan.

Dari batasan-batasan tersebut dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa pendidikan adalah “suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agara ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku hidup sehat”.

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa peilaku (*Behaviour engineering*) untuk hidup sehat.

Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan, yaitu :

Input : sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).

Proses : Upaya yang direncanakan untuk memepengaruhi ornag lain.

Output : Melakukan apa yang diharapkan atau perilaku.

Luaran (Output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain :

* + - 1. Perubahan Perilaku : adalah merubah perilaku-perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku-perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah misalnya : merokok, minum-minuman keras, ibu hamil tidak memeriksakan khamilannya, dsb.
			2. Pembinaan Perilaku Pembinaan: Pembinaan disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah memepunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya : olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah di tempatnya, dsb.
			3. Pengembangan periaku: Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan kepada membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

 Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

* + 1. **Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Menurut Fitriani (2011), tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi dua bagian, yaitu :

Berdasarkan WHO tahun 1945 tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari periaku yang tidak sehat atau belum

 sehat menjadi perilaku sehat. Definisi sehat menurut Undang-Undang Kesehatan no. 23 tahun 1922 yaitu suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa, sosial seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya. Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma.

Ahli sosial mengartikan konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh total pemikiran, karya dan hasil karya manusia yang tidak berakar pada naluri dan terjadi melalui proses belajar.

Perilakukesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam, yaitu :

1. Perilaku yang menjadikan kesehatan adalah sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Contohnya, kader kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.
2. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
3. Mendorong berkembangnya dan penggunaan saran pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan adapula yang sudah benar-benar sakit tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.
	* 1. **Sasaran Pendidikan Kesehatan** (Fitriani, 2011)

Sasaran pendidikan kesehatn di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah :

1. Masyarakat umum
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda remaja. Termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama baik negeri maupun swasta.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.
	* 1. **Tahapan Pendidikan Kesehatan**

Menurut Hanlon 1964 dikutip oleh Azwar 1983 dalamFitriani (2011) mengemukakan tahapan yang dilalui oleh penididikan kesehatan adalah :

1. Tahap sensitisasi

Pada tahap ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai maslah kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi. Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud pada masyarakat untuk mengubah perilakunya. Bentuk kegiatan : siaran radio, poster, selebaran lainnya.

1. Tahap publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan berupa Press release yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

1. Tahap edukasi

Tahap ini kelanjutan pula dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan.

1. Tahap motivasi

Tahap kelajutan dari tahap edukasi. Masyarakat setelah mengikuti benar benar mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan.

* + 1. **Proses Pendidikan Kesehatan (Fitriani, 2011)**

 Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.

Proses

 Output

Input

Gambar 2.1 PrinsipPokokPendidikanKesehatan

Dalam proses belajar ini terdiri ada 3 persoalan pokok, yaitu :

1. Persoalan masukan (input)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

1. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri sendiri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasislitator) metode, teknik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

1. Persoalan keluaran (output)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

* + 1. **Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan (Fitriani, 2011)**

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi yaitu:

1. Dimensi sasaran, ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 keompok, yaitu :

Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.

Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok

Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

1. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula, yaitu :

Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid.

Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.

Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran butuh ataukaryawan yang bersangkutan.

1. Dimensi tingkah pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark.
2. Promosi kesehatan

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan seperti : peningkatan gizi, perbaikan kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan serta hiegene perorangan.

1. Perlindungan khusus

Program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus sangat dibutuhkan terutama di negara berkembang. Hal ini juga sebagai akibat dari kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun anak-anak masih rendah.

1. Diagnosis dini dan pengobatan segera

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering kesulitan mendeteksi penyakit yang terjadi padamasyaakat, bahkan masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati sehingga masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

1. Pembatasan kecacatan

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang penyakit sehingga masyarakat tidak melanjutkan pengobatan sampai tuntas. Dengan kata lain pengobatan dan pemeriksaan yang tidak sempurna mengakibatkan orang tersebut mengalami ketidakmampuan atau kecacatan.

1. Rehabilitasi

Untuk memulihkan kecacatan kadang-kadang diperlukan latihan latihan tertentu. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran masayarakat segan melakukan latihan yang dianjurkan. Kecacatan juga mengakibatkan menimbulkan perasaan malu untuk kembali ke masyarakat. Karena masyarakat pun kadang tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal.

* + 1. **Perencanaan Program Pendidikan Kesehatan** (Heri D. J. Maulana, 2012)

Perencanaan program pendidikan merupakan kegiatan utama dalam usakesehatan masyarakat.Sejalan dengan dinamika masyarakat, kontribusi pendidik kesehatan yang unik dalam struktur perencanaan ini tertuju pada tercapainya dua tujuan, kekompakan (*cohesiveness*) dalam instansi dan kekompakan dalam masyarakat. Usaha-usaha dalm perencanaan seringkali hanya berfkous pada dua tujuan tersebut. Pendidik kesehatan berpendapat, adanya kerangka struktur perencanan saja belum atau tidak menjamin pelaksanaan yang benar. Struktur menjadi hidup dan berfungsi jika dilakukan melalui kerja sama tim, dan semua yang teribat harus ikut serta dan harus berkomunikasi, tidak hanya “*lip service”*.

Luasnya pengertian sehat yang menjadi subjek dan objek upaya kesehatan, menyebabkan pelaksanaan berbagai macam upaya kesehatan telah sangat membutuhkan adanya perencanaan. Dalam pelaksanaanya, banyak pengaturan yang diperlukan, tidak hanya menyangkut masalah-masalah kesehatan, pendidik kesehatan diharuskan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik tentang perencanaan. Berikut ini adalah beberapa fungsi perencanaan, di antaranya yaitu :

* + - 1. Sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan, fungsi pelaksanaan kegiatan atau program baru berperan bila fungsi perencanaan telah selesai dilaksanakan.
			2. Menjamin keteraturan kegiatan yang diaksanakan secara sistematis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
			3. Mengembangkan kemampuan individu dan profesi pendidikan kesehatan.
	1. **Konsep Kemampuan Mobilisasi Dini Post Operasi**
		1. PengertianKemampuan

Di dalamkamusbahasa Indonesia, kemampuanberasaldarikata “mampu” yang berartikuasa (bisa, sanggup, melakukansesuatu, dapat, berada, kaya, mempunyaihartaberlebihan). Kemampuanadalahsuatukesanggupandalammelakukansesuatu. Seseorangdikatakanmampuapabilaiabisamelakukansesuatu yang harusialakukan. Menurut Chaplin (1997), “*ability* (kemampuan, kecakapan, ketangkasan, bakat, kesanggupan) merupakantenaga (dayakekuatan) untukmelakukansuatuperbuatan”. “Kemampuanbisamerupakankesanggupanbawaansejaklahirataumerupakanhasillatihanataupraktek”, Robbins (2000). SedangkanSlameto (2010) mengemukakanbahwa“ Kemampuanadalahkecakapan yang terdiridaritigajenisyaitukecakapanuntukmenghadapidanmenyesuaikankedalamsituasi yang barudengancepatdanefektif, mengetahui / menggunakankonsep-konsep yang abstraksecaraefektif, mengetahuirelasidanmempelajarinyadengancepat”.

Dari pengertian-pengertiantersebut, dapatdisimpulkanbahwakemampuan (*ability*) adalahkecakapanataupotensimenguasaisuatukeahlian yang merupakanbawaansejaklahiratau merupakan hasil latihan atau praktek dandigunakanuntukmengerjakansesuatu yang diwujudkanmelaluitindakannya.

* + 1. Proses Pembentukan dan Faktor yang Mempengaruhi KemampuanatauPerilaku

Kemampuanadalahsuatukesanggupandalammelakukansesuatu. Artinyakemampuanidentikdenganperilaku.

* + - 1. Proses Pembentukan

Seperti telah dipaparkan didepan bahwa perilaku manusia sebagian besar ialah berupa perilaku yang dibentuk,perilaku yang dipelajari berkaitan dengan hal tersebut maka salah satu persoalan ialah bagaimana cara membentuk perilaku itu sesuai dengan yang diharapkan

Cara pembentukan perilaku dengan *condisioning* atau kebiasaan

Salah satu cara pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan *condisioning* atau kebiasaan. Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, akhirnya akan terbentuklah perilaku tersebut. Misal anak dibiasakan bangun pagi, atau menggosok gigi sebelum tidur, mengucapkan terima kasih bila diberi sesuatu oleh orang lain, membiasakan untuk tidak datang terlambat disekolah dan sebagainya.Cara ini didasarkan atas teori belajar *condisioning* baik yang dikemukakan oleh Pavlov maupun Thorndike dan Skinner. Walaupun antara Pavlov, Thorndike dan Skinner terdapat pendapat yang tidak seratus persen sama, namun para ahli tersebut mempunyai dasar pandangan yang tidak jauh berbeda satu dengan yang lain. *Condisioning* Thorndike dan Skinner dikenal sebagai *condisioning* klasik, sedangkan *condisioning* Pavlov dikenal dengan *condisioning*operan.Walau demikian ada yang menyebut *condisioning* Thorndike sebagai *condisioning* instrumental, dan *condisioning* Skinner sebagai *condisioning* operan.Seperti telah dipaparkan didepan atas dasar pandangan ini untuk pembentukan perilaku dilaksanakan dengan *condisioning* atau kebiasaan.

Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Di samping pembentukan perilaku dengan *condisioning* atau kebiasaan, pembentukan dapat ditempuh dengan pengertian atau *insight*. Misal datang kuliah jangan sampai terlambat, karena hal tersebut dapat menganggu teman-teman yang lain. Bila naik motor harus pakai helm, karena helm tersebut untuk keamanan diri, dan masih banyak contoh untuk mengambarkan hal tersebut. Cara ini berdasarkan atas teori belajar kognitif, yaitu belajar dengan disertai adanya pengertian.Bila dalam eksperimen Thorndike dalam belajar yang dipentingkan adalah soal latihan, maka eksperimen Kohler dala belajar yang penting adalah pengertian atau *insight*.Kohler adalah salah seorang tokoh dalam psikologi Gestalt dan termasuk dalam aliran kognitif.

Pembentukan perilaku dengan menggunakan model.

Di samping cara-cara pembentukan perilaku seperti tersebut diatas, pembentukan perilaku masih dapat ditempuh dengan menggunakan model atau contoh. Kalau orang bicara bahwa orang tua sebagai cntoh anak-anaknya, pemimpin sebagai panutan dipimpinannya, hal tersebut menunjukan pembentukan perilaku dengan menggunkan model atau contoh oleh yang dipimpinnya.Cara ini didasarkan atas teori belajar sosial (*social learning theory*) atau *learning theory* yang dikemukakan oleh Bandura.

* + - 1. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Green (2000), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utamayaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enablingfactor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*) (Notoatmodjo, 2012).

* + 1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*) terwujud dalam:
			- 1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui prosessensorikhususnyamatadantelingaterhadapobyek tertentu.Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbetuknyaperilaku terbuka (*overt behavior*).Perilaku yang didasari pengetahuanumumnya bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2012).

* + - * 1. Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap suatu *stimulus*atau obyek baik yang bersifat *intern* maupun *ekstern* sehinggamanifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapatditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikapsecararealitasmenunjukkan adanya kesesuaian respon terhadapstimulus tertentu (Purwanto, 2000).Tingkatan respon adalah menerima (*receiving*), merespon(*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*)(Purwanto, 2000).

* + - * 1. Nilai-nilai

Nilai-nilai atau norma yang berlaku akan membentuk perilakuyangsesuai dengan nilai-nilai atau norma yang telah melekat pada diri seseorang.

* + - * 1. Kepercayaan

Seseorang yang mempunyai atau meyakini suatu kepercayaantertentu akan mempengaruhi perilakunya dalam menghadapi suatupenyakit yang akan berpengaruh terhadap kesehatannya

* + - * 1. Persepsi

Persepsi merupakan proses yang menyatu dalam diri individuterhadap stimulus yang diterimanya. Persepsi merupakan prosespengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsang yang diterimaoleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berartidan merupakan respon yang menyeluruh dalam diri individu. Olehkarena itu dalam penginderaan orang akanmengaitkan dengan stimulus,sedangkan dalam persepsi orang akan mengaitkan dengan obyek.Persepsi pada individu akan menyadari tentang keadaan sekitarnya danjuga keadaan dirinya. Orang yang mempunyai persepsi yang baiktentang sesuatu cenderung akan berperilaku sesuai dengan persepsiyang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012).

* + 1. Faktor-faktor pendukung(*enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bisasekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahanperilaku dan perubahan lingkungan yang baik (Green, 2000).Faktor pendukung (*enabling factor*) mencakup ketersediaansarana dan prasarana atau fasilitas.Sarana dan fasilitas ini padahakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya suatu perilaku,sehingga disebut sebagai faktor pendukung atau faktor pemungkin.

* + 1. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan penguatterhadap timbulnya sikap dan niat untuk melakukan sesuatu atauberperilaku. Suatu pujian, sanjungan dan penilaian yang baik akanmemotivasi, sebaliknya hukuman dan pandangan negatif seseorang akanmenjadi hambatan proses terbentuknya perilaku.

* + 1. Mobilisasi Dini
			1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa peregerakkan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry&Potter, 2006).

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan post pembedahan dimulai dari latihan ringan di tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Smeltzer, 2002).

Mobilisasi dini merupakan proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2006).

* + - 1. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dilakukan mobilisasi dini diharapkan memperbaiki aliran darah sehingga tidak akan terjadi penurunan curah jantung yang terlihat dari tekanan darah (Perry&Potter, 2006)**.**

Mempertahankan fungsi tubuh

Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka

Membantu pernafasan menjadi lebih baik

Mempertahankan tonus otot

Memperlancar eliminasi alvi dan urin

Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian

Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

* + - 1. Indikasi Mobilisasi Dini

Stroke atau penurunan tingkat kesadaran

Kelemahan otot

Fase rehabilitas fisik

Klien dengan tirah baring lama

* + - 1. Kontra Indikasi Mobilisasi Dini

Kontra indikasi untuk latihan rentang gerak menurut Potter & Perry (2006).

Thrombus/emboli pada pembuluh darah

Kelainan sendi atau tulang

Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)

Trauma modula spinalis atau trauma system saraf pusat

* + - 1. Jenis-jenis Mobilisasi Dini

Jenis mobilisasi menurut Hidayat (2006) ada dua macam, yaitu :

1. Mobilisasi dini penuh

Mobilisasi penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan beabs sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehai-hari. Mobilisasi penuh dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang (Hidayat, 2006).

1. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi dini sebagian merupakan kemampuan untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh saraf motoris dan sensoris pada area tubuhnya (Hidayat, 2006).

Mobilisasi dini sebagian dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

Mobilisasi dini sebagian temporer

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang bersifsat sementara. Hal tersebut disebabkan oleh trauma pada system musculoskeletal, contohnya : dislokasi sendi dan tulang.

Mobilisasi sebagian permanen

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya system saraf reversible, contohnya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, polioyelitis karena teraganggunya system saraf motoric dan sensorik

* + - 1. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Faktor yang mempengaruhi mobilisai menurut Hidayat (2006), yaitu :

Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat memepengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

Proses penyakit/injury

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi kaerna dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh.

Tingkat Energy

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi, agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.

Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilisasi dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilisasi (sakit), karena adat dan budaya dilarang untuk melakukan mobilisasi.

Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja. Sedangkan pada usia lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisais menurun sejalan dengan penuaan (Wahit Ikbal Mubarak & Nurul Chayati, 2008). Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia (Hidayat, 2006).

Pengetahuan

Pengetahuan yang baik terhadap penggunaan mekanika tubuh akan mendorong seseorang untuk menggunakannya dengan benar, sehingga mengurangi tenaga yang dikelauarkan. Sebaliknya pengetahuan yang kurang memadai dalam penggunaan mekanika tubuh akan menjadikan seseorang beresiko mengalami gangguan koordinasi sistem neurologi dan musculodkeletal (Hidayat, 2006).

 Pemahaman tentang peregrakkan mobilisasi membutuhkan lebih dari satu pemahaman tentang peregerakkan fisiologis, serta regulasi peregerakkan oleh sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Orang di sekitar pasien (keluarga maupun perawat) perlu mengetahui tentang bagaimana mengaplikasikan prinsip ketatanan klinis untuk menentukan cara paling aman menggerakkan pasien dan memahami efek mobilisasi pada aspek fisiologis, psikososial, dan perkembangan dari perawatan klien (Potter&Perry, 2006).

* + - 1. Manfaat Melakukan Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry (2006), keuntungan yang dapat diperoleh dari obilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut :

Sistem kardiovaskuler

Dengan melakukan latihan atau mobilisasi yang adekuat dapat meningkatkan denyut jantung (heart rete), menguatkan kontarksi otot jantung, dan menyuplai darah ke jantung dan otot. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (cardiac output) meningkat karena aliran balik dari aliran darah. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (cardiac output) normal dalam 5 liter/menit, dengan mobilisasi dapat meningkatkan cardiac output sampai 30 liter/menit.

Sistem musculoskeletal

Ukuran, bentuk, tonus, dan kekuatan rangka dan otot jantung dapat dipertahankan dengan melakukan latihan yang ringan dan dapat ditingkatkan dengan melakukan latihan yang berat. Dengan melakukan latihan, tonus otot dan kemampuan kontraksi otot meningkat. Dengan melakukan latihan atau mobilisasi dapat menimbulkan fleksibilitas tonus otot dan range of motion.

Sistem respirasi

Jumlah udara yang dihirup dan dikeluarkan oleh paru (ventilasi) meningkat. Ventilasi normal sekitar 5-6 liter/menit. Pada mobilisasi yang berat, kebutuhan oksigen meningkat hingga mencapai 20 kali dari kebutuhan normal. Aktivitas yang adekuat juga dapat mencegah pertumpukan sekret pada bronkus dan bronkiolus, menurunkan usaha pernafasan.

Sistem gastrointestinal

Dengan beraktifitas dapat memperbaiki nafsu makan dan meningkatkan tonus saluran pencernaan, memperbaiki pencernaan dan eliminasi seperti kembalinya mempercepat pemulihan peristaltik usus dan mencegah terjadinya konstipasi serta menghilangkan distensi abdomen.

Sistem metabolik

Dengan latihan dapat meningkatkan kecepatan metabolisme, dengan demikian peningkatan produksi dari panas tubuh dan hasil pembuangan. Selama melakukan aktivitas berat, kecepatan metabolisme dapat meningkat sampai 20x kecepatan normal. Berbaring di tempat tidur dan makan diit dapat mengeluarkan 1.850 kalori perhari. Dengan aktivitas juga dapat meningkatkan penggunaan trigliserid dan asam lemak, sehingga dapat mengurangi tingkat trigliserid serum dan kolestrol dalam tubuh.

Sistem Urinary

Karena aktivitas yang kuat dapat menaikkan aliran darah, tubuh dapat memisahkan sampah dengan lebih efektif, dengan demikian dapat mencegah terjadinya statis urinary. Kejadian retensi urin juga dapat dicegah dengan melakukan aktivitas.

 Menurut Mubarak (2008) manfaat mobilisasi dini adalah sebagai beriktu :

1. Meningkatkan kecepatan dan pneumoni hipostatis

Mencegah untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka

Meningkatkan kesadraan mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak

1. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
2. Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka
3. Dapat mencegah kelancaran fungsi ginjal
4. Mengurangi rasa nyeri
5. Meningkatkan perkemihan untuk mencegah retensi urin
6. Meningkatkan metabolisme
7. Mencegah berkurangnya tonus otot
8. Mengembalikan keseimbangan nitrogen
9. Meningkatkan peristaltik
10. Memudahkan ditensi abdominal dan nyeri akibat gas
11. Mencegah konstipasi
12. Mencegah ileus paralitik

Dampak imobilisasi menurut Asmadi (2009), terhadap fisik atau tidak melakukan mobilisasi dini pasien paska operasi terhadap tubuh, yaitu :

1. System integument

Imobilisasi yang lama dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit, seperti abrasi decubitus. Hal tersebut disebabkan karena pada imobilisasi terjadi gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain, dan penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan, sehingga terjadi iskemia pada jaringan yang tertekan. Selain itu, sirkulasi darah yang lambat mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi pada area yang tertekan menurun sehingga laju metabolisme jaringan menurun.

1. Sisitem kardiovaskuler

Dampak imobilisasi terhadap sistem pengaruh kardiovaskular, yaitu :

1. Penurunan cardiac reserve

Imobilisasi mengakibatkan pengaruh simpatis atau sistem adregenik lebih besar daripada sistem kilonergik atau sistem vegal. Hal ini menyebabkan peningkatan denyut jantung.

1. Peningkatan beban kerja jantung

Pada kondisi bedrest yang lama, jantung bekerja lebih keras dan kurang efisien, disertai curah cardiac yang turun selanjutnya akan menurunkan efisiensi jantung dan meningkatkan beban kerja jantung.

1. Sistem respirasi

Terjadi penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi volunter maksimal, penurunan ventilasi/perfusi setempat dan mekanisme batuk yang menurun.

1. Sistem pencernaan

Penurunan kebutuhan kalori pada klien imobilisasi mengakibatkan kehilangan nafsu makan (anoreksia). Kurang bergeak, perubahan makanan dan minuman, meningkatnya arbsorbsi air, serta rendahnya intake cairan dan serat yang mendukung terjadinya konstipasi. Kecepatan metabolisme mengalami penurunan energi yang disebabkan oleh penurunan mobilitas, sehingga metabolisme karbohdrat, lemak dan protein terganggu.

1. Sistem perkemihan

Imobilisasi menyebabkan perubahan pada eliminasi urin. Ureter lalu ke blader yang disbabkan karena adanya gaya gravitasi. Namun pada posisi terlendang, ginjal dan ureter berada pada posisi yang sama sehingga urin tidak dapat melewati ureter dengan baik (urin menjadi statis). Akibatnya urin bayak tersimpan dalam pelvis renal. Kondisi berpotensi tinggi untuk menyebabkan terjadinya infeksi saluran kemih.

1. Sistem muskuloskeletal

Imobilisasi menyebabkan penurunan masa otot (atrofi otot) sebagai akibat dari kecepatan metabolisme yang turun dan kurang aktivitas, sehingga mengakibatkan berkurangnya kekuatan otot sampai akhirnya memburuknya koordinasi pergerakan.

1. Sistem neurosensoris Dampak terhadap sistem neurosensoris tampak pada klien imobilisasi yang dipasang gips akibat fraktur.
	* + 1. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Tahap mobilisasi dini menurut (Doengoes, 2000) :

1. Pada 2-6 jam pertama setelah operasi pada ari pertama

Mobilisasi dini sebaiknya dilakukan sesegera mungkin setelah klien sadar dari masa anestesi atau 2-6 setelah operasi selesai. Mobilisasi dini yang paling sepat adalah mobilisasi dini yang dilaksanakan 2 jam setelah operasi selesai karena efek anestesi sudah hilang dan fungsi tubuh normal sehingga meminimalisasai terjadinya efek samping yang mungkin terjadi seperti pusing, mual dan muntah.

1. Pada 24 jam setelah operasi

Mobilisasi dini yang dilakukan 24 jam setelah operasi adalah meliputi latihan duduk tegak, duduk di tepi tempat tidur dengan kaki digantung, berdiri serta berjalan dalam ruangan.

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

1. Setelah operasi, pada 2-6 jam pertama klien harus tirah baring dahulu.

Mobilisasi din yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumir, menegakkan ototo betis serta menekuk dan menggeser kaki bertujuan agar kerja organ pencernaan kembali normal.

1. Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan tujuannya untuk mencegah terjadinya thrombosisi dan trombo emboli.
2. Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
3. Setelah klien dapat duduk, dianjurkan klien belajar berjalan.

Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Moechtar (2000), meliputi :

1. Hari pertama pasca operasi 24 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan pernafasan dan batuk efektif, kemudian miring kanan dan miring kiri sudah dapat dimulai.
2. Hari kedua, pasien di dudukkan 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
3. Hari ketiga sampai hari ke lima pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandir, dan ke kamar sendiri.
	* + 1. Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi

Dalam pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya cidera, maka perawat yang terlatih perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien.

Berikut diuraikan beberapa tahapan-tahapan mobilisasi dini yang diterapkan pada pasien pasca operasi :

Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini :

1. Peralatan : sarung tangan
2. Atur bed pasien : Atur bed pasien pada posisi datar
3. Kunci semua roda bed pasien
4. Pemberian mobilisasi dini latihan nafas dalam
5. Atur posisi pasien tidur dengan posisi semi fowler penuh dengan lutut ekstensi, abdomen rileks dada ekspresi penuh
6. Letakkan tagan pasien diatas perut
7. Bernafas pelan melalui hidung dengan membiarkan dada ekspansi dan rasakan perut mengempis dengan tangan
8. Tahan nafas selama 3 detik
9. Keluarkan nafas melalui mulut yang terbuka secara perlahan-lahan
10. Ulangi tahapan tersebut sebanyak 3-7 kali
11. Latihan miring kiri dan kanan (Hidayat, 2006)
12. Kembalikan posisi pasien pada posisi terlentang (*supinasi*)
13. Letakkan tangan menyilang di dada pasien
14. Tekuk kaki kiri pasien
15. Bantu pasien memiringkan badan ke arah kanan pasien dan anjurkan pasien menahan posisi tersebut selama 3-5 detik dan bantu pasien mengembalikan dirinya ke posisi awal (*supinasi*)
16. Lakukan tahapan tersebut ke arah yang berlawanan dan kembalikan pasien ke posisi awal (*supinasi*)
17. Latihan otot gluteal
18. Tekan otot pantat pasien secara perlshan
19. Bantu pasien menggerakkan kaki kanan ke atas kemudian tempat tidur dengan posisi kaki lurus dan terangkat ± 30º
20. Ajurkan pasien menahan posisi tersebut selama 5 detik
21. Mengembalikan kaki ke posisi semula
22. Lakukan sebanyak 3-5 kali dengan waktu istirahat 1 menit setiap gerakan ke kanan dan ke kiri
23. Latihan duduk di tempat tidur
24. Dengan satu lengan di bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, dengan posisi pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur (dangling)
25. Berikan intruksi untuk menggoyang-nggoyangkan kaki selama beberapa menit, jangan terlalu memaksa pasien untuk menghindari kelelahan
26. Latihan pernafasan dan batuk efektif
27. Membantu pasien latihan berdiri dan berjalan
28. Petugas harus berada tepat berdiri di depan pasien
29. Letakkan lengan di bawah axila pasien
30. Bantu pasien berdiri sesuai kemampuan untuk menjaga keseimbangan tubuhnya, lakukan latihan ini berulang-ulang
31. Jika sudah ada keseimbangan tubuh, latihan berjalan boleh dilakukan secara bertahap
32. Evaluasi

Evaluasi keadaan dan perasaan setelah melakukan tindakan mobilisasi dini

1. *Sitting balance*

Merupakan membantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur dengan bantuan yang diperlukan (Berger & Williams, 1992dalamHoeman S. P., 2001)

1. Dengan satu lengan bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, pindahkan pasien dengan posisi *dongling*. Dangling adalah pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur.
2. Beri instruksi untuk menggoyangkan kaki selama beberapa menit. Jangan terlalu memaksakan pasien untuk banyak melakukan pergerakkan pada saat bangun untuk menghindari kelelahan.
3. *Standing balance*

Merupakan melatih berdiri dan berjalan. Perhatikan waktu pasien turun dari tempat tidur apakah menunjukkan gejala-gejala pusing, sulit bernafas dan lain-lain. Tidak jarang pasien tiba-tiba kemas akibat hipotensi orthostatik. Menurut (Berger & Williams, 1992dalamHoeman S.P., 2001) memperhatikan pusing sementara adalah proses pemcegahan yang sangat penting saat mempersiapkan pasien untuk mobilisasi dini. Lakukan istorahat sebentar, ukur denyut nadi (Asmadi, 2008). Ketika membantu pasien turun dari tempat tidur perawat harus berdiri tepat di depannya. Pasien meletakkan tangannya dipundak perawat, dan perawat meletakkan tangannya dibawah ketiak pasien. Pasien dibiarkan berdiri sebentar untuk meamstikan tidak merasa pusing. Bila telah terbiasa dengan posisi berdiri, pasien dapat mulai untuk berjalan. Perawat harus berada di sebelah pasien untuk memberikan dukungan dan dorongan fisik, harus hati-hati untuk tidak membuat pasien merasa letih : lamanya periode mobilisasi dini pertama beragam tergantung pada jenis prosedur bedah dan kondisi fisik serta usia pasien (Brunner & Suddart, 2002).

1. *Walking*

Seperti halnya tindakan lainnya, membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas, kekuatan, adanya nyeri, koordinasi dan keseimbangan pasien untuk menentukan jumlah bantuan yang diperlukan pasien. Aktivitas ini mungkin memerlukan alat-alat seperti kruk, tongkat, dan walker. Namun pada prinsipnya perawat dapat melakukan aktivitas ini meskipun tanpa alat.

1. Minta pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan pasien
2. Berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
3. Bantu pasien untuk berjalan (Hidayat, 2006).
	1. **Kerangka Konsep**

**Pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini dan edukasi kemampuan mobilisasi dini post operasi laparatomi.**

**Kemampuan Mobilisasi Dini :**

**Post Operasi Laparatomi**

* **Dapat meningkatkan denyut jantung**
* **Tonus otot dan kemampuan kontraksi otot meningkat**
* **Dapat mencegah pertumpukkan sekret**
* **Memperbaiki nafsu makan**
* **Meningkatkan percepatan metabolisme**
* **Menaikkan aliran darah**

Gambar 2.1KerangkaKonsepPenelitian

Keterangan :

Garis Lurus : Yang Diteliti

* 1. **Hipotesis Penelitian**

H1 : “Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap kemampuan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi”

H0 : “Tidak Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap kemampuan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi”