

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparatomi

2.1.1 Definisi Laparatomi

Laparatomi merupakan suatu potongan pada dinding abdomen dan yang telah di diagnose oleh dokter dan dinyatakan dalam status atau catatan medik pasien. Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen seperti section caesarea sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, S 2010).

Laparatomi 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 obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rektun, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis (Sjamsuhidayat & Wim De Jong 2008).

Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Smeltzer, & Bare, 2002).

2.1.2 Indikasi Laparatomi

Menurut Sjamsuhidayat & Wim De Jong, (2008). Indikasi seseorang untuk dilakukan indikasi laparatomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar, Peritonitis, Perdarahan Saluran Pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obsteri dan ginekologi tindakan laparatomi seringkali juga dilakukan seperti pada operasi Caesar. Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus digestif dan kandungan

seperti apendiksitis, perforasi, hernia, inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis, dan peritonitis.

Berikut ini beberapa indikasi dari laparatomi adalah :

1. Appendicitis

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

2. Section Caesarea

Section Caesarea adalah 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 section 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 (Sjamsuhidayat & Wim De Jong, 2008).

3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endothelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab Peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastrointestinal, appendicitis yang meradang, typhoid, tukak pada tumor.

4. Kanker Colon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur

sekitarnya. Laparoscopi digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price & Wilson, 2006).

5. Abses Hepar

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

6. Ileus Obstriksi

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

2.1.3 Kontraindikasi Laparatomi

Menurut Hidayat. A (2010), ada beberapa kontraindikasi yang terjadi dengan dilakukannya laparatomi yaitu :

1. Ventilasi paru tidak adekuat
2. Terjadi gangguan kardiovaskuler
3. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Serta akan terjadi adanya gangguan rasa nyaman.

2.1.4 Jenis Sayatan Operasi Laparatomi

Menurut Sjamsuhidayat & Wim De Jong, (2010), bedah laparatomi yang merupakan teknik sayatan atau insisi yang dilakukan pada dinding perut abdomen. Teknik insisi abdomen ada dua, yaitu insisi abdomen atas merupakan jenis insisi yang digunakan untuk pembedahan kandung empedu, lambung doedenum, limpa dan hati, sedangkan insisi abdomen bawah digunakan untuk pembedahan pada pasien dengan obstruksi usus atau gangguan pelvis (terutama kasus obsteri dan gynecologi).

Beberapa Jenis sayatan dapat dilakukan pada bedah digestive dan kandungan.

Sjamsuhidayat & Wim De Jong, (2010), dimana arah sayatan meliputi :

1. Midline Epigastric Incision (irisan media atas)

Insisi dilakukan persis pada garis tengah dimulai dari ujung Proc. Xiphoideus hingga satu sentimeter diatas umbilikus. Membuka peritonium dari bawah.

2. Sub – Umbilikal Incision (irisan media bawah)

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

3. Paramedian Incision “trap door” (konvensional)

Insisi ini dapat dibuat baik di sebelah kanan atau kiri dari garis tengah. Kira-kira 2,5 – 5 cm dari garis tengah. Insisi dilakukan vertikal, diatas sampai bawah umbilikus, M. Rectus Abdominis didorong ke lateral dan peritonium dibuka juga 2,5 cm lateral dari garis tengah.

4. Lateral Paramedian Incision

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

5. Vertical Muscle Splitting Incision (paramedian transrect)

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

6. Kocher Subcostal Insision

Insision Subcostalkan yang biasanya digunakan untuk pembedahan empedu dan saluran empedu.

7. McBurney Gridiron (Irisan oblique)

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

8. Rocky Davis

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

9. Pfannentiel Incision

Insisi yang populer dalam bidang ginekologi dan juga dapat memberikan akses pada ruang retroperitoneal pada laki-laki untuk melakukan extraperitoneal retroperitoneal prostatectomy

10. Insisi Thoracoabdominal

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

2.1.5 Komplikasi Post Operasi Laparatomi

Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman dan kecelakaan. Menurut Hidayat, (2014), beberapa komplikasi dari laparatomi yaitu :

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 dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, dan ambulatif dini.

2. Infeksi luka operasi

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

3. Gas Gangrene

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

4. Hematoma

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

5. Keloid scar

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

6. Abdominal wound disruption and Evisceration

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 sebagai akibat batuk dan muntah.

2.2 Konsep General Anastesi

2.2.1 Definisi General Anastesi

Anastesi umum adalah tindakan bius yang meniadakan rasa nyeri secara sentral disertai hilangnya kesadaran yang reversible (Miharja, 2009).

Anastesi umum biasanya dimanfaatkan untuk tindakan operasi besar yang memerlukan ketenangan pasien dan waktu pengerjaan lebih panjang, misalnya pada

kasus bedah jantung, pengangkatan batu empedu, bedah konstruksi tulang dan lain-lain. Anestesi umum ialah suatu keadaan yang ditandai dengan hilangnya persepsi terhadap semua sensasi akibat induksi obat (Munaf, 2008).

2.2.2 Tahap-Tahap General Anestesi

Anestesi terdiri dari empat tahap yang masing-masing mempunyai kelompok dan tanda gejala yang pasti.

1. Tahap I : Anestesi Awal

Dengan pasien menghirup campuran anestetik, hangat, pening, dan perasaan terpisah dari lingkungan yang mungkin dirasakan pasien

2. Tahap II : Excitement

Fase ini ditandai dengan gerakan melawan, berteriak, berbicara, bernyanyi, tertawa bahkan menangis.

3. Tahap III : Anestesi Bedah

Anestesi bedah dicapai dengan pemberian kontinu uap atau gas anestetik.

4. Tahap IV : Takarlajak

Tahap ini dicapai ketika terlalu banyak anestesi telah diberikan

2.2.3 Jenis-Jenis General Anestesi

1. Anestesi intravena

Anestesi intravena adalah pemberian obat-obatan anestesi melalui jalur intravena, baik obat yang berkhasiat hipnotik atau analgesic maupun pelumpuh otot (Mangku, 2010)

2. Anestesi

Anestesi inhalasi adalah pemberian obat-obatan anestesi yang berupa gas atau cairan yang mudah menguap yang diberikan melalui nafas pasien (Mangku, 2010).

2.3 Konsep Mobilisasi Dini

2.3.1 Definisi Mobilisasi Dini

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 dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas 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, 2012).

2.3.2 Tujuan Mobilisasi Dini

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urin
6. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian
7. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi (Susan, 2014)

2.3.3 Indikasi Mobilisasi Dini

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
2. Kelemahan otot
3. Fase rehabilitas fisik

4. Klien dengan tirah baring lama

2.3.4 Kontra Indikasi Mobilisasi Dini

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

1. Thrombus/emboli pada pembuluh darah
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)
4. Trauma modula spinalis atau trauma system saraf pusat

2.3.5 Jenis – Jenis Mobilisasi Dini

Jenis mobilisasi menurut Hidayat (2012) ada dua macam yaitu :

1. Mobilisasi dini penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris volunteer dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang (Hidayat, 2006).

2. 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 :

- a. Mobilisasi dini sebagian temporer

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

b. 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, poliomyelitis karena terganggunya system saraf motoric dan sensorik

2.3.6 Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Faktor yang mempengaruhi mobilisasi menurut Hidayat (2012), yaitu :

1. Gaya hidup

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

2. Proses penyakit/injury

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

3. Tingkat energy

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

4. 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.

5. Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja. Sedangkan pada usia lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi 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 (A. Aziz Alimul Hidayat, 2006).

6. Pengetahuan

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

Pemahaman tentang pergerakan mobilisasi membutuhkan lebih dari satu pemahaman tentang pergerakan fisiologis, serta regulasi pergerakan oleh sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Orang disekitar 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, 2010).

2.3.7 Manfaat Melakukan Mobilisasi Dini

Menurut Potter & Perry (2010), keuntungan yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut :

1. Sistem kardiovaskuler

Dengan melakukan latihan atau mobilisasi yang adekuat dapat meningkatkan denyut jantung (heart rate), menguatkan kontraksi 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.

2. 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 meningkatkan fleksibilitas tonus otot dan range of motion.

3. 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 penumpukan sekret pada bronkus dan bronkiolus, menurunkan usaha pernafasan.

4. 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.

5. 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 norma. Berbaring di tempat tidur dan makan diit dapat mengeluarkan 1.850 kalori perhar. Dengan aktivitas juga dapat meningkatkan penggunaan trigliserid dan asam

lemak, sehingga dapat mengurangi tingkat trigliserid serum dan kolesterol dalam tubuh.

6. Sistem Urinary

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

Menurut Mubarak (2015) manfaat mobilisasi dini adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan
 - a. Mencegah atelektase dan pneumoni hipostatis
 - b. Meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak
2. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
 - a. Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka
 - b. Dapat mencegah thrombophlebitis
 - c. Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal
 - d. Mengurangi rasa nyeri
3. Meningkatkan perkemihan untuk mencegah retensi urin
4. Meningkatkan metabolisme
 - a. Mencegah berkurangnya tonus otot
 - b. Mengembalikan keseimbangan nitrogen
5. Meningkatkan peristaltik
 - a. Memudahkan terjadinya flatus
 - b. Mencegah distensi abdominal dan nyeri akibat gas
 - c. Mencegah konstipasi
 - d. Mencegah ileus paralitik

Dampak imobilisasi menurut Asmadi (2012), 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.

2. Sistem kardiovaskular

Dampak imobilisasi terhadap system kardiovaskular yaitu :

a. Penurunan cardiac reserve

Imobilisasi mengakibatkan pengaruh simpatis atau system adrenergik lebih besar daripada system klonergik atau system vegal. Hal ini menyebabkan peningkatan denyut jantung.

b. Peningkatan beban kerja jantung

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

c. System respirasi

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

d. System pencernaan

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

e. System perkemihan

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

f. System muskuluskeletal

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.

g. System neurosensoris

Dampak terhadap sistem neurosensoris tampak nyata pada klien imobilisasi yang dipasang gips akibat fraktur.

2.3.8 Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Tahap mobilisasi dini menurut (Dongoes, 1999):

1. Pada 2-6 jam pertama setelah operasi atau pada hari pertama

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

2. 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 laparomi dapat dilakukan secara bertahap, yaitu :

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

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

2. Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan tujuannya untuk mencegah terjadinya thrombosis dan trombo emboli.
3. Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
4. 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 2-6 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 dudukan 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
3. Hari ketiga sampai hari kelima pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan disekitar kamar, ke kamar mandi, dan ke kamar sendiri.

2.3.9 Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi

Dalam pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya cedera, maka perawat yang terlatih perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien (Thomso, 2002).

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

Pra mobilisasi dini bertujuan untuk mempersiapkan otot untuk berdiri dan berjalan yang dipersiapkan lebih awal ketika pasien bergerak dari tempat tidur (Hoeman, 2001).

Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini :

1. Peralatan : Sarung tangan
2. Atur bed pasien : Atur bad pasien pada posisi datar
3. Kunci semua roda bed pasien
4. Pemberian mobilisasi dini latihan nafas dalam
 - Atur posisi pasien tidur dengan posisi semi fowler penuh dengan lutut ekstensi, abdomen rileks dan dada ekspresi penuh

- Letakkan tangan pasien diatas perut
 - Bernafas pelan melalui hidung dengan membiarkan dada ekspansi dan rasakan perut mengempis dengan tangan
 - Tahan nafas selama 3 detik
 - Keluarkan nafas melalui mulut yang terbuka secara perlahan-lahan
 - Ulangi tahapan tersebut sebanyak 3-7 kali
5. Latihan miring kiri dan kanan (Alimul A, 2002)
- Kembalikan posisi pasien pada posisi terlentang (*supinasi*)
 - Letakkan tangan menyilang di dada pasien
 - Tekuk kaki kiri pasien
 - 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*)
 - Lakukan tahapan tersebut ke arah yang berlawanan dan kembalikan pasien ke posisi awal (*supinasi*)
6. Latihan otot gluteal
- Tekan otot pantat pasien secara perlahan
 - Bantu pasien menggerakkan kaki kanan ke atas kemudian tempat tisu dengan posisi kaki lurus dan terangkat $\pm 30^\circ$
 - Anjurkan pasien menahan posisi tersebut selama 5 detik
 - Mengembalikan kaki ke posisi semula
 - Lakukan sebanyak 3-5 kali dengan waktu istirahat 1 menit setiap gerakan ke kanan dan ke kiri
7. Evaluasi
- Evaluasi keadaan dan perasaan setelah melakukan tindakan mobilisasi dini

8. *Sitting balance*

yaitu membantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur dengan bantuan yang diperlukan (Berger & Williams, 1992)

1. Dengan satu lengan bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, pindahkan pasien dengan posisi *dangling* (Thomson, 2002). *Dangling* adalah pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur.
2. Beri instruksi untuk menggoyangkan kaki selama beberapa menit (Bai, 2009). Jangan terlalu memaksakan pasien untuk banyak melakukan pergerakan pada saat bangun untuk menghndari kelelahan.

9. *Standing balance*

yaitu 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 lemas akibat hipotensi orthostatik. Menurut (Berger & Williams, 1992) memperhatikan pusing sementara adalah proses pencegahan yang sangat penting saat mempersiapkan pasien untuk mobilisasi dini. Lakukan istirahat sebentar, ukur denyut nadi (Asmadi, 2008). Ketika membantu pasien turun dari tempat tidur perawat harus berdiri tepat didepannya. Pasien meletakkan tangannya dipundak perawat, dan perawat meletakkan tangannya dibawah ketiak pasien. Pasien dibiarkan berdiri sebentar untuk memastikan tidak merasa pusing. Bila telah terbiasa dengan posisi berdiri, pasien dapat mulai untuk berjalan. Perawat harus berada disebelah 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 & Suddarth, 2002).

10. *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 seperti kruk, tongkat, dan *walker*. Namun pada prinsipnya perawat dapat melakukan aktivitas ini meskipun tanpa alat.

1. Minta pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan pasien
2. Berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
3. Bantu pasien untuk berjalan (Alimul, 2002).

2.4 **Konsep Pengetahuan**

2.4.1 **Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” penginderaan manusia terhadap suatu obyek tertentu. Proses pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overing behavior*) (Notoatmodjo, 2011).

Dari pengamatan dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yang disebut AIETA, yaitu:

1. Awareness (*kesadaran*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
2. Interest (*merasa tertarik*) terhadap stimulus atau obyek tersebut. Disini sikap subyek sudah mulai timbul
3. Evaluation (*menimbang*) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Trial, dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. Adaptation, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. (Notoatmodjo, 2011).

2.4.2 Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*real*)

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu komponen untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.4.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo, 2011 ada 2 macam cara memperoleh pengetahuan, yaitu Cara tradisional atau nonilmiah, yakni memperoleh pengetahuan tanpa melalui penelitian ilmiah, yaitu :

1. Cara coba salah (*Trial and error*)

Cara ini dapat dipakai orang sebelum ada kebudayaan bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu seseorang apabila menghadapi masalah atau persoalan, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja, dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah. Apabila kemungkinan itu tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain.

2. Secara kebetulan

Pengertian diperoleh secara kebetulan, terjadi secara tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

3. Cara kekuasaan atau otoritas

Pengetahuan diperoleh dengan menerima pendapat orang lain tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri.

4. Pengalaman pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam pemecahan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

5. Cara akal sehat (*common sense*)

Cara akal sehat kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Orang tua zaman dahulu menggunakan cara hukuman fisik anaknya apabila berbuat salah. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang palimh baik).

6. Kebenaran atau wahyu

Ajaran atau dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para nabi. Kebenaran ini harus diyakini oleh pengikut-pengikut agama bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau baik.

7. Kebenaran secara intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.

8. Melalui jalan pikiran

Merupakan cara melahirkan pikiran seseorang secara tidak langsung melalui pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungan sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

9. Induksi

Dalam berpikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra, kemudian disimpulkan kedalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala. Karena proses berpikir induksi itu beranjak dari suatu pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.

10. Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus. Dalam berpikir deduksi bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umum pada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada dalam kelas itu.

11. Cara modern atau cara ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan ilmiah yakni melalui proses penelitian. Cara ini tersebut metode penelitian ilmiah (*research methodology*) (Notoadmodjo, 2010).

2.4.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan atas (Notoatmodjo, 2011).

2.4.5 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang menurut Mubarak et. al (2007) yaitu:

1. Umur

Umur mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya umur akan menyebabkan meningkatnya daya tangkap dan pola pikir, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik.

2. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan yang dimiliki oleh seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi.

3. Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun social. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam diri pribadi individu yang berada dalam lingkungan tersebut.

4. Media massa / Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek, sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

5. Sosial dan budaya

Tradisi dan kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat tanpa melalui proses penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Status ekonomi seseorang dapat

menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status social ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

6. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan menjadi cara untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam pemecahan masalah yang dihadapi di masa lalu.

7. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan.

8. Pekerjaan

Pekerjaan juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dimana pekerjaan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas seseorang untuk memperoleh penghasilan agar kebutuhan dapat terpenuhi. (Notoatmodjo, 2011).

2.4.6 Indikator Pengetahuan

Arikunto (2006), menjelaskan pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

1. Baik : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan.
2. Cukup : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan.
3. Kurang : Bila subyek mampu menjawab dengan benar 40% - 55% dari seluruh pertanyaan.

2.5 Tingkat Pengetahuan Pasien Post Operasi Laparatomi Tentang Mobilisasi Dini

Menurut padila (2014), semakin cukup umur seseorang, tingkat kematangan dalam berpikir semakin baik. Sehingga dengan demikian, responden responden mampu menjawab kuesioner yang diberikan peneliti karena memiliki kematangan berpikir.

Teori yang dikemukakan oleh Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, pekerjaan, dan umur. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nursalam (2008) bahwa pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga akan cepat mengerti kondisi penyakitnya dengan operasi yang dijalani.

Salah satu manfaat mobilisasi dini adalah meningkatkan sirkulasi peredaran darah, meningkatnya sirkulasi peredaran darah menimbulkan proses vasokonstriksi yang diikuti vasodilatasi local sehingga merangsang peningkatan tonus otot kemudian jaringan akan menghangatkan tubuh.

Berdasarkan masalah diatas, peneliti dapat menyimpulkan bahwa responden dengan pengetahuan baik dapat melaksanakan mobilisasi dini dengan kategori baik karena pengetahuan merupakan aspek penting yang melandasi terbentuknya perilaku seseorang, perilaku yang didasari oleh pengetahuan dapat berlangsung lama sehingga ketika seseorang mengetahui manfaat dan kebaikan untuk melakukan mobilisasi dini maka orang tersebut akan mengaplikasikan pengetahuan yang dimilikinya untuk mempercepat proses penyembuhannya.

2.6 Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi

Menurut teori Potter & Perry (2006), ketidaktahuan dan rendahnya tingkat pengetahuan pasien tentang pentingnya ambulasi dini pasca operasi juga menjadi salah satu faktor penghambat pelaksanaan mobilisasi dini. Sejalan dengan teori menurut Barlow (2002), bahwa pasien dalam pelaksanaan mobilisasi dini dapat dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan pasien, individu yang memiliki pengetahuan baik akan semakin baik pula dalam melaksanakan mobilisasi dibandingkan dengan

individu yang memiliki pengetahuan kurang.

Responden dengan kategori kurang dalam pelaksanaan mobilisasi dini juga disebabkan karena faktor dukungan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini adalah dukungan keluarga (Potter & Perry, 2006).

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Garrison, 2004). Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh.

Pasien yang membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan mobilisasi dini, maka pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan. Keterlambatan ambulasi dini pada pasien akan menyebabkan kontraktur yang permanen, kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, atrofi, dan penurunan aktifitas (Wahyuningsih, 2005). Kebanyakan pasien merasa takut untuk bergerak setelah pembedahan (Brunner & Suddarth, 2002).

2.7 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi dengan General Anastesi dan Spinal Anastesi.

Pasien dengan post operasi laparatomi ini lebih cenderung berbaring di tempat tidur karena pasien masih mempunyai rasa takut untuk bergerak. Di samping itu, kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai mobilisasi dini juga menyebabkan pasien enggan untuk melakukan pergerakan post operasi.

Pada pasien post operasi seperti laparatomi, sangat penting untuk melakukan pergerakan atau mobilisasi. Banyak masalah yang akan timbul jika pasien post operasi laparatomi tidak melakukan mobilisasi sesegera mungkin, seperti pasien tidak lekas

flatus, tidak dapat BAK (retensi urin), perut menjadi kaku (*distended abdomen*), terjadi kekuan otot dan sirkulasi darah tidak lancar (Smeltzer, 2010).

Pengetahuan merupakan unsur yang sangat penting terbentuknya suatu tindakan perilaku (*practice*) yang menguntungkan suatu kegiatan, pengetahuan yang kurang akan mengakibatkan kurang dapat menerapkan suatu keterampilan (Notoatmodjo, 2010). Jadi seseorang yang memiliki pengetahuan luas tentang merawat kesehatannya maka akan lebih sadar untuk melakukan mobilisasi dini dari pada orang dengan pengetahuan sempit.

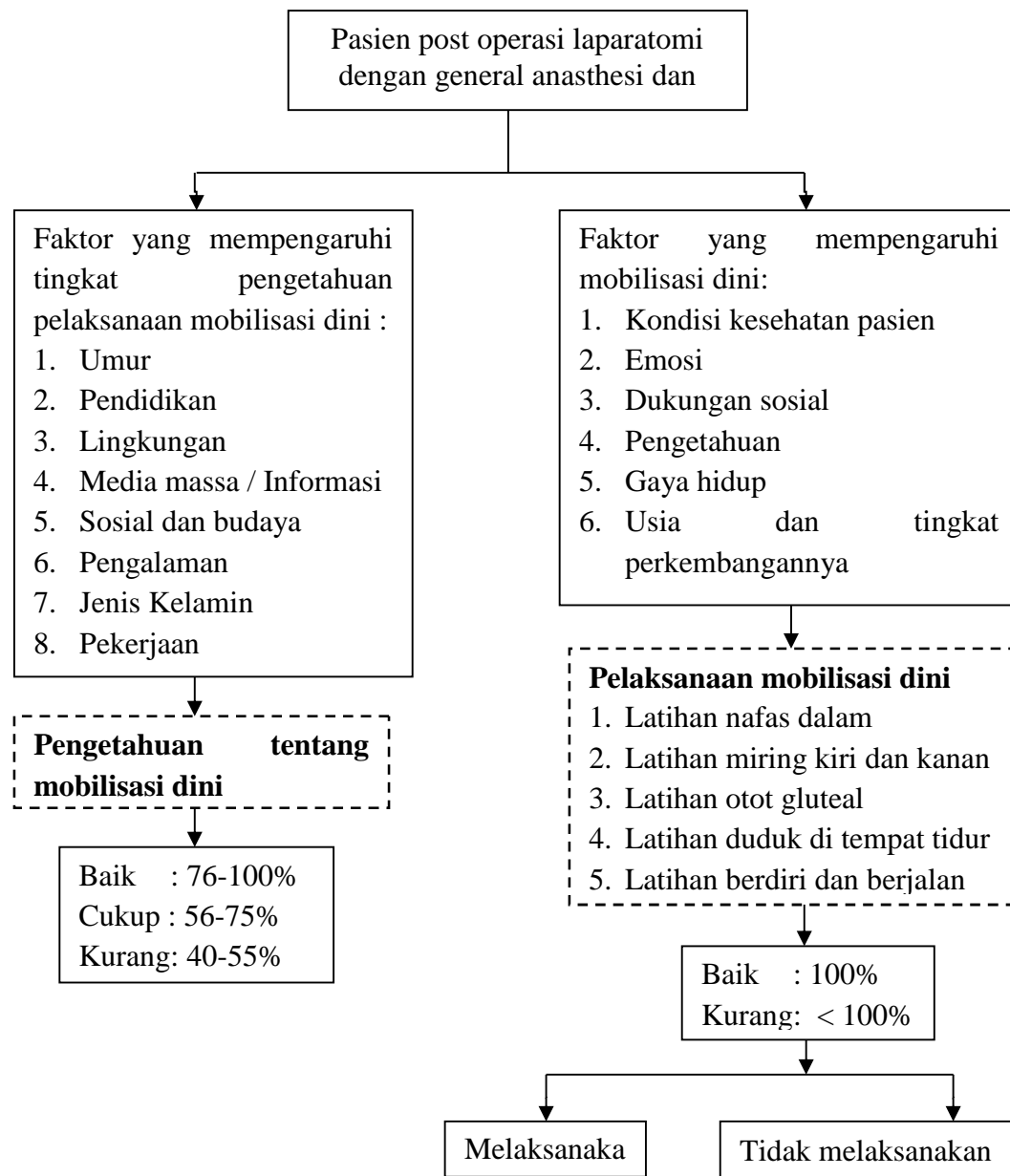
Menurut Notoatmodjo (2010) bahwa pengetahuan merupakan domain kognitif yang sangat penting untuk mengubah sikap dan perilaku seseorang. Pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai mobilisasi dini dan cara-cara mobilisasi dini yang tepat dapat mencegah resiko timbulnya komplikasi yang dapat terjadi setelah operasi (Nainggolan, 2013).

Menurut padila (2014), semakin cukup umur seseorang, tingkat kematangan dalam berpikir semakin baik. Sehingga dengan demikian, responden responden mampu menjawab kuesioner yang diberikan peneliti karena memiliki kematangan berpikir.

Teori yang dikemukakan oleh Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, pekerjaan, dan umur. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nursalam (2008) bahwa pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga akan cepat mengerti kondisi penyakitnya dengan operasi yang dijalani. Salah satu manfaat mobilisasi dini adalah meningkatkan sirkulasi peredaran darah,

meningkanya sirkulasi peredaran darah menimbulkan proses vasokonstriksi yang diikuti vasodilatasi local sehingga merangsang peningkatan tonus otot kemudian jaringan akan menghangatkan tubuh.

2.8 Kerangka Konseptual



Keterangan :

----- : Yang diteliti

————— : Yang tidak diteliti

Bagan 2.9 Kerangka Konseptual Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Dengan General Anastesi Di Ruang Bedah RS. Lavalette Malang.

2.9 Hipotesis

Ha: Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi dengan general anastesi di Ruang Bedah Rumah Sakit Lavalette Malang.