

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU PASIEN  
*APPENDICITIS* AKUT PASCA *APPENDICTOMY* DENGAN  
MOBILISASI DINI DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI HASIL PENELITIAN**



**DIAJUKAN OLEH**

**REDI SETIAWAN**

**1411308230894**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

**Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Prilaku Pasien *Appendicitis*  
Akut Pasca *Appendectomy* dengan Mobilisasi Dini di  
Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Abdul  
Wahab Sjahranie**

Redi Setiawan<sup>1</sup>, Rini Ernawati<sup>2</sup>, Ramdhany Ismahmudi<sup>3</sup>

**INTISARI**

**Latar Belakang:** *Appendectomy* atau operasi pengangkatan usus buntu merupakan kedaruratan bedah abdomen yang sering dilakukan untuk mengatasi *appendicitis*, namun masih ada proses penyembuhan yang harus dilalui pasca pembedahan. Seiring dengan proses penyembuhan pasca pembedahan tersebut, salah satu program perawatan yang penting untuk mendukung kesembuhan pasien adalah dengan membantu pasien melakukan mobilisasi dini. Untuk itu, pasien pasca pembedahan *appendectomy* membutuhkan pengetahuan dan perilaku yang baik dalam melakukan mobilisasi dini dengan benar. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku pasien *appendicitis* akut pasca *appendectomy* di ruang cempaka RSUD A.W Sjahranie Samarinda

**Tujuan :** Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku pasien *appendicitis* akut pasca *appendectomy* dengan mobilisasi dini di ruang cempaka RSUD A.W Sjahranie.

**Metode :** Penelitian menggunakan jenis penelitian *deskriptive correlation* dengan rancangan *cross sectional* dan teknik pengambilan data yang digunakan adalah total sampling. Sampel pada penelitian ini yaitu semua pasien yang menjalani tindakan *appendectomy* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu berjumlah 40 responden. Analisis data menggunakan *univariat* dan *bivariat* menggunakan uji *chi-square*.

**Hasil Penelitian :** Dari hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan pasien *appendicitis* akut pasca *appendectomy* dengan mobilisasi dini. Untuk mayoritas responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik, dari 20 responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik dengan mobilisasi dini baik sebanyak 14 orang (35%), sedangkan dari 20 responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik dengan mobilisasi dini kurang baik sebanyak 6 orang (15%). Dan untuk mayoritas responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik, dari 20 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik dengan mobilisasi dini baik sebanyak 5 orang (12,5%), sedangkan dari 20 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik dengan mobilisasi dini kurang baik sebanyak 15 orang (37,5%).

**Kesimpulan :** Ada hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku pasien *appendicitis* akut pasca *appendectomy* dengan mobilisasi dini di ruang cempaka RSUD A.W Sjahranie.

**Kata Kunci :** Tingkat Pengetahuan, Prilaku Pasien, Mobilisasi Dini

---

<sup>1</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

**Relationship of Knowledge and Behavior Appendicitis Patients Mobilize with Acute Post Early Appendectomy in the General Hospital Abdul Cempaka Wahab Sjahranie**

Redi Setiawan, Rini Ernawati, Ramdhany Ismahmudi

ESSENCE

**Background:** Appendectomy or surgical removal of the appendix is an emergency abdominal surgery is often done to overcome appendicitis, but still there is a healing process that should be passed after surgery. Along with post-surgery healing after surgery, one of the treatment programs that are important to support the patient's recovery is by helping patients perform early mobilization. Therefore, patients with post-surgical appendectomy requires knowledge and behavior in conducting early mobilization correctly. This study aimed to analyze the relationship between the level of knowledge and behavior of patients with acute appendicitis after appendectomy in the hospital room cempaka A.W Sjahranie Samarinda

**Objective:** The study aimed to determine the correlation between knowledge and behavior of patients with acute appendicitis after appendectomy with early mobilization in the room cempaka Hospital A.W Sjahranie 2015.

**Methods:** The study used research types descriptive correlation with cross sectional design and data collection technique used is total sampling Samples in this research that all patients undergoing appendectomy action in hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda which amounted to 40 respondents. Analysis of data using univariate and bivariate using chi-square test.

**Results :** From the analysis of the relationship between the level of knowledge of post appendectomy acute appendicitis patients with early mobilization. For the majority of respondents who have a level of knowledge is good, from 20 respondents who have a level of knowledge of good with early mobilization both as many as 14 people (35%), while 20 respondents who have a level of knowledge of good with early mobilization poorly as many as 6 people (15%) , And for the majority of respondents who have knowledge kurag tingkat good, from 20 respondents who have a level of knowledge that is less good with good mobilization of as many as five people (12.5%), while of the 20 respondents who have a level of knowledge that is not good with early mobilization less either as many as 15 people (37.5%).

**Conclusion:** There is a relationship between the level of knowledge and behavior of patients with acute appendicitis after appendectomy with early mobilization in the room cempaka Hospital A.W Sjahranie 2015.

**Keywords:** Level of Knowledge, Behavior Patients, Early Mobilization

---

<sup>1</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>STIKES Muhammadiyah Samarinda

# **MOTTO**

***Jangan takut jatuh, karena yang tidak pernah memanjatlah yang tidak pernah jatuh. Jangan takut gagal, karena yang tidak pernah gagal hanyalah orang-orang yang tidak pernah melangkah. Jangan takut salah, karena dengan kesalahan yang pertama kita dapat menambah pengetahuan untuk mencari jalan yang benar pada langkah yang kedua***

***(Buya Hamka)***

***Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari betapa dekatnya mereka dengan keberhasilansaat mereka menyerah***

***(Thomas Alfa Edison)***

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT dengan rahmat dan rahim-Nya yang telah memberikan taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga penulis bisa menyusun skripsi penelitian ini yang berjudul "HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU PASIEN *APPENDICITIS* AKUT PASCA *APPENDICTOMY* DENGAN MOBILISASI DINI DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA". Proposal ini merupakan salah satu syarat meraih gelar sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan. Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Ghozali MH, M. Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Bapak dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp. B, FINAC, M. Kes selaku Pemimpin BLUD RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh, S. Pd. M. Kep selaku ketua Program Studi SI Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Ibu Ns. Tri Wahyuni, M.Kep.,Sp.Mat selaku penguji yang banyak member saya masukan-masukan untuk dapat memperbaiki dan menyempurnakan proposal yang sedang saya buat. Dan sebagai pembimbing I.

5. Ibu Rini Ernawati, S.PdM.Kep selaku pembimbing I yang selalu sabar dan banyak memberikan bimbingan kepada saya dan sebagai pembimbing II.
6. Bapak Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH selaku pembimbing II yang telah memberi saran dan masukan untuk perbaikan skripsi ini dan sebagai Penguji III.
7. Bapak Faried Rahman H, S. Kep. Ns, M. Kes selaku Koordinator matakuliah.
8. Seluruh Dosen dan Staff Pendidikan Stikes Muhammadiyah Samarinda.
9. Orang tua saya Tercinta Ayahhanda Saya (H. Poneran, M.Pd) dan Ibunda Saya (Hj. Sarinah, M.Pd) Kakak Saya tersayang (Reni Setiawati, S.Keb), Beserta suami, Keponakanku satu-satunya (Syahidah Whidah) serta Keluarga besar saya yang telah memberikan support selama menyusun skripsi penelitian ini.
10. Kepada Teman Dekat Saya, Wanita Yang Baik (FL, S.Kep) yang telah memberi semangat kepada saya untuk berubah menjadi lebih baik lagi kedepannya, Sahabat-Sahabat saya teman-teman Kontrakan AWS dan Mbak (Rusilawati, S.Kep) Seluruh teman-teman Stikes Muhammadiyah Samarinda Program S-1 IlmuKeperawatan (Transfer) Angkatan VII you are the best yang saling memberi semangat demi satu kata Wisuda Tahun ini.

11. Teman-teman crue Cempaka&Picu RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah banyak memberikan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.

12. Semua pihak yang turut membantu dalam pelaksanaan pembuatan skripsi ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga segala amal kebaikan semua pihak yang telah membantu dan mendukung penulis menyelesaikan skripsi ini mendapatkan balasan dari Allah SWT dan skripsi ini dapat bermanfaat di kemudian hari Amiin.

Samarinda, 22 Februari 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Halaman sampul .....</b>	<b>i</b>
<b>Halaman Judul .....</b>	<b>ii</b>
<b>Halaman Pernyataan Keaslian Proposal Penelitian.....</b>	<b>iii</b>
<b>Halaman Persetujuan .....</b>	<b>iv</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>v</b>
<b>Motto .....</b>	<b>vi</b>
<b>Kata Pengantar.....</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Isi.....</b>	<b>ix</b>
<b>Daftar Tabel .....</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Lampiran .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Keaslian Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	10
B. Mobilisasi Dini .....	10
C. Pengetahuan .....	31



D. Perilaku .....	39
E. Appendicitis .....	46
F. Penelitian Terkait.....	56
G. Kerangka Teori Penelitian .....	58
H. Kerangka Konsep Penelitian .....	60
I. Hipotesis /Pertanyaan Penelitian .....	62

### **BAB III METODELOGI PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian.....	63
B. Populasi dan Sampel .....	64
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	67
D. Definisi Operasional.....	68
E. Instrumen Penelitian .....	70
F. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	71
G. Uji Normalitas Data.....	73
H. Teknik Pengumpula Data .....	75
I. Teknik Analisa Data .....	76
J. Etika Penelitian.....	83
K. Rencana Jalannya penelitian .....	86
L. Etika Penelitian.....	83
M. Rencana Jalannya penelitian .....	86

#### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian.....	89
B. Hasil Uji Normalitas .....	91
C. Hasil Analisis Unuvariat .....	92
D. Karakteristik Responden .....	93
E. Variable Independen .....	95
F. Variable Dependen .....	96
G. Hasil Analisis Bivariat .....	97
H. Pembahasan .....	100
I. Analisis Univariat .....	107
J. Analisa Bivariat .....	111
K. Keterbatasan Penelitian .....	115

#### **BAB VKESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	116
B. Saran .....	118

#### **DAFTAR PUSTAKA .....**

#### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

#### **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kerangka Teori.....	58
Tabel 2.2	Kerangka Konsep .....	60
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	68
Tabel 3.2	Kisi-kisi Instrumen Untuk Variabel Pengetahuan pasien tentang Mobilisasi Dini .....	70
Tabel 4.1	Hasil Uji Normalitas Variable Tingkat Pengetahuan Dan Mobilisasi Dini.....	91
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Responden (Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan Dan Pendidikan).....	93
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Responden Pengetahuan Dan Perilaku .....	95
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Responden Mobilisasi Dini .....	96
Tabel 4.5	Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Mobilisasi Dini .....	97
Tabel 4.6	Analisis Hubungan perilaku Dengan Mobilisasi Dini ..	99

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner A : Data Demografi /Karakteristik Responden
- Lampiran 4 : Lembar Kuesioner B : Tingkat pengetahuan pasien tentang Mobilisasi dini
- Lampiran 5 : Lembar Observasi : Mobilisasi Dini
- Lampiran 6 : Uji Normalitas
- Lampiran 7 : Analisis Karakteristik Responden
- Lampiran 8 : Analisis Univariat
- Lampiran 9 : Analisis Bivariat
- Lampiran 10 : Uji Validitas
- Lampiran 11 : Soal Uji Validitas

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Keperawatan merupakan suatu seni dan ilmu yang mencakup berbagai aktivitas, konsep, dan keterampilan yang berhubungan dengan ilmu sosial dan fisik dasar, etika dan isu-isu yang beredar serta bidang lain (Potter, 2005). Definisi keperawatan telah berkembang sepanjang waktu. Sejak zaman Florence Nightingale, yang telah menulis pada tahun 1858 bahwa tujuan sebenarnya dari keperawatan adalah “menempatkan pasien pada kondisi yang paling baik agar asuhan dapat berlangsung sebaik-baiknya”, sedangkan Asosiasi Perawat Amerika (*American Nurses Association-ANA*), dalam Pernyataan Kebijakan Sosialnya (*Social Policy*) pada tahun 1995 mendefinisikan keperawatan sebagai “diagnosis dan tindakan terhadap respons manusia pada keadaan sehat maupun sakit” (Smeltzer, 2002). Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan profesional ditujukan pada berbagai respons individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya termasuk respons pasien yang menjalani pembedahan seperti pada pasien dengan *appendectomy*.

*Appendicitis* adalah peradangan pada *apendiks 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, 2000). *Apendisitis 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 *apendisitis 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.

*Appendectomy* atau operasi pengangkatan usus buntu merupakan kedaruratan bedah abdomen yang sering dilakukan di berbagai Negara di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, lebih dari 250.000 *appendectomy* dikerjakan tiap tahunnya (Cetrione, 2009). Insiden *apendicitis* akut cenderung stabil di Amerika Serikat selama 30 tahun terakhir, sedangkan insiden *apendicitis* akut lebih rendah di negara berkembang dan negara terbelakang, terutama negara-negara Afrika, dan lebih jarang pada kelompok sosio ekonomi rendah.

Sementara itu di Indonesia insiden *apendicitis akut* cukup tinggi, terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ke tahun. Berdasarkan data yang diperoleh dari Depkes (2008), kasus *apendicitis*

akut pada tahun 2005 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2007 jumlah pasien *appendicitis* akut sebanyak 75.601 orang.

Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie adalah merupakan salah satu rumah sakit umum pemerintah yang terletak di Samarinda Kalimantan Timur. Rumah sakit ini juga menerima berbagai macam jenis penyakit, salah satunya *appendicitis* akut atau yang biasa orang awam menyebutnya dengan penyakit usus buntu. Penyakit *appendicitis* akut dapat diobati dengan dilakukan operasi pengangkatan appendiks atau *appendectomy*. Pasien yang akan menjalani operasi, sebelumnya dirawat terlebih dahulu di Ruang Cempaka. Untuk mendapatkan perawatan baik terlebih dahulu, sebelum menjalani operasi maupun sesudah operasi, kecuali pasien *appendectomy* harus dengan operasi cito.

Berdasarkan hasil wawancara pada salah satu perawat yang berdinis di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie, jumlah pasien *Appendicitis* akut pasca *Appendectomy* selama periode 3 bulan terakhir dari bulan Juli-September 2015 jumlah pasien *Appendectomy* sebanyak 136 pasien dengan lama hari rawat rata-rata 3 hari. Salah satu program perawatan yang penting untuk mendukung kesembuhan pasien adalah dengan membantu pasien melakukan mobilisasi dini pasca operasi.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak

bebas, mudah, teratur, dalam 23 rangka memenuhi kebutuhan hidup sehat dan penting untuk kemandirian (Kozier 2011). Menurut (Smeltzer, 2005) Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasien pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar.

Mobilisasi dini pada pasien pasca bedah merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu adalah esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Carpenito. 2000).

Pasien dengan pasca *Appendectomy* biasanya lebih sering berbaring di tempat tidur karena pasien masih mempunyai rasa takut untuk bergerak. Karena kurangnya pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya mobilisasi karena kurangnya pengetahuan.

Pengetahuan merupakan domain kognitif yang sangat penting untuk mengubah sikap seseorang. Pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai mobilisasi dan cara-cara mobilisasi dapat mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi.



Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riswanto pada tahun 2004, didapatkan data bahwa dari 11 orang pasien pasca operasi yang melakukan ambulasi dini ditemukan ada 2 orang pasien (18,2%) yang mengalami retensi urin dan 9 orang (81,8%) lainnya dapat berkemih secara spontan, sedangkan pada 5 orang pasien yang tidak melakukan ambulasi dini pasca operasi, 4 orang (80%) diantaranya mengalami retensi urine dan 1 orang (20%) dapat berkemih secara spontan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan di Ruang Cempaka dengan mengobservasi dan mewawancarai 6 orang pasien pasca *Appendectomy* diperoleh data bahwa 2 pasien hanya berbaring terlentang di tempat tidur, terkadang pasien mengubah posisi miring kanan dan kiri dengan wajah tampak meringis dan takut untuk melakukan pergerakan.

Dan 4 orang pasien yang lain mengatakan bahwa pasien tidak mengerti cara melakukan pergerakan pasca operasi *Appendectomy* karena takut luka jahitannya akan terlepas dan mengeluh masih merasa nyeri saat bergerak.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy* Tentang Mobilisasi dini”.

## **B. Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah pengetahuan dan perilaku pasien *Appendicitis* akut pasca *Appendectomy* dengan mobilisasi dini di ruang cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini memiliki tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut :

### 1. Tujuan Umum :

Mendapat gambaran mengenai “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Perilaku Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy* Dengan Mobilisasi Dini Di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjaharnie Samarinda”.

### 1. Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy*.
- b. Mengklasifikasi Tingkat Pengetahuan Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy*.
- c. Mengidentifikasi Perilaku Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy*.
- d. Mengidentifikasi Mobilisasi Dini Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy*.

- e. Menganalisis Hubungan Pengetahuan Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy* Dengan Mobilisasi Dini.
- f. Menganalisis Perilaku Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy* Dengan Mobilisasi Dini.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### a. Bagi pasien

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan manfaat dan pengetahuan kepada pasien *Appendicitis* akut yang menjalani *Appendectomy* agar pasien mampu memahami apa-apa saja manfaat bagi pasien apabila melakukan mobilisasi dini pasca *Appendectomy* dan pasien juga dapat memahami apa-apa saja kerugian atau akibat apabila pasien tidak melakukan mobilisasi dini pasca *Appendectomy*. Karena kebanyakan pasien menyatakan bahwa pasien tidak memahami akan pentingnya mobilisasi dini itu bertujuan untuk apa dan mereka juga menyatakan takut apabila bergerak jahitan pada bekas operasi akan robek, dan takut melakukan mobilisasi karena takut sakit atau nyeri pada bagian bekas operasi..

##### b. Bagi Stikes Muhammadiyah Samarinda

Hasil penelitian ini di harapkan memberikan manfaat bagi pendidikan keperawatan yaitu sebagai pengembangan kurikulum, pengembangan buku ajar, pengembangan SOP dan memberikan

pengertian dan pembelajaran akan pentingnya mengajarkan pada pasien *Appendicitis* akut pasca *Appendectomy* tentang pentingnya mobilisasi dini.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi atau bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya.

d. Bagi Instalasi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan, sebagai pertimbangan untuk mengadakan pendidikan, pelatihan atau workshop mengenai pentingnya melakukan mobilisasi dini pada pasien *Appendicitis* akut pasca *Appendectomy* sehingga mampu diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Pasca *Appendectomy* di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

e. Bagi Ruang Cempaka

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Appendicitis* akut pasca *Appendectomy* dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian ini dititik beratkan pada “Hubungan Tingkat Pengetahuan

Dengan Perilaku Pasien *Appendicitis* Akut Pasca *Appendectomy* Dengan Mobilisasi Dini Di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Sepanjang pengetahuan penulis penelitian yang dilakukan ini belum pernah ada yang serupa sebelumnya. Oleh karena itu, keaslian skripsi ini dapat dipertanggung jawabkan dan sesuai dengan asas-asas keilmuan yang harus dijunjung tinggi yaitu kejujuran, rasional, objektif serta terbuka. Hal ini merupakan implikasi etis dari proses menemukan kebenaran ilmiah sehingga dengan demikian penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya secara ilmiah, keilmuan dan terbuka untuk kritisi yang sifatnya konstruktif (membangun).

Berdasarkan penelusuran pustaka, beberapa riset penelitian sejenis yaitu oleh :

1. Khoiriyati Azizah dengan judul riset “ Pengalaman Ambulasi Dini Pasien Post Operasi Apendektomi Perforasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2014”. Penelitian ini bertujuan untuk menggali dan memahami secara mendalam tentang pengalaman ambulasi dini pada pasien post operasi Apendektomi Perforasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2014. Dari 15 orang pasien yang melakukan ambulasi dini didapatkan 3 orang pasien (26,8%) yang mengalami retensi urin dan 12 orang (74,2%) lainnya dapat berkemih secara spontan, Penelitian ini

menggunakan metode kualitatif fenomenologi deskriptif, proses pengumpulan data dilakukan dengan wawancara yang mendalam. Partisipan penelitian ini diambil secara purposive sampling. Perbedaan pada penelitian ini adalah menggunakan metode kuantitatif dengan waktu, tempat penelitian yang tidak bersamaan . sedangkan persamaan penelitian ini adalah menggunakan tehnik purposive sampling.

2. Novitasari, Aulia (2011). Dengan judul penelitian “Hubungan Motivasi Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasca Seksio Sesarea di RSUD 7 Mitra Sejati Medan tahun 2011”. Metode penelitian menggunakan deskriptif korelasi dengan desain *cross sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan pada September 2010–April 2011 dengan sasaran penelitian ibu-ibu pasca seksio sesarea di RSUD Mitra Sejati Medan. Sampel penelitian berjumlah 86 orang yang diambil secara *accidental sampling*. Data dikumpulkan dengan kuesioner yang diisi langsung oleh responden dan dianalisis *univariat* dan *bivariat (Chi-Square)*. Hasil *univariat* menunjukkan bahwa 59 orang (68,6%) mau melaksanakan mobilisasi dini pasca seksio sesarea, 64 orang (74,4%) mempunyai motivasi yang tinggi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca seksio sesarea. Persamaan pada penelitian ini adalah menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan

menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sedangkan perbedaan pada penelitian ini adalah pada variable independennya mengenai tingkat pengetahuan dan perilaku pasien post operasi Appendectomy dan menggunakan tehnik purposive sampling.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Konsep Mobilisasi Dini**

###### **a. Pengertian Mobilisasi Dini**

Mobilisasi adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas selama di lingkungan, yaitu suatu dasar untuk fungsi keseharian yang normal (Craven, 2005). Menurut Hidayat (2006), mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Menurut Widuri (2010), aktivitas/mobilisasi adalah suatu energi atau kemampuan bergerak pada seseorang secara bebas, mudah, dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain maupun dan hanya dengan bantuan alat.

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan



tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Smeltzer, 2001).

Menurut Hincliff mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk berjalan bangkit berdiri dan kembali ke tempat tidur, kursi, kloset duduk, dan sebagainya disamping kemampuan menggerakkan ekstermitas atas. (Suparyanto, 2011).

Mobilisasi dini menurut Carpenito tahun 2000 adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Suparyanto, 2011).

Menurut Jannah (2011), ambulasi adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya berjalan.

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Smeltzer, 2001).

## **b. Prinsip dan Tujuan Mobilisasi**

Menurut Dombovy ML dikutip oleh Yahya (2003), mengemukakan bahwa beberapa prinsip dalam melakukan mobilisasi yaitu mencegah dan mengurangi komplikasi sekunder seminimal mungkin, menggantikan hilangnya fungsi motorik, memberikan rangsangan lingkungan, memberi dorongan bersosialisasi, memberi kesempatan untuk dapat berfungsi dan melakukan aktivitas sehari-hari serta memungkinkan melakukan pekerjaan seperti sebelumnya.

Menurut Widuri (2010), tujuan mobilisasi/aktivitas meliputi:

- 1) Memenuhi kebutuhan dasar manusia
- 2) Mencegah terjadinya trauma
- 3) Mempertahankan tingkat kesehatan
- 4) Mempertahankan interaksisosial dan peran sehari-hari
- 5) Mencegah hilangnya kemampuan fungsi tubuh

Sedangkan menurut Garrison (2004) tujuan mobilisasi adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi bab dan bak, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat

kembali normal memenuhi kebutuhan gerak harian, dan memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi.

**c. Tahap-Tahap Mobilisasi pada Pasien Pasca Operasi**

Mobilisasi pasca operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Smeltzer, 2005).

Tahap-tahap mobilisasi pada pasien pasca operasi meliputi (Cetrione, 2009) :

- 1) Pada saat awal (6 sampai 8 jam setelah operasi), pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.
- 2) Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak-gerakkan.

3) Pada hari kedua pasca operasi, rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal.

**d. Manfaat Mobilisasi**

Menurut Kozier, et.al. (2004) dalam buku *Fundamentals of Nursing*, keuntungan yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut :

**1) Sistem Muskuloskeletal**

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*.

## **2) Sistem Kardiovaskular**

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 adalah 5 liter/menit, dengan mobilisasi dapat meningkatkan *cardiac output* sampai 30 liter/ menit.

## **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 20x dari kebutuhan normal. Aktivitas yang adekuat juga dapat mencegah penumpukan sekret pada bronkus dan bronkiolus, menurunkan usaha pernapasan.

## **4) Sistem Gastrointestinal**

Dengan beraktivitas 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 dari kecepatan normal. Berbaring di tempat tidur dan makan diit dapat mengeluarkan 1.850 kalori per hari. Dengan beraktivitas juga dapat meningkatkan penggunaan trigliserid dan asam lemak, sehingga dapat mengurangi tingkat trigliserid serum dan kolesterol dalam tubuh.

#### **6) Sistem Urinary**

Karena aktivitas yang adekuat 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.

#### **e. Rentang Gerak dalam Mobilisasi**

Menurut Carpenito (2004) dalam mobilisasi ada tiga rentang gerak, yaitu :

##### **1) Rentang gerak pasif**

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

##### **2) Rentang gerak aktif**

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

##### **3) Rentang gerak fungsional**

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

#### **f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor Lauro (2001) mengemukakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi mobilisasi dini adalah sebagai berikut :

## **1) Pengetahuan**

Pengetahuan adalah suatu ilmu tentang suatu bidang yang disusun secara sistem menurut metode-metode tertentu yang dapat digunakan untuk menerangkan gejala-gejala tertentu di bidang pengetahuan itu (Kurnia, 2002 yang dikutip oleh Purwanto tahun 2007).

Pengetahuan individu terhadap sesuatu dan yakin akan manfaat menyebabkan seseorang untuk mencoba menerapkan dalam bentuk perilaku. Pengetahuan tersebut dapat didapatkan dari informasi, membaca, dan melalui pendidikan formal. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap perilaku individu tersebut.

Pengetahuan mengenai mobilisasi dini pasca operasi bisa didapatkan dari informasi atau pendidikan kesehatan yang diberikan oleh seorang perawat kepada pasien yang akan menjalani tindakan operasi seperti appendectomy. Pendidikan kesehatan tersebut dapat diberikan sebelum tindakan operasi dilakukan yaitu pada fase praoperatif. Sehingga setelah tindakan operasi selesai dilaksanakan, pasien telah mengetahui manfaat



dari mobilisasi dan hal itu dapat mempengaruhi pasien tersebut untuk melakukan mobilisasi dini tanpa rasa takut.

## **2) Emosi**

Menurut Goleman, 2000 yang dikutip oleh Hanum (2006) emosi merujuk pada suatu perasaan dan pikiran-pikiran khasnya, suatu keadaan biologis dan psikologis dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak. Emosi adalah suatu kesatuan reaksi fisiologis dalam diri manusia untuk menghadapi rangsangan atau stimulus yang ada. Terbentuknya emosi dipengaruhi oleh lingkungan dan pengalaman selama masa perkembangan individu. Seseorang dengan emosi yang stabil adalah yang dapat mengendalikan perasaan-perasaannya meskipun dihadapkan pada suatu kondisi yang memungkinkan mengganggu kestabilan emosinya, yang juga dapat mengekspresikan emosinya tersebut pada waktu dan tempat yang tepat, sehingga dapat menjalankan aktivitasnya tanpa terganggu. Emosi adalah perasaan dalam diri seseorang yang timbul karena ada suatu stimulus dan memperlihatkan reaksi kognisi, reaksi

fisiologis, reaksi biologis, dan bahkan reaksi behavioral tertentu.

Sedangkan Sarwono dalam Yusuf (2008) berpendapat bahwa emosi merupakan setiap keadaan pada diri seseorang yang disertai warna afektif baik pada tingkat lemah (dangkal) maupun pada tingkat yang luas (dalam). Berdasarkan pengertian tersebut dikemukakan bahwa emosi itu merupakan warna afektif yang menyertai setiap keadaan atau perilaku individu. Maksud warna afektif di sini adalah perasaan-perasaan tertentu yang dialami pada saat menghadapi suatu situasi tertentu, seperti gembira, bahagia, putus asa, terkejut, benci (tidak senang), dan sebagainya. Berikut ini adalah beberapa contoh tentang pengaruh emosi terhadap perilaku individu, yaitu :

- a) Memperkuat semangat, apabila orang merasa senang atau puas atas hasil yang didapat.
- b) Melemahkan semangat, apabila timbul rasa kecewa karena kegagalan dan sebagai puncak dari keadaan ini adalah timbulnya rasa putus asa (frustasi).
- c) Menghambat atau mengganggu konsentrasi belajar,

apabila sedang mengalami ketegangan emosi dan bisa juga menimbulkan sikap gugup (*nervous*) dan gagap dalam berbicara.

- d) Terganggu dalam penyesuaian sosial, apabila terjadi rasa cemburu dan iri hati.
- e) Suasana emosional yang diterima dan dialami individu semasa kecil akan mempengaruhi sikapnya di kemudian hari, baik terhadap dirinya maupun orang lain.

Cedera merupakan stressor bagi seseorang yang dirawat di rumah sakit. Perasaan yang dialami pasien pasca operasi *appendectomy* terhadap luka operasi yang belum sembuh akan menimbulkan rasa takut untuk melakukan mobilisasi, sehingga rasa takut tersebut dapat menjadi penghambat bagi mereka untuk melakukan mobilisasi.

### **3) Sosial**

Sosial adalah hal-hal yang berkenaan dengan masyarakat dan kebersamaan, kekuatan masyarakat tersebut berada di sekitar individu tersebut dalam berinteraksi (Yusuf, 2008). Adanya interaksi antara individu yang satu dengan individu yang lain dapat

memberikan kekuatan pada individu tersebut. Dimana definisi interaksi sosial menurut Nurdin (2006) adalah adanya hubungan dua orang atau lebih yang perilaku atau tindakannya direspon oleh orang lain.

Interaksi yang dilakukan pasien dengan keluarga dan orang-orang di sekitar akan mempengaruhi pasien tersebut untuk melakukan mobilisasi pasca operasi, sehingga dengan mobilisasi tersebut akan memotivasi pasien untuk sembuh.

#### **4) Fisik**

Fisik adalah postur tubuh, kesehatan (sehat atau sakit), keutuhan tubuh, keberfungsian organ tubuh seseorang (Yusuf, 2008). Keadaan fisik seseorang yang lemah secara langsung akan berpengaruh terhadap mobilisasi yang dilakukan. Keadaan tersebut akan membatasi dari pergerakan karena kurangnya energi di dalam tubuh. Pada pasien yang baru saja menjalani operasi seperti operasi *appendectomy*, keadaan fisik pasien tersebut belum kembali pulih pada keadaan sebelumnya. Hal tersebut dapat membuat pasien merasa enggan untuk melakukan mobilisasi, selain itu rasa nyeri yang dirasakan juga membuat pasien merasa lemah dan

hanya ingin berbaring di tempat tidur.

## **5) Stimulus Lingkungan**

Stimulus lingkungan adalah rangsangan dari luar yang mempengaruhi dan menggerakkan individu untuk berbuat (Handoko, 2007). Stimulus lingkungan tersebut dapat berupa dukungan perawat atau keluarga. Adanya dukungan dan dorongan dari perawat serta keluarga dapat menimbulkan motivasi pada pasien yang dirawat untuk melakukan aktivitas, seperti pasien yang baru saja menjalani operasi. Aktivitas yang dapat dilakukan yaitu berupa mobilisasi sehingga dengan melakukan mobilisasi dapat mempercepat penyembuhan pasien.

Sarana atau fasilitas ruang rawat, peran serta perawat, peran serta keluarga yang mendukung dan tidak mendukung agar pasien berinisiatif dan mau melakukan mobilisasi. Suasana lingkungan yang nyaman juga dapat mendukung terhadap aktivitas seseorang yang dilakukan.

Sedangkan menurut Koziar (2001), faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi adalah :

## **1) Gaya Hidup**

Istilah gaya hidup merupakan prinsip yang dapat dicapai sebagai landasan untuk memahami perilaku seseorang yang melatarbelakangi sifat khas seseorang, terlihat dari beberapa pengertian yang diungkapkan di bawah ini.

Menurut Adler dalam Hall (2003) mendefinisikan gaya hidup sebagai sistem utama yang memungkinkan berfungsinya kepribadian individu sebagai keseluruhan yang menggerakkan bagian-bagiannya. Semua perilaku manusia bersumber dari gaya hidup yang dimilikinya, dimana ia mempersepsi, mempelajari, dan menyimpan atau mempertahankan hal-hal yang sesuai dengan gaya hidupnya serta menyingkirkan hal-hal yang tidak sesuai dengan gaya hidupnya.

Gaya hidup merupakan pola tingkah laku sehari-hari golongan manusia didalam masyarakat. Kebiasaan seseorang pada masa hidupnya, termasuk kebiasaan dalam memperhatikan kesempurnaan penampilan fisik (Prahmawati, 2001). Sedangkan menurut Kotler dalam Wiroreno (2002), gaya hidup lebih kepada pola hidup seseorang di dalam dunia yang diekspresikan dalam

aktivitas, minat, dan pendapat orang tersebut. Gaya hidup adalah cara hidup yang dikenali dari bagaimana orang menggunakan waktu dan aktivitas mereka, dari minat mereka yaitu apa yang mereka anggap penting di dalam kehidupan mereka, dan dari pendapat mereka tentang diri mereka sendiri serta dunia sekitar mereka.

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

## **2) Proses Penyakit dan Injury**

Proses penyakit adalah keadaan dimana seseorang sedang menderita suatu penyakit tertentu. Keadaan tersebut mengakibatkan keadaan kesehatan seseorang menjadi terganggu sehingga sulit melakukan aktivitas seperti biasa. Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhinya mobilitasnya, misalnya seseorang yang baru saja menjalani operasi

akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas karena adanya rasa sakit/nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lamban. Ada kalanya pasien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu. Hal tersebut dikarenakan kondisi fisik pasien yang lemah dan energi yang kurang menyebabkan pasien beristirahat di tempat tidur dan tidak dapat melakukan mobilisasi.

### **3) Kebudayaan**

Menurut Berger kebudayaan adalah produk manusia; produk itu lalu menjadi kenyataan objektif yang kembali mempengaruhi yang menghasilkannya (Lawang, 2001). Maksud dari pernyataan tersebut adalah bahwa manusia berposisi sebagai subyek yang menghasilkan kebudayaan sebagai obyek. Tetapi setelah kebudayaan itu menjadi obyek, dengan sendirinya ia akan mempengaruhi manusia dan kehidupan lingkungannya.

Kebudayaan merupakan penyebab paling mendasar dari keinginan dan tingkah laku individu, dikarenakan kebudayaan berisikan kumpulan nilai-nilai dasar, persepsi, keinginan, dan tingkah laku yang



dipelajari oleh anggota masyarakat dari keluarga dan lembaga penting lainnya. Kebudayaan mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya (Azwar, 2003). Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Seseorang mempunyai pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat penguatan atau ganjaran (*reinforcement*) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

Dapat diketahui bahwa diantara masyarakat terlihat berbagai budaya dan dengan taraf hidup perkembangan yang berbeda, maka penyakit yang dideritanya pun akan berbeda-beda. Budaya masyarakat bisa dilihat dari cara hidupnya atau '*way of life*'nya yaitu dengan menentukan perilaku masyarakatnya. Misalnya, apa saja yang boleh dilakukan dan bagaimana cara melakukannya sehingga budaya juga dapat dipandang sebagai pedoman untuk suatu kegiatan sehari-hari. Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktivitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak

karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak sembuh.

#### **4) Tingkat Energi**

Tingkat energi merupakan jumlah energi yang diperlukan seseorang untuk melakukan aktivitas. Tingkat energi yang rendah akan menyebabkan kondisi fisik seseorang menjadi lemah. Kondisi yang lemah akan mengakibatkan orang untuk bergerak atau melakukan mobilisasi lebih lambat. Seseorang yang melakukan mobilisasi jelas membutuhkan energi atau tenaga. Orang yang sedang sakit akan berbeda mobilitasnya dibandingkan dengan orang yang dalam kondisi sehat. Untuk itu asupan makanan yang bergizi sangat diperlukan bagi orang yang sedang sakit apalagi orang yang baru menjalani tindakan operasi agar energi atau tenaga orang tersebut dapat kembali optimal sehingga dapat melakukan mobilitas sebagaimana yang dianjurkan.

#### **5) Usia dan Status Perkembangan**

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

dewasa. Seorang anak dapat melakukan mobilisasi yang lebih aktif karena mobilisasi yang dilakukan anak-anak tidak berdasarkan instruksi yang diperintah oleh seseorang. Apabila seorang anak tersebut baru saja menjalani tindakan *appendectomy* dan anak tersebut melakukan mobilisasi yang sangat aktif maka akan berakibat robeknya luka operasi yang masih belum sembuh. Sedangkan mobilisasi yang dilakukan pasien pasca operasi *appendectomy* harus bertahap dan harus sesuai dengan instruksi yang telah diberikan oleh perawat.

Berdasarkan teori yang diungkapkan oleh dua orang ahli mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi didapatkan bahwa dari faktor-faktor tersebut terdapat beberapa kesamaan. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi adalah pengetahuan, emosi, fisik, stimulus lingkungan, dan usia & status perkembangan.

#### **g. Intervensi Keperawatan**

Selama periode pascaoperatif, proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali fisiologis pasien,

menghilangkan nyeri, dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien dalam kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman, dan nyaman mungkin. Upaya yang besar diarahkan pada mengantisipasi dan mencegah masalah pada periode pascaoperatif. Pengkajian yang cepat mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan pasien. Memperhatikan hal ini, asuhan keperawatan pasien setelah pembedahan adalah sama pentingnya dengan prosedur bedah itu sendiri.

Salah satu peran perawat pascaoperatif adalah memberikan dukungan dan dorongan pada pasien pasca operasi untuk melakukan mobilisasi sesegera mungkin. Dengan melakukan mobilisasi sedini mungkin pasca operasi, banyak manfaat yang didapatkan oleh pasien seperti mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. Mobilisasi juga dapat mengurangi kemungkinan kekembungan pada perut (*distensi abdomen*) dan menstimulasi bising usus (*peristaltis*).

(Smeltzer, 2001).

Selain perawat berperan membantu dan memberikan dukungan untuk mobilisasi pasca operasi, perawat juga mempunyai peran sebelum tindakan operasi dimulai (praoperatif). Peran perawat pada fase preoperatif yaitu menyiapkan pasien untuk pembedahan. Persiapan pasien sebelum pembedahan meliputi pemasangan intravena yang berguna untuk meningkatkan fungsi ginjal adekuat dan menggantikan cairan yang telah hilang, pemberian aspirin bertujuan untuk mengurangi suhu, terapi antibiotik juga dapat diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi. Apabila terdapat bukti atau kemungkinan terjadinya tidak adanya pergerakan pada usus karena tidak terdengarnya bising usus (*ileus paralitik*), selang nasogastrik dapat dipasang.

## **2. Pengetahuan**

### **a. Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh

melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010).

#### **b. Tingkat Pengetahuan**

Ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif yaitu (Notoadmodjo, 2010) :

##### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendeteksi, menyatakan, dan sebagainya.

##### 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat mengintrespesikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus

dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang di pelajari.

### 3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4) Analisis (*analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

### 5) Sintesis (*sintesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.dengan kata lain

sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

#### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek, penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2010).

#### c. Sumber-Sumber Pengetahuan

Sumber *pertama*, yaitu kepercayaan berdasarkan tradisi, adat, istiadat, dan agama, adalah berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma-norma dan kaidah-kaidah baku yang berlaku di dalam kehidupan sehari-hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkadang pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi, tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris. Tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan. dengan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap tetapi subyektif.



Sumber *kedua*, yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran. Pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apa pun yang mereka katakan benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik karena kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas dan benar. Boleh jadi sumber pengetahuan ini mengandung kebenaran, tetapi persoalannya terletak pada sejauh mana orang-orang itu bisa dipercaya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiannya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri.

Sumber *ketiga*, yaitu pengalaman indrawi. Bagi manusia, pengalaman indrawi adalah vital penyelenggara kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.

Sumber *keempat* yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani karena lingkup kemampuannya melebihi panca indera yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Kalau panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis menurut sisi tertentu yang satu persatu dan berubah-ubah, maka akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam, dan yang bersifat tetap. Tetapi tidak berubah-ubah. Oleh sebab itu, akal pikiran senantiasa bersikap meragukan kebenaran pengetahuan indrawi sebagai pengetahuan semu menyesatkan. Singkatnya akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, obyektif, dan pasti serta bersifat tetap tidak berubah-ubah.

Sumber *kelima* yaitu intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Artinya, tanpa melalui sentuhan indera maupun olahan akal pikiran ketika dengan serta merta seseorang memutuskan untuk berbuat atau tidak berbuat dengan tanpa alasan yang jelas. maka ia berada di

dalam pengetahuan yang intuitif. Dengan demikian, pengetahuan intuitif ini kebenarannya tidak dapat di uji baik menurut ukuran pengalaman indrawi maupun akal pikiran. karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal belaka (Suhartono, 2008).

**d. Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut (Notoatmodjo, 2010).

**e. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain :

**1) Faktor internal**

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai

keselamatan dan kebahagiaan (Wawan dan Dwi, 2010). Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Nursalam, 2008).

b) Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

c) Usia

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2008), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun). Menurut, (Wawan dan Dewi, 2010) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.

## **2) Faktor Eksternal**

### **a) Faktor Lingkungan**

Menurut Marnier yang dikutip Nursalam (2005) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia 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.

## **f. Kriteria Tingkat Pengetahuan**

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diintresprestasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- 1) Baik : Hasil Presentasi 76%-100%**
- 2) Cukup : Hasil Presentasi 56%-75%**
- 3) Kurang : Hasil Presentasi <55%**

### 3. Konsep Perilaku

#### a. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat (Blum : 1974 dalam Notoatmodjo, 2007).

Menurut Skinner perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan pengertian tersebut Skinner membedakan adanya dua respons, yaitu :

- 1) *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional.
- 2) *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang

(organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu :

a) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

b) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

c) Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya

kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit.

- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri
- 3) Perilaku kesehatan lingkungan, Bagaimana seseorang merespons lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

**a. Alasan Seseorang Berperilaku**

Terdapat beberapa model penelitian yang mengungkapkan tentang analisis faktor-faktor yang memberi kontribusi terhadap perilaku kesehatan, salah satunya yaitu teori menurut tim kerja WHO. Menurut tim kerja WHO (1980), ada empat alasan pokok yang menyebabkan seseorang berperilaku atau tidak berperilaku, yaitu :



## 1) **Pemikiran dan perasaan (*thoughts dan feeling*)**

Pemikiran dan perasaan terhadap objek atau stimulus merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku. Pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap objek.

### a) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan tidak hanya didapatkan dari pengalaman tetapi tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi pengetahuan orang tersebut. Pengetahuan juga tidak selalu dapat menyebabkan perilaku, untuk mengimplementasikan suatu pengetahuan ke dalam bentuk perilaku yang nyata perlu motivasi yang kuat dalam diri orang itu sendiri.

### b) Kepercayaan

Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang memperoleh kepercayaan itu dari keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

## **2) Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal reference*)**

Perubahan perilaku seseorang dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang dikatakan atau diperbuat cenderung untuk dicontoh. Misalnya seseorang yang dianggap penting dalam penelitian ini yaitu dokter atau perawat. Perkataan dokter atau perawat dianggap patut untuk diikuti oleh pasien (informan), misalnya jika dokter atau perawat menganjurkan untuk melakukan pergerakan setelah operasi, maka pasien cenderung untuk mengikutinya.

## **3) Sumber daya yang tersedia (*resources*)**

Sumber daya merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku masyarakat. Sumber daya di sini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya yang berhubungan dengan perilaku positif maupun negatif seseorang atau kelompok. Sumber daya dalam penelitian ini mencakup fasilitas (sarana informasi yang tersedia dan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga) dan tenaga atau energi yang dimiliki oleh pasien (informan) untuk melakukan pergerakan.

#### **4) Sosial budaya setempat (*culture*)**

Faktor sosio budaya merupakan faktor eksternal terbentuknya perilaku seseorang. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam masyarakat disebut kebudayaan. Perilaku normal merupakan salah satu aspek kebudayaan dan kebudayaan ini mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku. Dalam penelitian ini kebudayaan terlihat pada keyakinan informan (pasien) yang diperoleh dari keluarga atau kerabatnya. Keyakinan tersebut berupa informasi bahwa jika seseorang yang baru menjalani operasi jangan terlalu banyak melakukan pergerakan. Hal ini dikarenakan takut jahitan pada luka operasi robek atau lepas dan juga karena kondisi pasien belum pulih.

#### **4. Anatomi dan Fisiologi Apendiks**

##### **a. Anatomi Apendiks**

Menurut Sjamsuhidajat & De jong (2005), apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (kisaran 3-15cm), dan berpangkal di sekum. Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari, melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Karena apendiks mengosongkan

diri dengan tidak efisien, dan lumennya kecil, maka appendiks mudah mengalami obstruksi dan rentan terhadap infeksi (appendicitis).

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010) apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Infeksi ini bisa mengakibatkan pendarahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (cecum). Apendisitis merupakan penyebab paling umum dari inflamasi akut kuadran kanan bawah rongga abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Pria lebih banyak terkena daripada wanita, remaja lebih banyak dari orang dewasa. Insiden tertinggi adalah mereka yang berusia 10-30 tahun.

#### **b. Fisiologi**

Appendiks menghasilkan lendir 1 – 2 ml perhari. Lendir itu secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara appendiks tampaknya berperan pada patogenesis *appendicitis*. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *Gut Associated*

*Lymfoid Tissue* (GALT) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk appendiks. Immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi, namun demikian pengangkatan appendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh sebab jumlah jaringan limfe disini kecil sekali jika dibandingkan jumlah jaringan limfe di saluran cerna, dan seluruh tubuh (Sjamsuhidajat, 2007).

## **5. Appendicitis**

### **a. Definisi**

*Appendicitis* adalah peradangan/inflamasi pada appendiks. *Appendicitis*, penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, untuk bedah abdomen darurat. (Mubarak, 2009). Dan *Appendicitis* di bagi menjadi 2 Akut dan Kronik :

#### **1) *Appendicitis* Akut**

*Appendicitis* akut adalah *appendicitis* dengan onset gejala akut yang memerlukan intervensi bedah dan biasanya ditandai dengan nyeri di kuadran abdomen kanan bawah dan dengan nyeri tekan lokal dan alih, spasme otot yang ada di atasnya. *Appendicitis* merupakan infeksi bakteri.

#### **2) *Appendicitis* Kronik**

Diagnosis *appendicitis* kronik baru dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat : riwayat nyeri perut kanan bawah

lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks, dan keluhan menghilang setelah *appendectomy*.

## **b. Etiologi**

Apendisitis akut dapat terjadi umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Faktor pencetus apendisitis adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, cancer primer dan striktur. Obstruksi lumen apendiks yang paling sering adalah fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid (Jitowiyono & Kristiyanasari : 2010).

Diantara beberapa faktor diatas, maka yang paling sering ditemukan dan kuat dugaannya sebagai penyebab adalah faktor penyumbatan oleh tinja/feces dan hiperplasia jaringan limfoid. Penyumbatan atau pembesaran inilah yang menjadi media bagi bakteri untuk berkembang biak. Perlu diketahui bahwa dalam tinja/feces manusia sangat mungkin sekali telah tercemari oleh bakteri/kuman *Escherichia coli*, inilah yang sering kali mengakibatkan infeksi yang berakibat pada peradangan usus buntu (Jitowiyono & Kristiyanasari : 2010).

Makan cabai bersama bijinya atau jambu klutuk beserta

bijinya sering kali tak tercerna dalam tinja dan menyelinap ke saluran appendiks sebagai benda asing. Begitu pula terjadinya pengerasan tinja/feces (konstipasi) dalam waktu lama sangat mungkin ada bagiannya yang terselip masuk ke saluran appendiks yang pada akhirnya menjadi media kuman/bakteri bersarang dan berkembang biak sebagai infeksi yang menimbulkan peradangan usus buntu tersebut.

Menurut penelitian epidemiologis menunjukkan kebiasaan makan-makanan rendah serat akan mengakibatkan konstipasi yang dapat menimbulkan *appendicitis*. Hal tersebut akan meningkatkan tekanan intra sekal, sehingga timbul sumbatan fungsional appendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon (Sjamsuhidajat, 2007).

### **c. Patofisiologi**

*Appendicitis* biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks oleh hiperplasia folikel limfosit, *fekalit*, benda asing, striktur karena akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama, mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding appendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang menyebabkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa/ pada saat inilah terjadi *appendicitis* akut fokal yang menyebabkan nyeri epigastrium.

Bila sekresi 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 di kuadran kanan bawah. Keadaan ini disebut *appendicitis supuratif akut*. Bila kemudian aliran arteri terganggu, akan terjadi infark dinding appendiks yang diikuti dengan ganggren. Stadium ini disebut dengan *appendicitis ganggrenosa*. Bila semua proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah appendiks hingga terjadi suatu massa lokal yang disebut infiltrat appendikularis. Peradangan appendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, karena omentum lebih pendek dan appendiks lebih panjang, dinding appendiks lebih tipis. Keadaan ini ditambah daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan untuk terjadinya perforasi.



#### **d. Manifestasi Klinis**

- 1) Nyeri kuadran kanan bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan.
- 2) Pada titik McBurney (terletak di pertengahan antara umbilicus dan spina anterior dari ileum) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rectum kanan.
- 3) Nyeri alih mungkin saja ada, letak appendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi appendiks.
- 4) Tanda rovsing dapat timbul dengan mempalpasi kuadran bawah kiri, yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa pada kuadran kanan bawah.

Selain tanda dan gejala di atas, gejala *appendicitis* juga bervariasi tergantung dari stadiumnya, yaitu :

##### a) Penyakit *appendicitis* akut (mendadak)

Pada kondisi ini gejala yang ditimbulkan tubuh akan panas tinggi, mual-muntah, nyeri perut kanan bawah, nyeri saat berjalan sehingga agak terbongkok, namun tidak semua orang akan menunjukkan gejala seperti ini,

bisa juga hanya bersifat meriang, atau mual-muntah saja.

b) Penyakit *appendicitis* kronik

Pada stadium ini gejala yang timbul sedikit mirip dengan sakit maag dimana terjadi nyeri samar (tumpul) di daerah sekitar pusar dan terkadang demam yang hilang timbul. Seringkali disertai dengan rasa mual, bahkan kadang muntah, kemudian nyeri itu akan berpindah ke perut kanan bawah dengan tanda-tanda yang khas pada apendisitis akut yaitu nyeri pada titik Mc Burney (istilah kesehatannya). Penyebaran rasa nyeri akan bergantung pada arah posisi/letak appendiks itu sendiri terhadap usus besar. Apabila ujung appendiks menyentuh saluran kencing ureter, nyerinya akan sama dengan sensasi nyeri kolik saluran kemih, dan mungkin ada gangguan berkemih. Bila posisi appendiks ke belakang, rasa nyeri muncul pada pemeriksaan colok dubur atau colok vagina. Pada posisi appendiks yang lain, rasa nyeri mungkin tidak begitu spesifik.

e. **Komplikasi**

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi appendiks yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses. Insidens

perforasi adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi terjadi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah rasa 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.Suzzanne,2005).

**f. Prognosis**

Angka kematian 0-0.3 persen pada appendicitis sederhana dan 2% atau lebih pada kasus yang sudah mengalami perforasi. Pada anak kecil dan orangtua perforasi dapat menyebabkan kematian pada sekitar 10%-15% penderita. Perforasi dan kematian diakibatkan karena pasien terlambat memeriksakan diri, atau karena keterlambatan dokter atau ahli bedah yang bersangkutan (Jitowiyono & Kristiyanasari : 2010).

**g. Appendectomy**

*Appendectomy* adalah pembedahan untuk mengangkat appendiks yang telah meradang (Smeltzer, 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 peritoneum,

sedangkan *laparoscopy appendectomy* adalah tindakan yang dilakukan dengan menggunakan alat *laparoscop* 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, et al., 2005).

## **6. Konsep Operasi/Pembedahan**

### **a. Pengertian Operasi/Pembedahan**

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer and Bare, 2002).

Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi ( Smeltzer and Bare, 2002 ).

Perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan — praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Operasi (perioperatif) merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang mencakup fase praoperatif, intraoperatif dan pascaoperatif (postoperatif) yang pada umumnya merupakan suatu peristiwa kompleks yang menegangkan bagi individu yang bersangkutan.

## **b. Fase Operasi/Pembedahan**

Seperti yang telah disebutkan di atas, menurut Long (2001) terdapat tiga fase pembedahan yaitu :

### **1) Fase Praoperatif**

Fase praoperatif dimulai saat keputusan untuk tindakan pembedahan dibuat dan berakhir dengan mengirim pasien ke kamar operasi. Lingkup kegiatan keperawatan dari pengkajian dasar pasien melalui wawancara praoperatif di klinik, ruang dokter, atau melalui telepon, dan dilanjutkan dengan pengkajian di tempat atau ruang operasi. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien yang akan menjalani operasi merupakan salah satu peran perawat pada fase praoperatif. Misalnya, memberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya melakukan mobilisasi dini setelah operasi pada pasien yang akan menjalani *appendectomy*. Di samping itu, mengajarkan pasien bagaimana tahap-tahap melakukan mobilisasi dini juga merupakan hal yang penting disampaikan oleh perawat.

### **2) Fase Intraoperatif**

Fase intraoperatif dimulai saat pasien dikirim ke ruang operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke suatu ruang

untuk pemulihan dari anestesi. Pada fase ini, lingkup tindakan keperawatan dari mengkomunikasikan asuhan perencanaan pasien, mengidentifikasi kegiatan keperawatan yang dianjurkan untuk hasil yang diharapkan, dan menetapkan prioritas tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan disusun dalam pemikiran yang logis.

### **3) Fase Pascaoperatif**

Fase pascaoperatif dimulai dengan mengirim pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut di klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan pada fase ini mencakup rentang aktivitas yang luas. Pada fase pascaoperatif langsung, fokus termasuk mengkaji efek dari agens anestesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan. Salah satu peran perawat yang mendukung proses kesembuhan pasien yaitu dengan memberikan dorongan kepada pasien untuk melakukan mobilisasi setelah operasi. Hal tersebut penting dilakukan karena selain mempercepat proses kesembuhan juga dapat mencegah komplikasi yang mungkin muncul.

### **c. Anestesi Spinal**

Anestesi spinal merupakan tipe blok konduksi saraf yang luas dengan memasukkan anestesia lokal ke dalam ruang subaraknoid di tingkat lumbal (biasanya L4 dan L5). Cara ini mengakibatkan paralisis pada ekstremitas bawah, perineum, dan abdomen bawah. (Smeltzer, 2005).

Sakit kepala terjadi sebagai komplikasi pascaoperatif. Beberapa faktor terlibat dalam insiden sakit kepala, seperti ukuran jarum spinal yang digunakan, kebocoran cairan dari spasiun subaraknoid melalui letak pungsi, dan status hidrasi pasien. Tindakan yang meningkatkan tekanan serebrospinal sangat membantu menghilangkan sakit kepala. Tindakan ini mencakup menjaga agar pasien tetap berbaring datar, tenang, dan terhidrasi dengan baik. (Smeltzer, 2005).

## **7. Penelitian Terkait**

Mobilisasi pada pasien pasca operasi seperti operasi *appendectomy* merupakan suatu permasalahan yang biasa terjadi. Hal tersebut dikarenakan pasien memiliki kekhawatiran jika tubuh digerakkan akan mempengaruhi luka operasi yang belum sembuh. Menurut hasil penelitian Khoiriyati Azizah dengan judul riset "Pengalaman Ambulasi Dini Pasien Post Operasi Apendiktomi

Perforasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2014". Penelitian ini bertujuan untuk menggali dan memahami secara mendalam tentang pengalaman ambulasi dini pada pasien post operasi Apendiktomi Perforasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2014. Dari 15 orang pasien yang melakukan ambulasi dini didapatkan 3 orang pasien (26,8%) yang mengalami retensi urin dan 12 orang (74,2%) lainnya dapat berkemih secara spontan, Penelitian menggunakan metode kualitatif fenomenologi deskriptif, proses pengumpulan data di lakukan dengan wawancara yang mendalam. Partisipan penelitian ini diambil secara purposive sampling. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Novitasari, Aulia (2011). Dengan judul penelitian "Hubungan Motivasi Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasca Seksio Sesarea di RSUD 7 Mitra Sejati Medan tahun 2011". Metode penelitian menggunakan deskriptif analitik dengan desain *cross sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan pada September 2010–April 2011 dengan sasaran penelitian ibu-ibu pasca seksio sesarea di RSUD Mitra Sejati Medan. Sampel penelitian berjumlah 86 orang yang diambil secara *accidental sampling*. Data dikumpulkan dengan kuesioner yang diisi langsung oleh responden dan dianalisis *univariat* dan *bivariat (Chi-Square)*. Hasil *univariat* menunjukkan bahwa 59 orang (68,6%) mau



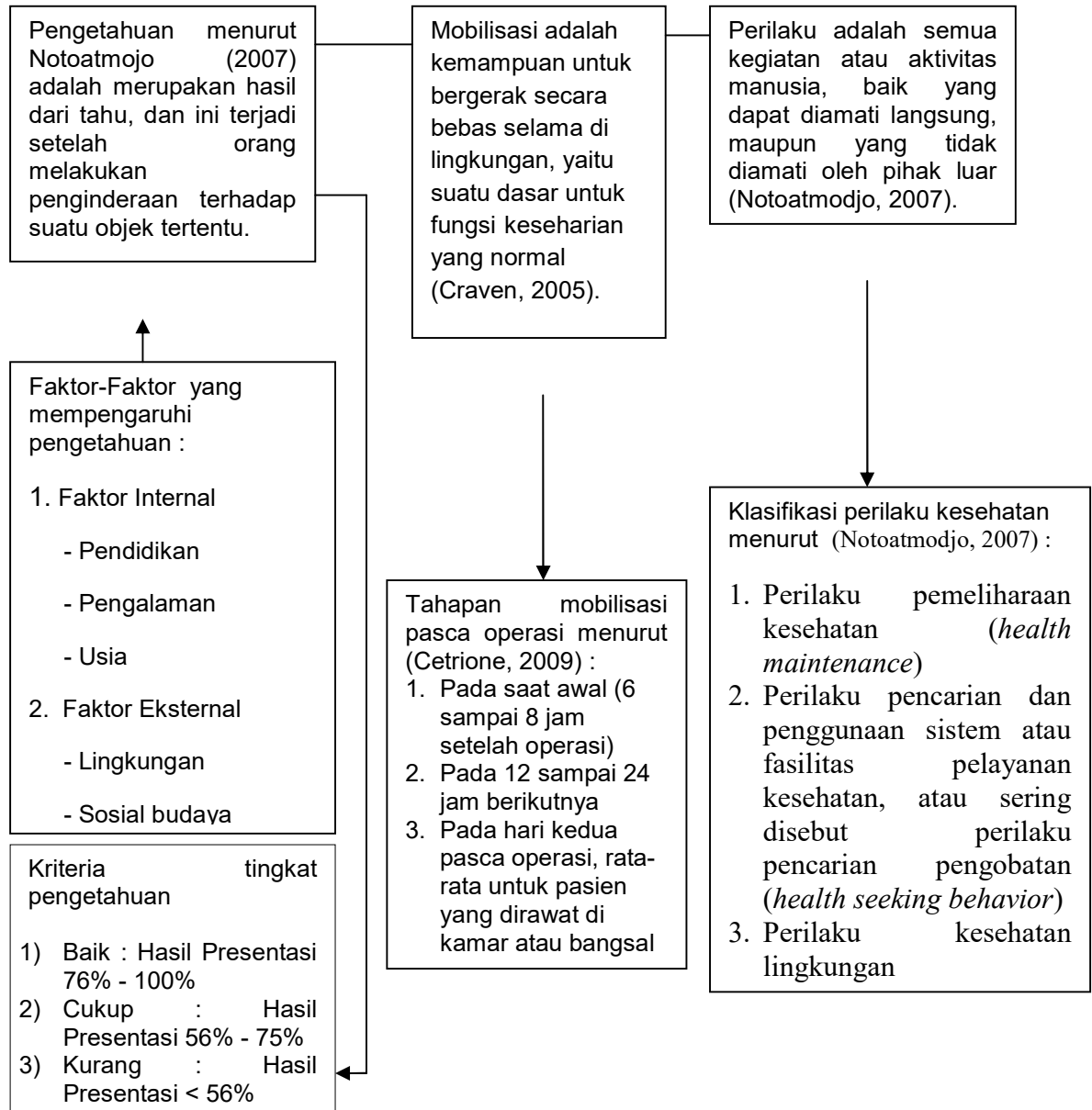
melaksanakan mobilisasi dini pasca seksio sesarea, 64 orang (74,4%) mempunyai motivasi yang tinggi dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasca seksio sesarea. Dan Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riswanto pada tahun 2004, didapatkan data bahwa dari 11 orang pasien pasca operasi yang melakukan ambulasi dini ditemukan ada 2 orang pasien (18,2%) yang mengalami retensi urin sedangkan 9 orang (81,8%) lainnya dapat berkemih secara spontan. Sedangkan pada 5 orang pasien yang tidak melakukan ambulasi dini pasca operasi, 4 orang (80%) diantaranya mengalami retensi urin dan 1 orang (20%) berkemih spontan.

## **8. Kerangka Teori Penelitian**

Kerangka Teori adalah kerangka berpikir yang bersifat teoritis mengenai masalah, memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan-kekurangan pada pengetahuan peneliti (Silalahi, 2003).

Pentingnya pengetahuan dan perilaku mobilisasi dini pada pasien pasca operasi apendectomy pada gambar kerangka teori berikut ini :

**Tabel 2.1 Gambar Kerangka Teori**

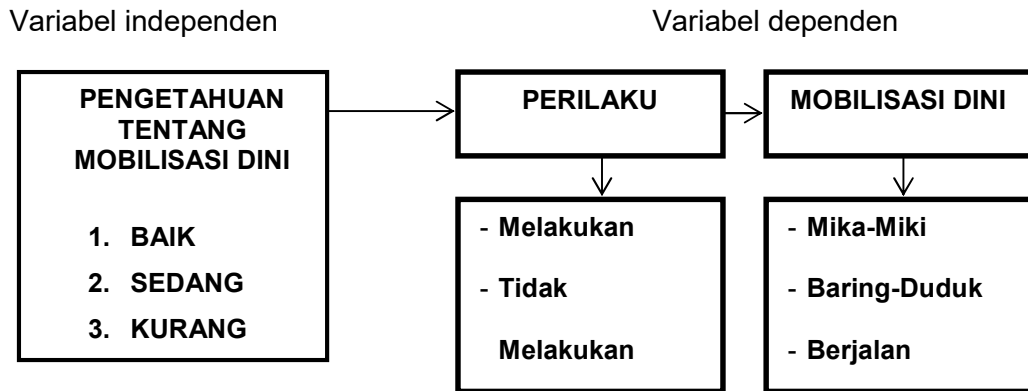


#### **D. Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur / diteliti (Notoatmodjo, 2010 : 2).

Penelitian yang akan dilakukan adalah “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Perilaku Pasien Pasca Operasi *Appendectomy* Dengan Mobilisasi Dini Diruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Sehubungan dengan kebutuhan penelitian, variabel independent yang akan diteliti adalah tingkat pengetahuan dan perilaku pasien post operasi *Appendectomy* dan variabel dependent dalam penelitian ini adalah mobilisasi dini di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, maka kerangka konsep yang dibuat adalah sebagai berikut :

**Table 2.2 Gambar Kerangka Konsep**



**Keterangan :**



: Area yang diteliti



: Area yang tidak diteliti

### **E. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2006; 71). Berdasarkan bentuk rumusnya hipotesis digolongkan menjadi 2 yaitu hipotesis kerja (hipotesa alternative) yang nantinya menyatakan ada hubungan antara variable x dan y, dan hipotesa nol (hipotesa statistic) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variable x dan y. Berdasarkan kerangka konsep diatas maka hipotesis/ pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Hipotesa Nol

- b. Tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan pasien pasca *Appendectomy* dengan mobilisasi dini di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Tidak ada hubungan bermakna antara perilaku pasien pasca *Appendectomy* dengan mobilisasi dini di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- d. Tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan perilaku pasien pasca *Appendectomy* dengan mobilisasi dini di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Hipotesa Alternatif (Ha)

- a. Ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Appendectomy* di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Ada hubungan bermakna antara perilaku dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Appendectomy* di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan perilaku pasien pasca *Appendectomy* dengan mobilisasi dini di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**BAB IV**  
**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

##### 1. Umur

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui usia responden mayoritas pada kelompok usia 25 - 45 tahun yaitu sebanyak 23 orang (57,5%) dan paling sedikit berumur > 45 tahun sebanyak 5 orang (12,5%).

##### 2. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui bahwa mayoritas pasien yang pasca operasi *appendectomy* di ruang Cempaka RSUD A.W Sjahranie Samarinda yang menjadi responden terbanyak adalah jenis kelamin wanita yaitu sebanyak 22 orang (55,0%), sedangkan responden jenis kelamin pria sebanyak 18 orang (45,0%).

##### 3. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui bahwa mayoritas pekerjaan

responden adalah Petani/nelayan dengan jumlah sebanyak 17 orang (42,5%) dan terkecil adalah PNS/TNI/POLRI dan petani/nelayan sebanyak 6 orang (15,0%).

#### 4. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui bahwa mayoritas responden terbesar berpendidikan SMA yaitu 19 orang (47,5%) dan terendah tingkat pendidikan Tidak sekolah/tidak tamat sebanyak 2 orang (5,0%).

#### 5. Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian dari 40 responden terkait tingkat pengetahuan memiliki jumlah yang sama antara tingkat pengetahuan Baik sebanyak 12 orang (30%) Tingkat pengetahuan cukup 8 orang (20%) dan tingkat pengetahuan kurang yaitu sebanyak 20 (50%).

#### 6. Perilaku Pasien

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui bahwa mayoritas responden terkait perilaku lebih banyak yang tidak melakukan dengan benar sebanyak 24 orang (60%) dan melakukan dengan benar yaitu sebanyak 16 orang (40%).



## 7. Mobilisasi Dini

Berdasarkan hasil penelitian pada 40 responden pasca operasi *appendectomy* diketahui bahwa mayoritas responden terkait mobilitas dini lebih banyak yang melakukan mobilitas dini kurang sebanyak 21 orang (52,5%) dan melakukan mobilitas dini baik yaitu sebanyak 19 orang (47,5%).

## 8. Analisis Bivariat hubungan tingkat pengetahuan pasien pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini

Dari analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan tingkat pengetahuan pasien pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini diperoleh  $p \text{ value} = 0,011 < \alpha (0,05)$  dengan demikian hipotesa nol ditolak yang artinya terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan pasien pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini di ruang cempaka RSUD A.W Sjahrane Samarinda.

## 9. Analisis Bivariat hubungan perilaku pasien pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini

Dari analisa bivariat untuk mengidentifikasi hubungan perilaku pasien pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini diperoleh  $p \text{ value} = 0,012 < \alpha (0,05)$  dengan demikian hipotesa nol ditolak yang artinya terdapat hubungan bermakna antara perilaku pasien pasien

pasca operasi *appendectomy* dengan mobilisasi dini di ruang cempaka RSUD A.W Sjahranie Samarinda.

## **B. Saran**

Dari hasil kesimpulan diatas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu :

1. Ruang Rawat inap cempaka dan rawat inap bedah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Perawat dan tim kesehatan lainnya yang bertugas mampu untuk menjelaskan dan mengarahkan pasien-pasien yang kurang mengerti atau tidak mengerti dengan proses mobilisasi agar proses penyembuhan akan cepat terlaksanakan dan pasien mampu untuk mandiri pasca tindakan *Appendectomy*. Dokter mampu memberikan terapi yang tepat pada pasien pasca pembedahan dan perawat mampu membimbing dan mengarahkan pasien untuk melakukan terapi yang telah di anjurkan oleh dokter untuk dapat mempercepat pemulihan pasca tindakan *Appendectomy*, ahli Gizi mampu memberikan asupan sumber makanan yang tepat agar proses penyembuhan dan pemulihan luka dapat efektif dan post di ruangan dapat membantu pasien apabila pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri.

## 2. Bagi peneliti yang akan datang

Pada penelitian selanjutnya, supaya dapat menambahkan variabel independen berhubungan dengan kondisi sosial, ekonomi, kultur dan budaya pasien yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita dan dapat mengaplikasikan ke perilaku saat pasien mengalami tindakan pasca *Appendectomy*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth, (2002). *Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 8). vol. 2. Jakarta: EGC.
- Capicchiano, D. (2009). *Prevalensi Penyakit Ginjal*. Diakses tanggal 25 Agustus 2015 dari [http://EzineArticles.com/?expert=Duncan\\_Capicchiano](http://EzineArticles.com/?expert=Duncan_Capicchiano)
- Dobson, M (2004). *Penuntun praktisanestesi*. Jakarta: EGC.
- Ganong. (2003). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Bachtiar, A dkk. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Depok : Program Pasca Sarjana Kesmas Universitas Indonesia. 2005
- Black, J.M & Esther M. *Medical – Surgical Nursing : Clinical Management for Continuity of Care 5th ed*. Philadelphia : W.B Saunders. 2000
- Craven, R.F & Constance J.H. *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function 3rd ed*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2000
- Depkes RI, Direktorat Jendral Pelayanan Medik. *Statistik Rumah Sakit Indonesia seri 3; Morbiditas/Mortalitas Edisi 3*. 2008
- Hall, C.S dan G.Lindzey. *Teori-teori Psikodinamik (Klinis)*. Jakarta : Kanisius. 1993
- Hanum, A.P. *Kecerdasan Emosi dan Percaya Diri Relawan NAD yang Berstatus Mahasiswa*. Jakarta : Skripsi Psikologi UIN. 2006
- Hidayat, A. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika. 2007
- Kozier, B & Glenora Erb. *Fundamentals of Nursing : Concepts and Procedures*. California : Addison-Wesley. 2001
- Kozier, B. *Fundamentals of Nursing : The Nature of Nursing Practice*. Canada : Prentice-Hall. 2000
- Kresno, S. *Aplikasi dan Metodologi Penelitian Kesehatan*. Depok : FKM UI.

2006

Moleong, L.J. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya  
Offset. 2002

Mubarak, H. Acute Appendicitis from *Harrison's Principle of Internal Medicine 17thEd*, didownload pada tanggal 22 Agustus 2015

Notoadmodjo, S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. 2003

Notoadmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta. 2007

Nurdin, M.A dan Ahmad, A. *Mengerti Sosiologi ; Pengantar untuk Memahami Konsep-Konsep Dasar*. Jakarta : UIN Jakarta Press. 2006

Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. 2008

Oswari. *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta : PT Gramedia. 2002

Potter, P.A. *Fundamentals of Nursing : Concepts, Process, Practice*. Jakarta : EGC.  
2005

Riswanto pada tahun 2004. Dengan judul penelitian “ Hubungan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pada perilaku pasca operasi fraktur femur di RSUD. Tarakan tahun Kalimantan Utara”.

Novitasari, Aulia (2011). Dengan judul penelitian “Hubungan Motivasi Pasien dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasca Seksio Sesarea di RSUD 7 Mitra Sejati Medan tahun 2011”.

KhoiriyatiAzizahdenganjudulriset “ PengalamanAmbulasiDiniPasien Post OperasiApendiktomiPerforasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2014”.

Schrock, T.R. *Ilmu Bedah = (Handbook of Surgery/Theodore R.Schrock; alihbahasa, Adji Dharma, Petrus Lukmanto, Gunawan, edisi 7)*. Jakarta :

EGC. 2000

Sjamsuhidajat, R. & Wim de Jong. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2*. Jakarta : EGC. 2004

Smeltzer, S.C & Brenda G.B. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Vol.1*. Jakarta : EGC. 2001

*Pentingnya Bergerak Pasca Operasi*. [www.cetrione.blogspot.com](http://www.cetrione.blogspot.com) di

download pada tanggal 12 Agustus 2015

## BIODATA PENELITI

FOTO



### A. Data Pribadi

Nama : Redi Setiawan

Tempat, Tanggal Lahir : Kahala, 27 September 1991

Alamat Asal : Loa Buah Jl. Flamboyan RT 10/RW 03, No. 12,  
Samarinda

Alamat di Samarinda : Loa Buah Jl. Flamboyan RT 10/RW 03, No. 12,  
Samarinda

### B. Riwayat Pendidikan

#### Pendidikan Formal

- Tamat SD Tahun : Tahun 2003 SDN. 005 Loa Buah, Samarinda
- Tamat SMP Tahun : Tahun 2006 SMPN. 28 Loa Buah, Samarinda
- Tamat SMK/SPK : Tahun 2009 SMAN. 08 Sungai Kunjang, Samarinda
- Diploma III : Tahun 2012 Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah, Samarinda