

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1) Konsep Mobilisasi

a. Definisi Mobilisasi

Mobilisasi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk berpindah secara bebas dan aman dari satu tempat ke tempat lain. Mobilisasi banyak digunakan untuk mengekspresikan gerakan baik secara fisiologis maupun psikologis. Mobilisasi juga berarti gerakan individu, senyawa mungkin, baik fisik, peningkatan kualitas hidup maupun gerakan emosional. Mobilisasi fungsional diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk berpindah dari satu posisi ke posisi lain, duduk, berbaring, berdiri, dan lain-lain, untuk berpartisipasi dalam aktivitas rutin sehari-hari. Kegiatan yang termasuk dalam mobilisasi fungsional adalah bergerak di tempat tidur, bergerak dengan kursi roda, melakukan mobilisasi untuk latihan jalan kaki, mengendarai mobil, dan bergerak dengan angkutan umum Erlina, (2020).

Menurut WHO, orang yang mobilitasnya berkurang biasanya mempunyai kemampuan mobilisasi yang terbatas. Kondisi ini disebut juga imobilisasi, yang diartikan sebagai ketidakmampuan seseorang untuk bergerak bebas. Kim dkk menjelaskan bahwa *North American Nurses' Diagnostic Association* (NANDA) mendefinisikan imobilitas sebagai suatu gangguan pergerakan fisik dimana seseorang mengalami keterbatasan gerak fisik sehingga mengakibatkan ketidakmampuan untuk bergerak bebas. Perubahan mobilitas fisik menyebabkan seseorang membatasi pergerakannya atau mencari bantuan orang lain untuk menyelesaikan tugasnya. Standar *Diagnostik Keperawatan Indonesia* (SDKI) mendefinisikan gangguan gerak fisik sebagai keterbatasan gerak fisik mandiri pada satu atau lebih anggota tubuh Erlina, (2020).

Mobilisasi merupakan faktor terpenting dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca operasi usus buntu. Senam di tempat tidur dan jalan kaki pada periode awal pasca operasi dapat memberikan banyak manfaat. Mobilisasi yang segera dan bertahap sangat bermanfaat untuk proses penyembuhan luka serta mencegah infeksi dan oklusi vena. Mobilisasi yang terlalu dini dapat menghambat penyembuhan cedera. Saat mobilisasi dini dan olahraga teratur dan bertahap adalah yang paling populer Aulia, (2020).

b. Manfaat mobilisasi pasca operasi

Beberapa keuntungan dari mobilisasi pasca operasi adalah :

- 1) Pasien merasa lebih sehat dan kuat menggerakkan otot perut dan panggul kembali normal, otot perut menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit sehingga pasien merasa sehat dan membantu menambah kekuatan, mempercepat penyembuhan.
- 2) Peningkatan fungsi usus dan kandung kemih, gerakan merangsang gerak peristaltik usus menjadi normal. Aktivitas ini juga membantu meningkatkan fungsi organ tubuh seperti semula.
- 3) Mempercepat pemulihan, seperti kontraksi rahim yang diarahkan ke otak, sehingga pasien cepat merasa sehat dan cepat merawat bayinya.
- 4) Mencegah trombosis dan tromboemboli dengan menggerakkan sirkulasi normal/stabil untuk menghindari risiko trombosis dan tromboemboli. Edukasi, (2022).

c. Dampak tidak melakukan mobilisasi

Beberapa akibat dari tidak dilakukannya mobilisasi adalah sebagai berikut :

- 1) Lukanya membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh
- 2) Dapat meningkatkan nyeri
- 3) Badan terasa nyeri dan kaku
- 4) Terjadi lecet dan borok pada kulit yang dapat menyebabkan cedera punggung. Suratun, (2019).

d. Tahap melakukan mobilisasi

1) Tahap I

Tahap pertama yaitu post pembedahan pada 6-24 jam pertama, pasien dianjurkan untuk melakukan teknik nafas dalam dan batuk efektif. Melakukan latihan ROM, latihan miring kanan dan miring kiri serta meninggikan tempat tidur dari posisi 15 sampai 90.

2) Tahap II

Pada tahap kedua yaitu pada 24 jam kedua, pasien dianjurkan untuk duduk di tempat tidur tanpa bersandar dengan mengobservasi rasa nyeri dilanjutkan dengan duduk di tepi tempat tidur.

3) Tahap III

Pada tahap ketiga yaitu pada 24 jam ketiga, pasien dianjurkan untuk latihan berdiri di samping tempat tidur dan latihan berjalan disekitar tempat tidur.

4) Tahap IV

Pada tahap keempat yaitu pada 24 jam keempat, pasien diharapkan sudah dapat berjalan secara mandiri. Clark, et al. (2013).

Mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya cedera, maka perawat yang sudah terlatih perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien dan dilakukan berulang selama 5 kali. Penilaian pasien post operasi dalam melakukan mobilisasi adalah sebagai berikut :

a) Tidak Mampu

Mobilisasi dikatakan tidak mampu apabila di dalam diri seseorang memiliki keinginan yang positif namun kenyataannya dalam melakukan tahap mobilisasi yang rendah penilaian jika dibantu maksimal (membutuhkan support yang signifikan pada 3 atau lebih point sentuhan dan membutuhkan satu atau lebih orang dan untuk keselamatan saat aktivitas) serta pasien yang tidak berdaya (melakukan aktivitas dengan bantuan penuh).

b) Mampu

Mobilisasi dikatakan mampu apabila di dalam diri seseorang memiliki keinginan yang mempunyai harapan yang tinggi dan memiliki keyakinan yang tinggi bahwa dirinya akan berhasil dalam mencapai tahap mobilisasi. Indikator pasien mampu jika pasien independen/mandiri (mampu melakukan mobilisasi/mampu merawat diri sendiri secara penuh tanpa bantuan atau pengawasan), pasien sedang/hanya di kursi (bila mobilisasi memerlukan bantuan satu atau 2 orang, pengawasan orang lain dan peralatan), diawasi (diawasi secara dekat, menggunakan alat bantu, sendiri tidak perlu dipegang) dan dibantu minimal (memerlukan bantuan sebagian, memerlukan alat bantu untuk aktivitas).

e. **Fisiologi mobilisasi**

Mobilisasi memerlukan koordinasifungsi tubuh, yaitu pergerakan rangka, muskuloskeletal.

Fisiologi mobilisasi dijelaskan sebagai berikut :

1) Kerangka

Kerangka adalah kerangka tulang dan tulang rawan yang melindungi organ-organ tubuh kita dan memungkinkan kita untuk bergerak. Fungsi rangka adalah :

- a) Menyangga jaringan lunak tubuh manusia (mempertahankan bentuk dan posisi tubuh).
- b) Melindungi struktur penting tubuh (otak, paru-paru, jantung, dan sumsum tulang belakang)
- c) Mendukung otot, tendon, dan ligamen, yang pada gilirannya menghasilkan gerakan.
- d) Menyediakan penyimpanan garam mineral dan lemak) Menghasilkan sel darah merah (*hematopoiesis*).

Tulang orang dewasa berjumlah 206 tulang dan diklasifikasikan berdasarkan bentuk. Tulang panjang (*long bones*) ditemukan pada ekstremitas atas dan bawah yang berkontribusi terhadap tinggi dan panjang tubuh. Tulang pendek (*short bones*) terletak pada pergelangan tangan dan

ankle yang berkontribusi terhadap pergerakan. Tulang pipih terdapat pada tulang rusuk tengkorak dan bagian tulang yang mempengaruhi bentuknya. Tulang tidak beraturan (*irregular bone*) adalah semua tulang yang tidak termasuk dalam golongan Erlina, (2020).

2) Sistem muskuloskeletal

Kontraksi dan relaksasi sistem otot menyebabkan tubuh bergerak dengan menarik tulang. Akselerasi, kontraksi, ekstensibilitas dan elastisitas otot memungkinkan Anda melakukan 3 fungsi penting bagi tubuh :

- a) Gerakan
- b) Pemeliharaan posisi tubuh (kontraksi otot rangka menjaga tubuh tetap tegak).
- c) menghasilkan panas (kontraksi otot rangka menghasilkan panas dan membantu mempertahankan panas tubuh).

Terdapat 3 type otot yaitu otot skeletal, otot jantung dan otot polos/visceral. Sistem otot terdiri dari jaringan otot skeletal dan jaringan konektif yang menyusun organ otot individu. Otot mempunyai 2 titik pengikat ke tulang. Ikatan otot pada tulang yang relatif tetap tidak bergerak disebut origo, dan ikatan otot dengan tulang yang relatif bergerak disebut insersi. Otot terdiri dari serat otot (fibers) yang berkontraksi ketika distimulasi oleh impuls elektrokimia yang berasal dari serabut saraf ke otot melalui neuromuskular junction. Impuls elektrokimia menyebabkan filamen (protein otot aktin dan miosin) didalam serabut otot saling mendekat satu sama lain, sehingga filament menjadi memendek Erlina, (2020).

Konsep Body Mekanik

Mekanika tubuh merupakan kemampuan koordinasi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf untuk menjaga keseimbangan, postur, kesejajaran tubuh pada saat mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas. Penggunaan mekanika tubuh yang tepat mengurangi cedera muskuloskeletal, memfasilitasi pergerakan tubuh, dan memungkinkan penggunaan energi secara efisien Erlina, (2020).

Penggunaan mekanisme tubuh yang tepat penting untuk keselamatan dan kesehatan perawat dan klien. Perawat menggunakan kelompok otot yang berbeda untuk melakukan aktivitas seperti berjalan, mengangkat dan menggerakkan klien, serta mengangkat benda. Gravitasi dan gesekan fisik (*friction*) mempengaruhi gerak benda. Penggunaan gravitasi yang benar meningkatkan efisiensi pekerjaan keperawatan. Penggunaan yang tidak tepat mengganggu kemampuan perawat untuk mengangkat, memindahkan, memposisikan klien dan dapat menyebabkan cedera serius. Pengetahuan tentang struktur dasar dan fungsi sistem neuromuskular, serta pengetahuan tentang fisiologi dan patologi yang mempengaruhi mobilitas dan orientasi tubuh, sangat penting untuk memahami mekanika tubuh Erlina, (2020).

f. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

1) Operasi

Pasien sesudah operasi sering menunda untuk bergerak (mobilisasi) salah satunya karena nyeri dan takut jahitan lepas / takut luka terbuka kembali. Padahal hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Mobilisasi sudah dapat dilakukan sejak 6 jam setelah pembedahan dan setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan regional. Mobilisasi dini berguna untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri / daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga nyeri yang dipersepsikan menjadi berkurang, Ernawati, (2021).

2) Motivasi

Motivasi adalah tingkah laku yang diarahkan untuk mencapai tujuan. Motivasi ini menjadi proses yang dapat menjelaskan

mengenai tingkah laku seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu Hidayat, (2021).

Istilah motivasi digunakan sejak awal abad ke-20, semula para ahli filsafat dan teolog (Agamawan) berpandangan bahwa manusia adalah makhluk rasional dan mempunyai tujuan dan menentukan sederetan perbuatan secara bebas. Rasiolah yang menentukan apa yang akan dilakukan manusia, karena berpatokan kepada rasio maka aliran ini disebut rasionalisme. Dalam beberapa waktu kemudian, muncul orang yang memiliki aliran lain yang disebut pandangan makanistik. Mereka berpendapat bahwa semua perilaku timbul dari dua sumber kekuatan, yaitu : internal dan eksternal. Kekuatan internal ada ditentukan oleh diri sendiri, dan kekuatan eksternal tidak dapat dikontrol oleh manusia sendiri Hidayat, (2021).

3) Gaya hidup

Mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh konteks budayanya, nilai-nilai yang dianutnya, dan lingkungan tempat tinggalnya Ernawati, (2021).

4) Ketidak mampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghambat seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Biasanya disabilitas dibedakan menjadi dua jenis, yakni disabilitas primer dan disabilitas sekunder. Cacat primer disebabkan oleh penyakit atau cedera (misalnya kelumpuhan akibat cedera atau kerusakan sumsum tulang belakang). Pada saat yang sama, kecacatan sekunder timbul dari dampak kecacatan primer (misalnya kelemahan otot dan tirah baring). Ernawati, (2021).

5) Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, termasuk mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energi setiap orang berbeda-beda. Selain itu,

seseorang cenderung menghindari stresor untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologis Ernawati,(2021).

- 6) Pendidikan merupakan faktor penting dalam membentuk pengetahuan seseorang. Selain itu juga ada keterkaitan antara tingkat pendidikan dengan paparan informasi. Dengan demikian responden akan lebih mudah untuk berpikir atau mendapatkan informasi tentang mobilisasi dini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seorang yang cukup baik pula. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah pula mereka menerima informasi Rihiantoro, (2017).
- 7) Stres merupakan respon tubuh manusia terhadap berbagai tuntutan hidup, ada yang datang dari luar atau dari dalam pikiran seseorang. Pada pasien pasca operasi GI yang stres karena meningkatnya tuntutan yang mereka hadapi, pasien cenderung fokus pada tuntutan hidup dan mengabaikan langkah pengobatan segera (Aulia, 2020).
- 8) Nyeri merupakan kondisi yang tidak bisa dihindari akibat tindakan pembedahan, namun nyeri merupakan kondisi yang paling sering ditemui oleh sebagian besar pasien. Bila sisa nyeri setelah operasi merupakan pengalaman sensorik dan motorik yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan jaringan yang rusak, kecenderungan rusak, atau sesuatu yang menandakan kerusakan. Aulia, (2020).
- 9) Keterbatasan pengetahuan adalah kurangnya informasi yang diterima Pasien selama berada di rumah sakit. Misalnya, setelah operasi, perawat hanya menyarankan untuk condong ke kanan, condong ke kiri, dan berjalan tanpa menjelaskan secara lengkap apa yang bisa dicapai setelah melakukan aktivitas tersebut (Sutandi & Siambaton, 2017).

g. Jenis mobilisasi

- 1) Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara utuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi

sosial dan melakukan tugas sehari-hari. Mobilisasi menyeluruh ini merupakan fungsi saraf sensorik dan motorik volunter yang mengontrol seluruh bidang perkembangan seseorang. Ernawati, (2021).

2) Mobilisasi parsial, kemampuan seseorang untuk bergerak dengan keterbatasan yang jelas dan ketidakmampuan untuk bergerak bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh tertentu. Hal ini dapat dilihat pada fraktur yang disebabkan oleh traksi yang diterapkan. Mobilisasi parsial ini terbagi menjadi dua, yaitu: Ernawati, (2021).

1) Mobilisasi lokal sementara adalah kemampuan individu untuk bergerak dalam kondisi pembatasan sementara. Hal ini mungkin disebabkan oleh cedera reversibel pada sistem muskuloskeletal. Contohnya termasuk dislokasi sendi dan tulang Ernawati, (2021).

2) Mobilisasi permanen parsial adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan keterbatasan permanen. Hal ini disebabkan kerusakan reversibel pada sistem saraf. Contohnya adalah hemiplegia akibat stroke, paraplegia akibat cedera tulang belakang, dan polimiositis akibat gangguan pada sistem gerak dan saraf sensorik Ernawati, (2021).

3) Konsep Apendisitis

a. Definisi Apendistis

Apendisitis atau biasa dikenal dengan penyakit usus buntu adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya peradangan pada bagian usus buntu atau disebut juga apendiks. Usus buntu sendiri adalah benjolan kecil, yang mana benjolan ini terletak pada bagian usus tepatnya pada bagian usus besar pada daerah perbatasan antara usus halus, benjolan ini mempunyai bentuk mirip jari dan berukuran kecil Dr. drg. H. Masriadi, S.KM. (2021).

Apendisitis merupakan peradangan pada usus buntu (cacingan). Sekitar 7% dari populasi akan menderita radang usus buntu pada suatu saat dalam hidup mereka. Pria lebih mungkin terkena radang usus buntu dibandingkan wanita. Apendisitis lebih sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun Manurung, (2021).

b. Etiologi

- 1) Penyebabnya tidak jelas.
- 2) Faktor yang mempengaruhi :
 - a) Obstruksi:
 - b) Hiperplasia kelenjar getah bening (60%), radang feses (tinja keras) 35%, benda asing (4%), stenosis luminal (1%).
 - c) Infeksi: E. Coli dan streptococcus.
 - d) Tumor Manurung, (2021).

c. Patogenesis

Ada faktor yang mempengaruhi munculnya usus buntu, ada isi lumen, tingkat obstruksi yang persisten, sekresi lendir yang terus menerus, sifat mukosa apendisitis yang tidak elastis/tidak fleksibel.

Produksi lendir 1-2 ml/hari. Kapasitas tambahan 3-5 cc/hari. Oleh karena itu, nyeri McBurney akan muncul sekitar 2 hari setelah penyumbatan terjadi.

Apendiks yang ditransplantasikan menjadi edema karena penyumbatan, mungkin karena peradangan tinja (tinja keras), tumor, atau benda asing. Implantasi meningkatkan tekanan intraluminal secara bertahap menyebabkan nyeri serap atau menjalar yang hebat selama beberapa jam, terlokalisasi di kuadran kanan bawah perut Manurung (2021).

d. Tanda dan gejala

- 1) Nyeri pada kuadran kanan biasanya disertai demam ringan.
- 2) Mual, muntah.
- 3) Nyeri lokal pada titik Mc. Bruney.
- 4) Kejang otot.
- 5) Sembelit, diare Manurung, (2021).

e. Pemeriksaan Diagnostik

1) Sel darah putih:

Sel darah putih meningkat lebih dari 12.000/mm³, neutrofil meningkat hingga 75%.

2) Analisis urin:

Normal, tetapi sel darah merah/putih mungkin ada.

3) Foto perut:

Terjadi pergerakan isi usus buntu ke dalam usus buntu (feses).

4) Tanda pindah (+):

Dengan meraba kuadran bawah, secara paradoks menimbulkan nyeri di kuadran kanan bawah. Manurung (2021).

f. Komplikasi

1) Komplikasi utama adalah perforasi usus buntu, yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses usus buntu.

2) Tromboflebitis purulen.

3) Abses di bawah diafragma.

4) Obstruksi usus. Manurung, (2021).

g. Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium

a) Hb Normal.

b) Sel darah putih normal atau meningkat (pada leukositosis progresif, biasanya >10.000/mm³).

c) Jenis penghitungan: lebih banyak segmen.

d) Peningkatan ESR (pada radang usus buntu infiltratif).

2) Rongent: appendicogram

b) Hasil positif berupa:

- Non-filling
- Partial filling
- Mouse tail
- Cut off

- Rongent abdomen tidak menolong kecuali telah terjadi peritonitis.

h. Penatalaksanaan

Di unit gawat darurat, pasien harus diberikan zero peros (NPO) dan direhidrasi dengan kristaloid intravena, dan antibiotik harus diberikan secara intravena sesuai dengan instruksi dokter bedah. Dokter bedah bertanggung jawab atas persetujuan. Pengobatan standar untuk radang usus buntu akut adalah operasi usus buntu. Operasi usus buntu laparoskopi lebih baik daripada pendekatan terbuka. Kebanyakan operasi usus buntu tanpa komplikasi dilakukan secara laparoskopi. Beberapa penelitian telah membandingkan hasil pada kelompok operasi usus buntu laparoskopi dan pada pasien yang menjalani operasi usus buntu terbuka. Hasilnya menunjukkan insiden infeksi luka yang lebih rendah, kebutuhan analgesia pasca operasi yang lebih rendah, dan masa rawat inap pasca operasi yang lebih singkat pada kelompok sebelumnya. Kerugian terbesar dari operasi usus buntu laparoskopi adalah waktu operasi yang lebih lama W.Josen, (2023).

Untuk pasien dengan abses usus buntu, beberapa ahli bedah terus memberikan antibiotik selama beberapa minggu dan kemudian melakukan operasi usus buntu elektif. Jika usus buntu pecah, prosedur ini masih dapat dilakukan secara laparoskopi, namun irigasi ekstensif pada perut dan panggul diperlukan. Selain itu, trokanter mungkin harus tetap terbuka. Sejumlah besar pasien dengan radang usus buntu akut dapat dengan mudah diobati dengan metode laparoskopi. Namun, ada beberapa faktor yang memperkirakan permintaan akan berubah menjadi open short sale. Salah satu faktor pra operasi independen yang memprediksi konversi selama operasi usus buntu laparoskopi adalah adanya penyakit penyerta. Selain itu, beberapa temuan intraoperatif juga dicatat, termasuk abses appendiks dan peritonitis difus W.Josen, (2023).

a. Teori Motivasi

Kata motivasi berasal dari bahasa lain "*movere*" yang berarti *to move*. Istilah ini digunakan untuk menunjukkan suatu pengertian yang melibatkan tiga komponen:

- 1) Pemberi daya pada tingkah laku manusia (*energizing*)
- 2) Pemberi arah tingkah laku (*directing*)
- 3) Bagaimana tingkah laku dipertahankan (*sustaining*)

Daya dan kekuatan yang ada dalam diri manusia yang mendorong atau menggerakkan seseorang untuk bertingkah laku tertentu yang diarahkan pada suatu tujuan. Daya tersebut memiliki intensitas tertentu yang sesuai dengan yang ingin dicapai. Apabila sudah terarah pada tujuan, maka tingkah laku tersebut dapat dipertahankan secara gigih agar tujuan tercapai Hidayat, (2021).

d. Hirarki kebutuhan dari Maslow Teori

Abraham Maslow membuat suatu urutan mengenai motif-motif yang dimiliki manusia secara hirarkis yang disebut dengan hirarki kebutuhan, mulai dari kebutuhan manusia yang paling tinggi. Istilah kebutuhan mengandung arti adanya kekurangan dan kekurangan itu dapat dipuaskan dengan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keinginan akan bermakna adanya suatu perasaan yang kuat. Dengan cara memahami motivasi dorongan-dorongan dalam diri seseorang akan menyebabkan suatu perilaku yang bertujuan untuk memuaskan dorongan tersebut. Kita dapat melihat bagaimana Maslow menggambarkan hirarki kebutuhan pada gambar dibawah ini Hidayat, (2021).



Gambar 2.1 Hirarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow , Hidayat, (2021).

Penjelasan mengenai gambar tersebut adalah:

a. Kebutuhan fisiologis

Adalah kebutuhan yang timbul berdasarkan kondisi fisiologis tubuh kita, seperti kebutuhan untuk makan dan minum, kebutuhan akan oksigen dan juga kebutuhan primer yang harus dipenuhi, jika tidak terpenuhi makan orang akan meninggal.

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan ini mencakup kebutuhan dilindungi dari bahaya dan ancaman fisik, termasuk di dalam kebutuhan akan tempat tinggal.

c. Kebutuhan akan cinta

Kebutuhan ini disebut juga dengan kebutuhan sosial di dalamnya mencakup memberi dan menerima persahabatan, cinta kasih, rasa memiliki. Setiap orang ingin menjadi bagian dari kelompok sosial, ingin mempunyai teman, kekasih.

d. Kebutuhan akan harga diri atau penghargaan

Kebutuhan ini dibagi menjadi:

- 1) Mencakup faktor-faktor internal, seperti kebutuhan harga diri, otonomi dan kompetensi.
- 2) Mencakup faktor-faktor eksternal, yaitu kebutuhan yang menyangkut reputasi seperti kebutuhan untuk dikenal atau diakui dan status.

Kebutuhan akan harga diri akan terlihat berupa keinginan untuk dipuji, dan keinginan untuk menampilkan kelebihanannya.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan mengoptimalkan semua kapasitas dalam dirinya termasuk di dalamnya kebutuhan untuk menjadi kreatif, kebutuhan ini menekankan kebebasan dalam menjalani kehidupan namun tetap bertanggung jawab.

Hirarki Maslow merupakan cara yang menarik untuk melihat antara motif manusia dengan kesempatan yang disediakan lingkungan Hidayat, (2021).

2. Pendidikan

a. Definisi Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya mempersiapkan peserta didik agar mampu mengembangkan seluruh potensi yang dimilikinya guna mempersiapkan kualitas hidup yang lebih baik di masa depan. Pendidikan tinggi diharapkan dapat memberikan kemudahan bagi setiap orang dan masyarakat dalam memperoleh ilmu pengetahuan dan mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari. Pendidikan formal diharapkan dapat memberikan nilai tambah bagi masyarakat, terutama dalam memperoleh informasi, pengetahuan, dan keterampilan baru. Notoatmodjo 2003, Wardhani & Pujiono, (2022).

Pendidikan pada hakikatnya merupakan suatu proses seumur hidup yang berlangsung dalam keluarga, sekolah dan masyarakat. Pendidikan merupakan tanggung jawab bersama antara keluarga, masyarakat dan pemerintah. Menurut pelaksanaannya, pendidikan terdiri atas pendidikan formal atau sekolah dan pembelajaran informal atau ekstrakurikuler. Pendidikan dibagi sebagai berikut:

- (1) Pendidikan informal adalah pendidikan yang diterima seseorang di rumah atau di lingkungan keluarga,
- (2) pendidikan formal, yaitu pendidikan sekolah, dan
- (3) Pendidikan non formal adalah pendidikan yang diperoleh seseorang di luar rumah atau sekolah, misalnya kursus atau pengajaran (Bimbel).

Pasal 10 Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Nomor 2 Tahun 1989, disarankan untuk membagi pelatihan sebagai berikut:

- a) pendidikan sekolah, yang meliputi jenjang pendidikan dari sekolah dasar (SD) sampai pendidikan tinggi (universitas atau sekolah menengah atas),
- (b) Pendidikan ekstrakurikuler diselenggarakan:
 1. Pendidikan nonformal, yaitu lembaga pendidikan nonformal seperti kursus, seminar pelatihan, paket pelatihan dan
 2. Pendidikan nonformal, meliputi pendidikan keluarga, masyarakat, dan program sekolah.

Dari jenis-jenis pendidikan tersebut di atas, pendidikan informal pada awalnya dikenal dan memegang peranan yang sangat penting, karena pendidikan informal dikenal pada masyarakat sederhana. Peran pembelajaran informal juga sangat penting, namun penelitian ini tidak menganggapnya sebagai faktor pendukung kompetensi mengajar. Hal ini disebabkan sulitnya mengenali informasi yang begitu kompleks dan melibatkan banyak bentuk pembelajaran sehari-hari. Dalam hal ini, apa yang tercakup dalam uraian teoritis bersifat terbatas hanya pada pendidikan formal. Pendidikan formal, sering juga disebut sekolah, adalah serangkaian jenjang pendidikan mulai dari pendidikan dasar hingga pendidikan tinggi. Notoatmodjo 2003, Wardhani & Pujiono, (2022).

b. Jenjang Pendidikan

Jenjang pendidikan yang diterapkan menurut Umar Tirtarahardja dan La Sulo, sebagai berikut:

- 1) Pendidikan Dasar, yaitu memberikan bekal mendasar yang diperlukan dalam masyarakat seperti pengembangan sikap, pengetahuan dan ketrampilan dasar.
- 2) Pendidikan Menengah, pendidikan yang ditempuh selama 3 tahun sesudah pendidikan dasar di SMP atau pendidikan yang diselenggarakan di SMA/ SMK atau sederajat. Pendidikan menengah sebagai lanjutan pendidikan dasar dan mempersiapkan siswa untuk menempuh pendidikan tinggi maupun memasuki lapangan pekerjaan. Pendidikan menengah ini terdiri atas pendidikan umum, pendidikan kejuruan, pendidikan luar biasa, pendidikan kedinasan, dan pendidikan keagamaan.
- 3) Pendidikan Tinggi, merupakan kelanjutan pendidikan menengah guna mempersiapkan peserta didik menjadi masyarakat yang memiliki kemampuan akademis atau profesionalitas. Satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi disebut perguruan tinggi yang diselenggarakan pada lembaga pendidikan akademik, politeknik, sekolah tinggi, institute atau universitas.

Menurut Notoatmodjo, jenjang pendidikan dapat digolongkan sebagai berikut yaitu:

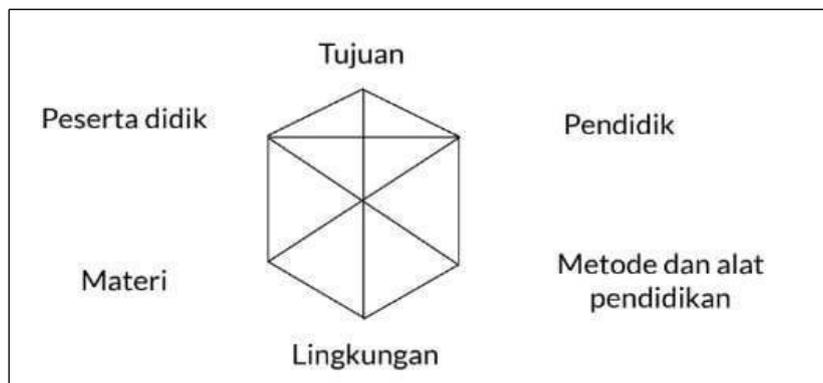
- a) Pendidikan dasar 6 tahun termasuk sekolah dasar/ sederajat dan
- b) Pendidikan menengah atas/ sederajat dan lanjutan dibagi menjadi dua bagian yaitu: pendidikan menengah 3 tahun yang meliputi pendidikan sekolah menengah atas atau sederajat dan pendidikan tinggi yang meliputi program diploma, sarjana, magister, doktor, dan profesi. Notoatmodjo 2003, Wardhani & Pujiono, (2022).

c. Komponen Pendidikan

Kegiatan atau proses pendidikan mempunyai komponen pendidikan yang dapat membentuk pola interaksi atau pengaruh satu sama lain. Komponen pendidikan tersebut meliputi tujuan, pelatih, peserta didik, materi, metode pengajaran, media dan alat, lingkungan pendidikan.

Keenam komponen tersebut di atas saling mempengaruhi dan berinteraksi. Kami membahas komponen pelatihan tersebut satu per satu di bawah ini.

Sebagai contoh interaksi timbal balik komponen pelatihan dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Saling Intraksi Antar Komponen Pendidikan , Ernawati, (2021).

Dalam proses pendidikan, yang diwujudkan dalam bentuk interaksi yang paling atas, yaitu proses. Pencapaian tujuan selalu dicapai sebagai bahan pembelajaran melalui metode dan alat tertentu yang digunakan oleh guru dan siswa untuk mencapai tujuan tersebut. Segala komunikasi pendidikan selalu berlangsung dalam situasi lingkungan tertentu. Situasi lingkungan ini

mempengaruhi pencapaian tujuan, sehingga harus diperhitungkan, meskipun pendidik menggunakannya sebagai bahan muatan lokal.

B. Hasil Penelitian yang Relevan

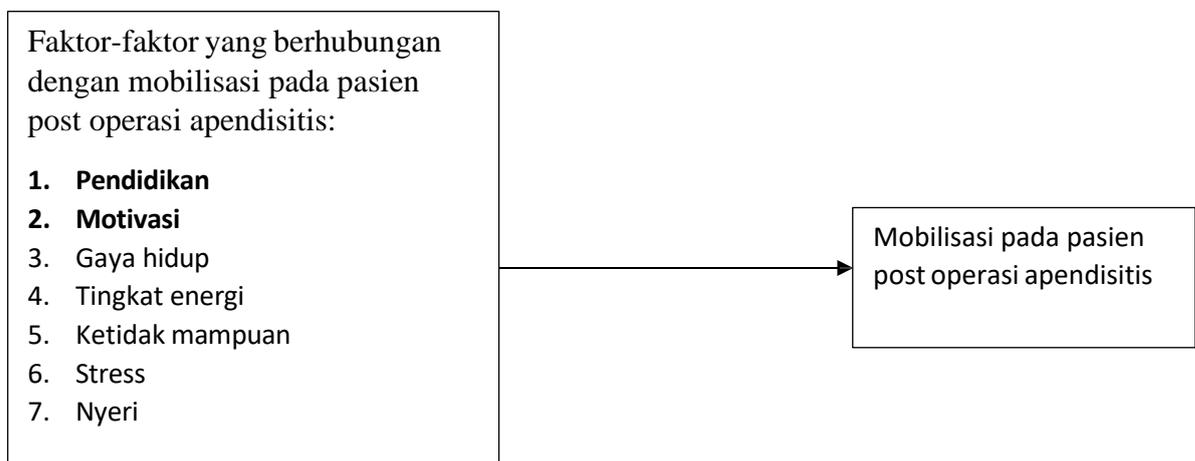
Menurut penelitian Umar Erna, Lestari Erna, Amaliyah Eli, (2018). Dengan judul Hubungan antara tingkat pendidikan dengan motivasi mobilisasi dini pasca bedah. Hasil penelitian menunjukkan motivasi mobilisasi dini pasca bedah digestif dari 60 responden menunjukkan Responden dengan pendidikan SMA keatas yang memiliki motivasi paling tinggi yakni 30.4 %. Hasil analisa diperoleh data bahwa jumlah responden berdasarkan tingkat pendidikan yang melakukan mobil hasil uji statistik didapat nilai $p = 0,001$, berarti nilai $\alpha < 0,05$, dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan motivasi mobilisasi dini pasca bedah digestif di RSUD Serang.

Menurut penelitian Rahman & Kurniasari, (2021) berjudul Hubungan tingkat kecemasan pasien post operasi apendiktomi dengan mobilisasi dini dapat disimpulkan pada gejala cemas sebanyak 19 orang (52.8%) dengan 10 orang (27.8%) tidak melakukan mobilisasi dini dan 9 orang (25%) melakukan mobilisasi dini. Sedangkan pada pasien yang tidak ada gejala cemas sebanyak 17 orang (47.2%) dengan 9 orang (25%) tidak melakukan mobilisasi dini dan pada 8 orang (22.2%) melakukan mobilisasi dini. Gambaran tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden kurang memiliki kemauan untuk melakukan mobilisasi dini post operasi apendiktomi dalam rangka memulihkan kondisi sesegera mungkin. Implementasi mobilisasi dini disesuaikan dengan kondisi fisik dan psikologis pasien. Semakin baik keadaan fisik maupun psikologis maka mobilisasi yang dilakukan juga semakin variatif sebaliknya bagi pasien yang mempunyai kondisi fisik dan psikologis yang tidak baik, maka mobilisasi dilaksanakan semakin sederhana. Hasil uji analisis yang didapat nilai $p \text{ value} \text{ sebesar } 0.935 > \alpha = 0.005$ dapat disimpulkan bahwa hasil uji analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan pada pasien post operasi apendiktomi dengan mobilisasi dini di RS Graha Husada Bandar Lampung.

Menurut penelitian Syara et al., (2021) berjudul Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Lamanya Penyembuhan Luka Pada Pasien Pasca Operasi Apendiktomi Di

Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post op apendiktomi yang sedang dirawat di Rumah Sakit GrandMed Lubuk Pakam tahun 2021 sebanyak 63 orang. Cara pengambilan sampel dilakukan secara Nonprobability Sampling dengan menggunakan tehnik Purposive Sampling yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan menggunakan kriteria tertentu. Dalam penelitian ini analisa data yang digunakan peneliti adalah menggunakan teknik analisis data chi square dengan tingkat kepercayaan 95% ($\leq 0,05$) jika p value 0,05 maka ada hubungan mobilisasi dini dengan lamanya penyembuhan luka pada pasien post operasi apendiktomi di Rumah Sakit GrandMed Lubuk Pakam tahun 2021.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis Umar Erna, Lestari Erna, Amaliyah Eli, (2018), (Rihiantoro, 2017), Hidayat, (2021), Ernawati, (2021), Aulia, (2020), Sutandi & Siambaton, (2017).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis, Umar Erna, Lestari Erna, Amaliyah Eli, (2018), (Rihiantoro, 2017), Hidayat, (2021).

E. Hipotesis

”Hipotesis adalah dugaan tentatif tunggal digunakan menyusun teori atau eksperimen dan diuji”; Creswell & Creswell (2018): ”Hipotesis adalah pernyataan formal menyajikan hubungan yang diharapkan antara variabel independen dan variabel dependen”; Abdullah (2015): ”Hipotesis adalah jawaban sementara yang hendak diuji kebenarannya melalui penelitian”. Berdasarkan uraian definisi dari beberapa ahli, bisa ditarik kesimpulan bahwa dalam hipotesis terdapat beberapa komponen penting yakni dugaan sementara, hubungan antar variabel dan uji kebenaran. Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha¹: Ada hubungan antara pendidikan dengan mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

Ha²: Ada hubungan antara motivasi dengan mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

Ho¹: Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

Ho²: Tidak ada hubungan antara motivasi dengan mobilisasi pada pasien post operasi apendisitis di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.