

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Konsep Dasar Laparotomi

a. Definisi Laparotomi

Laparotomi adalah prosedur yang membuat sayatan pada dinding perut untuk melepaskan selaput perut. Memeriksa organ-organ dalam rongga perut adalah tujuan dari prosedur ini, yang dapat digunakan untuk mendiagnosis atau mengobati gangguan perut (Hutahaeen et al., 2019) Laparotomi adalah sebuah Tindakan operasi mayor yang melibatkan pembuatan sayatan melalui lapisan dinding perut untuk mengakses masalah perut seperti penyumbatan, perforasi, perdarahan, atau kanker (Ditya et al., 2016).

b. Tujuan Laparotomi

Tujuan Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2021)

c. Indikasi Laparotomi

1) Trauma Abdomen

Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk (Ignativicus, 2020). Dibedakan atas 2 jenis yaitu:

- a) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritonium) yang disebabkan oleh: luka tusuk, luka tembak.

- b) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat di sebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (sit-belt)

2) Peritonitis

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membrane serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid), sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier (Ignativicus, 2020).

3) Perdarahan Saluran Pencernaan

Saluran pencernaan terbagi menjadi dua, yaitu saluran pencernaan atas dan saluran pencernaan bawah. Saluran pencernaan atas meliputi kerongkongan (esofagus), lambung, dan usus dua belas jari (duodenum). Sedangkan saluran pencernaan bawah terdiri dari usus halus, usus besar, dan dubur. Penyebab perdarahan saluran pencernaan sangat beragam, tergantung pada area terjadinya perdarahan. Penyebab perdarahan saluran pencernaan sangat beragam, tergantung pada area terjadinya perdarahan.

Pada perdarahan saluran pencernaan atas, penyebabnya meliputi:

a) Tukak lambung

Tukak lambung adalah luka yang terbentuk di dinding lambung. Tukak lambung merupakan kondisi yang paling sering menyebabkan perdarahan pada saluran pencernaan atas. Luka juga dapat terbentuk di dinding usus 12 jari yang disebut ulkus duodenum.

b) Pecah varises esophagus

Varises esofagus adalah pembesaran pembuluh darah vena pada area esofagus atau kerongkongan. Kondisi ini paling sering terjadi pada penderita penyakit liver yang berat

c) Sindrom Mallory-Weiss

Sindrom Mallory-Weiss adalah kondisi yang ditandai dengan robekan pada jaringan di area kerongkongan yang berbatasan dengan lambung. Sindrom Mallory-Weiss biasanya dialami oleh penderita kecanduan alkohol.

d) Esofagitis

Esofagitis adalah peradangan pada esofagus atau kerongkongan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gastroesophageal reflux (GERD) atau penyakit refluks asam lambung.

e) Gastritis

Gastritis adalah peradangan pada dinding lambung. Gastritis dapat disebabkan oleh penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS), infeksi, penyakit Crohn, dan cedera berat.

f) Tumor

Tumor jinak atau tumor ganas yang tumbuh di kerongkongan atau lambung bisa menyebabkan perdarahan. Sedangkan perdarahan saluran pencernaan bawah dapat disebabkan oleh sejumlah kondisi berikut:

(1) Radang Usus

Radang usus adalah salah satu penyebab perdarahan saluran pencernaan bawah yang paling sering. Kondisi yang termasuk radang usus adalah penyakit Crohn dan kolitis ulseratif

(2) Divertikulitis

Divertikulitis adalah infeksi atau peradangan pada divertikula, yaitu kantong-kantong kecil yang terbentuk di saluran pencernaan.

(3) Wasir (Hemoroid)

Wasir adalah pembengkakan pembuluh darah di dubur.

(4) Fisura ani

Fisura ani adalah luka atau robekan di dinding anus, yang biasanya disebabkan oleh tinja yang keras.

(5) Proktitis

Proktitis adalah peradangan di dinding rektum, yang dapat menyebabkan perdarahan pada rectum.

(6) Polip usus

Polip usus adalah benjolan kecil yang tumbuh di usus besar dan menyebabkan perdarahan. Pada beberapa kasus, polip usus yang tidak ditangani berkembang menjadi kanker.

g) Tumor

Jinak atau tumor ganas yang tumbuh di usus besar dan rektum dapat menyebabkan perdarahan.

h) Sumbatan Pada Usus Besar

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa perlengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), Intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), Volvulus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding

dan otot abdomen), dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus) (Ignativicus, 2020).

i) Appendicitis mengacu pada radang appendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendicitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.

(1) Tumor abdomen.

(2) Pankreatitis (inflamasi pada pankreas).

(3) Abses (area infeksi).

(4) Adhesi (jaringan perut yang terbentuk setelah trauma atau pembedahan).

(5) Divertikulitis (radang struktur mirip kantung di dinding usus).

(6) Pendarahan dalam (Sjamsurihidayat, 2020).

2. Konsep Pengetahuan

a. Definisi pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2018) pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia, suatu pengetahuan yang terurai secara sistematis dan terorganisir, mempunyai metode dan bersifat universal. Menurut (Sutriyawan, 2021) pengetahuan adalah jawaban terhadap rasa keingintahuan manusia tentang kejadian atau gejala alam semesta baik dalam bentuk fakta (abstraksi dari kejadian dan gejala), konsep (kumpulan dari fakta) atau prinsip (rangkaian dari konsep- konsep).

b. Tingkat pengetahuan

Menurut Kholid dan (Notoatmodjo, 2018) pengetahuan memiliki 6 tingkat:

1) Tahu (*know*)

Mengingat kembali pelajaran yang telah dipelajari.

2) Memahami (comprehension)

Kemampuan menjelaskan suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.

3) Aplikasi (application)

Kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi nyata atau sebenarnya.

4) Analisa (analysis)

Kemampuan yang telah dipelajari pada kondisi yang tepat.

5) Sintesis (synthesis)

Kemampuan menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (evaluation)

c. Sumber-sumber pengetahuan

Menurut (Kartika, 2017) sumber pengetahuan ada beberapa macam diantaranya:

- 1) Tradisi (kebiasaan yang turun temurun), seseorang mendapatkan pengetahuan berasal dari kebiasaan leluhurnya dan kebiasaan tersebut diturunkan kegenerasi selanjutnya dan hal tersebut dianggap sebagai suatu hal yang harus dilaksanakan.
- 2) Otoritas (karena pengaruh dari penguasa), perintah atau ketentuan, aturan yang ditetapkan oleh penguasa untuk waktu yang lama, dianggap sebagai sesuatu yang harus dilaksanakan bahkan menjadi sesuatu hal yang mutlak yang harus dilaksanakan dan hal tersebut menjadi bahan pengetahuan yang harus disampaikan ke orang lain.
- 3) Model peran (belajar dari orang yang dijadikan panutan), seseorang yang menjadi panutan misalnya tokoh agama, masyarakat yang dianggap memiliki pengetahuan yang lebih, jika panutan tersebut melakukan pekerjaan atau memiliki perilaku yang dianggap baik, maka perilaku, kebiasaan tersebut menjadi bahan pengetahuan untuk orang lain.

- 4) Intuisi (didapatkan dari alam bawah sadar), pengetahuan didapat hasil suatu renungann, insting dan kegiatan lain yang dilakukan di bawah sadar manusia.
- 5) *Reasoning* (berbagai alasan), berbagai hal yang menjadikan seseorang menjadi memiliki pengetahuan yang luas.
- 6) Ilmu adalah pengetahuan yang berdasarkan fakta-fakta, baik natural maupun sosial, yang berlaku umum dan sistematis yang kita dapatkan disekitar kita.
- 7) Ilmu dikatakan sistematis karena mengikuti aturan/prosedur ketat untuk memperoleh kebenaran atau kesalahan.

d. Cara memperoleh ilmu pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2018) dikelompokkan menjadi 2 cara, yaitu cara ilmiah dan nominal:

1) Cara memperoleh dengan nominal

a) Cara memperoleh coba salah (*Trial and error*)

Cara coba salah ini dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, apabila kemungkinan itu tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain.

b) Cara kebetulan.

c) Cara kekuasaan atau otoritas.

Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang disampaikan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji atau membuktikan kebenarannya terlebih dahulu baik secara empiris maupun berdasarkan penalaran sendiri.

d) Berdasarkan pengalaman pribadi

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

e) Melalui jalan pikiran.

Manusia telah mampu menggunakan pnalarnya dalam memperoleh pengetahuan, baik melalui cara berpikir dedukasi maupun induksi.

2) Cara baru atau modern

Dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih simetris logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian. Melalui metode ini selanjutnya menggabungkan cara berfikir deduktif, induktif dan verifikatif yang selanjutnya dikenal dengan metode penelitian ilmiah.

e. Kriteria tingkat pengetahuan

Menurut (Nursalam, 2019) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

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

3. Konsep tentang Sikap

a. Definisi sikap

Sikap adalah suatu reaksi atau respons yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Wawan, 2017). Sikap tidak dapat dilihat, tetapi dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari pada perilaku yang tertutup, sikap juga merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Allport (1954) dalam Bernarjo J. Carduci (2023) mendefinisikan sikap sebagai kesiapan mental atau saraf yang terorganisir melalui pengalaman, yang memberikan pengaruh dinamis terhadap respons individu terhadap semua objek dan situasi yang terkait dengannya.

b. Tingkatan sikap

Menurut (Rachmawati, 2019) ada 4 tingkatan sikap yaitu:

- 1) Menerima, diartikan bahwa seseorang mau dan memiliki keinginan untuk menerima stimulus yang diberikan.
- 2) Menanggapi, diartikan bahwa seseorang mampu memberikan jawaban atau tanggapan pada obyek yang sedang dihadapkan.

- 3) Menghargai, diartikan bahwa seseorang mampu memberikan nilai yang positif pada objek dengan bentuk tindakan atau pemikiran tentang suatu masalah.
- 4) Bertanggung jawab, diartikan bahwa seseorang mampu mengambil risiko dengan perbedaan tindakan maupun pemikiran yang diambil.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap

Menurut (Donsu, 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap:

1) Motif (*motive*)

Adalah keadaan kompleks dalam diri individu yang mengarahkan perilaku pada satu tujuan atau intensif, atau faktor penggerak perilaku, atau konstruk teoritik tentang terjadinya perilaku. Motif dapat dikelompokkan menjadi primer (dorongan fisiologis, dorongan umum) dan sekunder.

2) Konflik (*conflict*)

Terjadi ketika ada dua atau lebih motif yang saling bertentangan sehingga individu berada dalam situasi pertentangan batin, kebingungan, dan keragu-raguan. Jenis konflik dapat dibedakan menjadi 3, yaitu *approach conflict*, *avoidance conflict* dan *approach-avoidance conflict*.

3) Frustrasi (*frustration*)

Adalah suatu keadaan kecewa dalam diri individu, yang disebabkan oleh tidak tercapainya kepuasan atau tujuan.

d. Susunan atau komponen sikap

Menurut (Donsu, 2017) berikut ulasan tiga susunan atau komponen sikap tersebut:

1) Kognitif

Sikap terbentuk oleh komponen kognitif. Oleh kognitif yang muncul adalah sikap percaya, stereotip, dan adanya persepsi. Komponen kognitif sering juga disebut dengan komponen persptual yang berbicara tentang kepercayaan seseorang.

Misalnya bagaimana seseorang menilai orang lain berdasarkan gejala- gejala dan informasi yang diperolehnya, untuk membuat sebuah kesimpulan. Sebelum ketahap kesimpulan, ada kemampuan ilmu pengetahuan. Sehingga, ketika seseorang berprestasi dan menilai orang lain, selain kognitif,

juga tergantung dari pengetahuan mereka. Orang yang banyak pengetahuan, cenderung memiliki rasa empati terhadap sikap dan perilaku orang lain, dan lebih bisa menghargai keputusan orang lain.

2) Emosional

Komponen emosional berisi tentang perasaan yang melibatkan emosi. Bisa perasaan bahagia, perasaan sedih, dan perasaan terkejut. Komponen satu ini bersifat subjektif. Terbentuknya komponen emosional inipun banyak dipengaruhi oleh persepsi diri, yang melibatkan emosional.

3) Perilaku

Komponen perilaku sering kali disebut dengan komponen konatif. Komponen ini bersifat predisposisi. Predisposisi merupakan kecenderungan seseorang terhadap stimulus atau objek yang dihadapinya. Misalnya, lulusan SMA/SMK berbondong-bondong mask kesekolah keperawatan.

e. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal positif mengenai objek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan *favorable*. Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negatif mengenai objek sikap bersikap tidak mendukung maupun kontrak terhadap objek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pernyataan yang tidak *favorable*. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favorable* atau tidak *favorable* dalam jumlah yang seimbang.

Demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala memihak atau tidak mendukung sama sekali objek sikap (Azwar, 2011a).

Menurut (Azwar, 2011a) pengukuran sikap masuk dalam skala likert untuk pertanyaan positif di beri skor nilai yaitu:

Sangat setuju : skor 4

Setuju : skor 3

Tidak setuju : skor 2

Sangat tidak setuju : skor 1

Untuk pertanyaan negatif diberi skor nilai yaitu:

Sangat setuju : skor 1

Setuju : skor 2

Tidak setuju : skor 3

Sangat tidak setuju : skor 4

Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model

Likert adaah skor T, yaitu:

Keterangan:

X : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T

\bar{X} : Mean skor kelompok

S : Devisiasi standar skor kelompok

Perlu diingat bahwa perhitungan harga X dan s tidak dilakukan pada distribusi skor total keseluruhan responden, yaitu skor sikap para responden untuk keseluruhan pernyataan. Skor sikap yaitu skor X perlu diubah kedalam skor T agar dapat diinterpretasikan. Skor T tidak tergantung pada banyaknya pernyataan, akan tetapi tergantung pada mean dan deviasi standar pada skor kelompok. Jika skor T yang didapat lebih besar dari nilai mean maka mempunyai sikap cenderung lebih *favorable* atau positif.

Sebaliknya jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean maka mempunyai sikap cenderung tidak *favorable* atau negative (Azwar, 2011).

4. Konsep Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan manifestasi atau tindakan nyata dari seseorang yang dipengaruhi oleh berbagai faktor predisposisi (seperti pengetahuan, sikap, keyakinan), faktor pemungkin (seperti ketersediaan sumber daya), dan faktor penguat (seperti dukungan sosial) (Green, 2005). Perilaku manusia merupakan pencerminan dari berbagai unsur kejiwaan yang mencakup hasrat, sikap, reaksi, rasa takut atau cemas dan sebagainya. Oleh karena itu, perilaku manusia dipengaruhi atau dibentuk dari faktor-faktor yang ada dalam diri manusia atau unsur kejiwaannya. Meskipun demikian, faktor lingkungan merupakan faktor yang berperan serta mengembangkan perilaku manusia.

2. Bentuk Perilaku

Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar. Dalam hal ini perilaku manusia dapat terjadi melalui proses: Stimulus (rangsangan dari luar) ke Organisme dan kemudian Respons, sehingga teori ini disebut teori “S-O-R”. Berdasarkan teori tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni: (Notoatmodjo, 2018).

a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Terjadi bila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain (dari luar secara jelas). Respons seseorang masih dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk perilaku tertutup yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap

b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau *observable behavior*

3. Faktor Perilaku

Green (2005) mencoba menganalisis perilaku tertutup manusia

(covert behaviour) dan perilaku terbuka manusia (overt behaviour) dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor luar lingkungan (nonbehavior causes).

Faktor yang dapat menentukan perilaku tergolong menjadi 3, yaitu:

a. Faktor predisposisi (predisposing factor):

Faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan kebudayaan yang dipercaya.

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Nursalam, 2020).

2) Sikap

Sikap adalah predisposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang di organisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan. Sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan.

3) Kepercayaan

Kepercayaan ini mencerminkan apa yang seseorang anggap benar atau penting, sehingga dapat memengaruhi motivasi dan keputusan mereka untuk mengambil langkah dalam menjaga kesehatan. Kepercayaan ini dapat mencakup: kepercayaan terhadap penyebab penyakit, kepercayaan terhadap risiko pribadi, kepercayaan terhadap

efektivitas tindakan pencegahan, kepercayaan terhadap kemampuan diri (self-efficacy), serta kepercayaan terhadap sistem kesehatan atau ahli.

4) Nilai-nilai

Nilai adalah keyakinan yang mendalam tentang apa yang dianggap penting, benar, atau diinginkan dalam hidup. Dalam konteks kesehatan, nilai-nilai dapat mencakup pandangan seseorang terhadap: nilai pentingnya kesehatan, nilai terhadap keluarga dan komunitas, nilai budaya dan tradisi, nilai spiritual atau agama, dan juga nilai terhadap produktivitas atau karier.

5) Persepsi

Persepsi merupakan hasil interpretasi individu terhadap informasi yang mereka terima. Persepsi ini memengaruhi motivasi individu bertindak dan merupakan faktor penting dalam mengubah atau membentuk perilaku kesehatan. Persepsi kesehatan dapat mencakup beberapa aspek: persepsi risiko (perceived risk), persepsi keparahan (perceived severity), persepsi manfaat (perceived benefits), persepsi hambatan (perceived barriers), persepsi kontrol diri (perceived self-efficacy), dan persepsi terhadap lingkungan sosial.

b. Faktor pendukung (enabling factor)

Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik dan keterampilan kesehatan seseorang dalam memanfaatkan sarana dan prasarana yang ada, tersedia atau tidak tersedianya akses ke fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas. Misal:

- 1) Ketersediaan sumber daya: Sarana atau prasarana yang mendukung (seperti fasilitas kesehatan, obat-obatan, atau teknologi).
- 2) Aksesibilitas: Kemudahan dalam mengakses layanan atau informasi.
- 3) Kebijakan dan regulasi: Dukungan dari pemerintah, peraturan, atau kebijakan yang memungkinkan individu untuk melakukan perilaku tertentu.

- 4) Keterampilan kesehatan: Keterampilan atau kompetensi yang dimiliki untuk melakukan perilaku yang menunjang kesehatan.

c. Faktor pendorong (reinforcing factor)

Faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat.

- 1) Dukungan sosial: Pengaruh dari keluarga, teman, atau komunitas.
- 2) Penghargaan atau insentif: Hadiah atau pengakuan yang diperoleh setelah berperilaku.
- 3) Feedback: Umpan balik dari orang lain atau hasil perilaku yang dirasakan langsung.
- 4) Norma sosial: Harapan atau tekanan sosial yang memengaruhi individu untuk melanjutkan perilaku tertentu.

Notoatmodjo (2010), pengukuran perilaku yang paling akurat dapat dilakukan dengan cara pengamatan (observasi). Namun wawancara dengan pendekatan (*recall*) atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu juga dapat dilakukan (Suryani et.al, 2014). Pengukuran dengan menggunakan kuesioner berisikan pertanyaan atau sejumlah pertanyaan atau list pertanyaan, dengan 4 pilihan jawaban (Selalu, Sering, Kadang-kadang, dan Tidak pernah) atau dengan 5 pilihan jawaban (Selalu, Sering, Kadang-kadang, Jarang, Tidak pernah) (Swarjana, 2022).

Nursalam (2016) mengemukakan bahwa jenis pengukuran observasi perilaku dapat dibedakan menjadi:

- 1) Terstruktur, yaitu observasi yang telah dirancang secara sistematis tentang apa, kapan dan dimana tempat sesuatu yang akan diamati. Dalam observasi ini peneliti menggunakan instrumen penelitian yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.
- 2) Tidak terstruktur, yaitu observasi yang tidak disiapkan secara sistematis tentang apa yang akan diobservasi, tidak menggunakan instrumen penelitian yang telah baku, tapi

hanya berupa rambu-rambu pengamatan (Suryani et.al, 2014). Hasil pengukuran perilaku dapat berupa total skor atau dikonversikan ke dalam bentuk persen. Dalam penelitian tentang perilaku, terdapat istilah Bloom's Cut off Point, yaitu membagi tingkatan perilaku menjadi tiga, yaitu:

- a) Perilaku baik/*good*, jika skor >75%
- b) Perilaku cukup/sedang/*fair/moderate*, jika skor 60% - 75%
- c) Perilaku kurang/buruk/*poor*, jika skor <60%

(swarjana,2022)

Benyamin Bloom (1908) membedakan area, wilayah, domain atau ranah utama perilaku manusia adalah: kognitif, afektif (emosi) dan psikomotor, yang dalam perkembangan selanjutnya dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku:

pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktek (*practice*). Metode-metode yang sering digunakan untuk mengukur perilaku kesehatan, biasanya tergantung dari domain atau ranah perilaku yang diukur (pengetahuan, sikap atau tindakan/praktek) dan juga tergantung jenis dan metode penelitian yang digunakan (Notoatmodjo, 2020).

5. Mobilisasi dini

a. Definisi mobilisasi dini

Mobilitas atau mobilisasi dini merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, A. & Uliyah, 2014).

Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktifitas atau kegiatan. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi ini esensial untuk mempertahankan kemandirian (Novita, A. & Rosiska, 2021).

b. Jenis mobilitas

Menurut (Hidayat, A. & Uliyah, 2014) jenis mobilitas adalah sebagai berikut:

1) Mobilitas penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2) Mobilitas sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas

karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pasien paraplegi mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan control motorik dan sensorik.

Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut:

a) Mobilitas sebagian temporer

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal itu disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal. Contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

b) Mobilitas sebagian permanen

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap.

Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang *reversible*. Contohnya terjadinya *hemiplegia* karena *stroke*, *paraplegia* karena cedera tulang belakang, *poliomyelitis* karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik.

c. Faktor yang mempengaruhi mobilitas

Menurut (Hidayat, A. & Uliyah, 2014) faktor yang mempengaruhi mobilitas adalah sebagai berikut:

1) Gaya hidup

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

2) Proses penyakit/cidera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstremitas bagian bawah.

3) Kebudayaan.

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

4) Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.

5) Usia dan stres perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini, karena kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

6) Pendidikan

Menurut (Azwar, 2011) semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tersebut menerima informasi, dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi lebih, baik dari orang lain maupun dari media masa.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan pada seseorang, maka berarti telah mengalami proses belajar yang lebih sering dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar (Notoatmodjo, 2002). Menurut Suparsi & Joko, (2016) seorang individu dituntut memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dialaminya dimana salah satunya karena pendidikan yang dimiliki individu tersebut.

d. Tahap-tahap mobilisasi dini

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut (Clark et.al, 2013) meliputi:

1) Tahap 1

Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.

2) Tahap 2

Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur

3) Tahap

Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.

4) Tahap

Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

e. Tujuan Mobilisasi dini

Menurut (Clark et.al, 2013) tujuan mobilsasi dini yaitu:

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh.
- 2) Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka.
- 3) Membantu penafasan menjadi lebih baik.

- 4) Mempertahankan tonus otot.
- 5) Mempertahankan eliminasi air dan urine.
- 6) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

6. Post operasi: 1

a. Definisi post operasi

Tahap post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anastesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Maryunani, 2014). Fase pasca operatif dimulai pada saat klien masuk ke ruang pasca anastesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh (Kozier, Erb, 2020).

b. Jenis-jenis operasi

Menurut (Perry *et al*, 2013) fungsinya (tujuannya) membagi menjadi:

- 1) Diagnostik: biopsi, laparotomi eksplorasi.
- 2) Kuratif (ablatif): tumor, appendektomi.
- 3) Reparatif: memperbaiki luka multiple.
- 4) Rekonstruktif: mamoplasti, perbaikan wajah.
- 5) Paliatif: menghilangkan nyeri.
- 6) Transplantasi: penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).

Menurut luas atau tingkat risiko:

1) Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat risiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien

2) Minor

Operasi yang melibatkan sebagian kecil organ tubuh dan mempunyai tingkat risiko yang rendah terhadap kelangsungan hidup klien.

c. Komplikasi

Setelah pasien dilakukan operasi, ada berbagai komplikasi yang mungkin bisa muncul sehingga dapat menimbulkan masalah baru pada pasien. Masalah yang sering ditemukan pada post operatif adalah masalah sirkulasi, masalah urinarius, masalah luka, masalah gastrointestinal, dan masalah rasa aman nyaman (Kozier, Erb, 2020). Komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin, basah, pucat, nadi meningkat, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah (Majid, A. & Judha, 2011).

B. Hasil Penelitian yang Relevan

Menurut penelitian Fitria, et al yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca *Sectio Caesaria* tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien pasca *Sectio Caesarea* di RSUD Ratu Zalecha Martapura. Desain penelitian Observasional Analitik. Sampel diambil sebanyak 63 responden. Pasca *Sectio Caesarea* dengan *Purposive Sampling*, kemudian digunakan analisis data menggunakan uji *Fisher's Exact Test*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dan lembar observasi.

Hasil analisis menunjukkan nilai signifikan $p=0,027$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan mobilisasi dini dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca *sectio caesarea* di RSUD Ratu Zalecha Martapura.

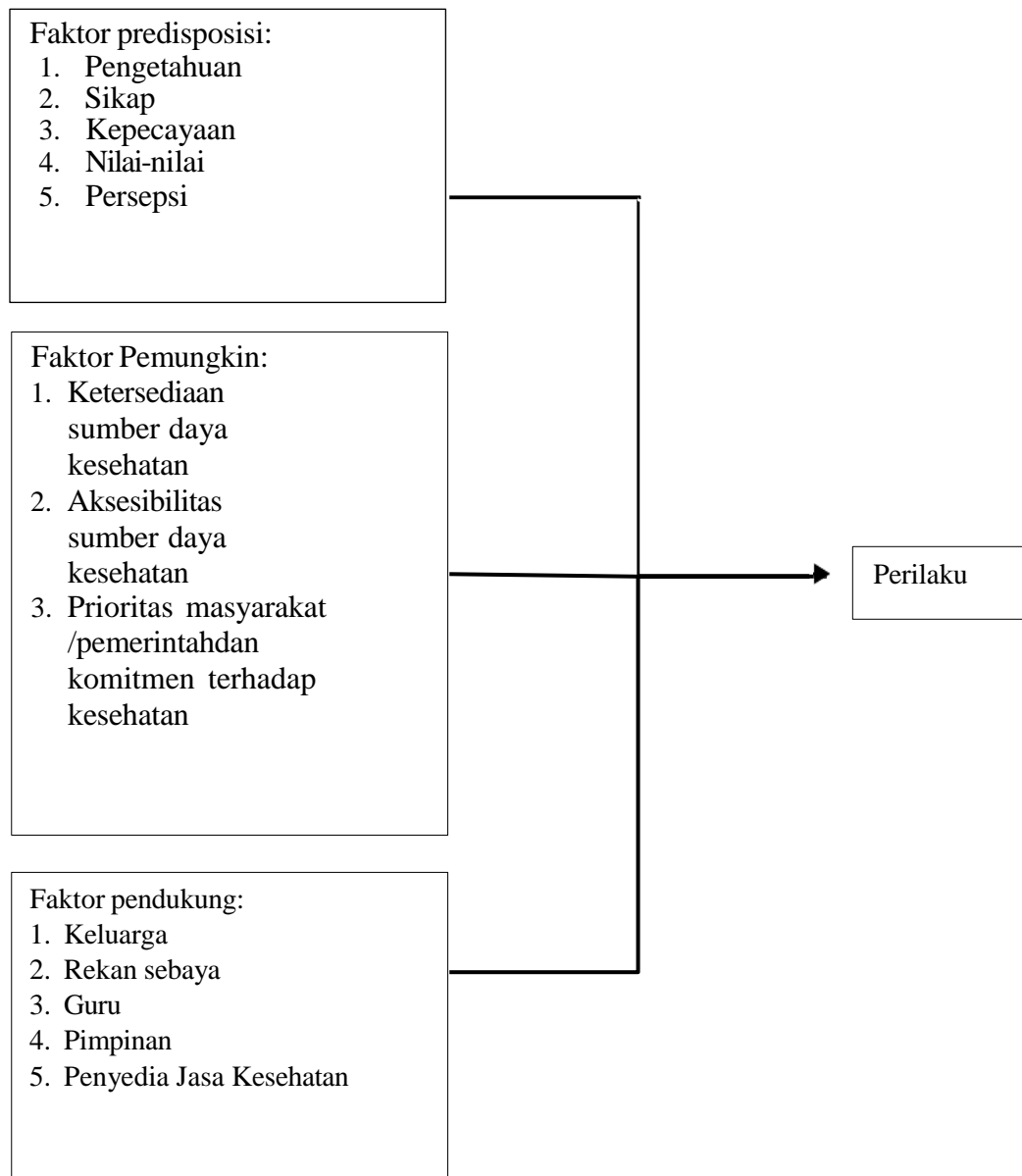
Menurut Suparsi & Joko (2016), yang berjudul Hubungan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini dengan perilaku pelaksanaan tindakan mobilisasi dini post operasi laparatomi di ruang Kanthil 1 RSUD Karanganyar.

Sampel sebanyak 28 responden, hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan baik yaitu 25 pasien (89%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan berperilaku baik dalam pelaksanaan mobilisasi dini post operasi laparatomi yaitu 20 pasien (71%). Hasil uji *Chi Square* didapatkan nilai X^2 sebesar 41,43 dan p value 0,113. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa X^2

hitung lebih kecil dari X^2 tabel ($41,43 < 48,75$) dan p value lebih kecil dari 0,05 sehingga H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini dengan perilaku dapat mempengaruhi pelaksanaan tindakan mobilisasi dini post operasi laparotomi di ruang Kantil 1 RSUD Karanganyar. Menurut penelitian Grace (2011) yang berjudul Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Ibu Pascasalin *Sectio Caesarea* di RSUD dr. Pringadi Medan Tahun 2011. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu pascasalin *sectio caesarea* di RSUD dr. Pringadi Medan. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan jumlah 34 pasien. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan uji *spearman*. Hasil penelitian di dapatkan tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan mengenai mobilisasi dini terhadap pelaksanaan mobilisasi dini dimana $\rho = 0,782$ ($\rho > 0,05$), $r = -0,0449$ yang berarti kekuatan hubungannya dengan kategori sangat lemah dengan arah korelasi negatif dan tidak ada hubungan bermakna antara sikap mengenai mengenai mobilisasi dini terhadap pelaksanaan mobilisasi dini dimana $\rho = 0,576$ ($\rho > 0,05$), $r = -0,099$ yang berarti kekuatan hubungannya dengan kategori sangat lemah dengan arah korelasi negatif.

C. Kerangka Teori

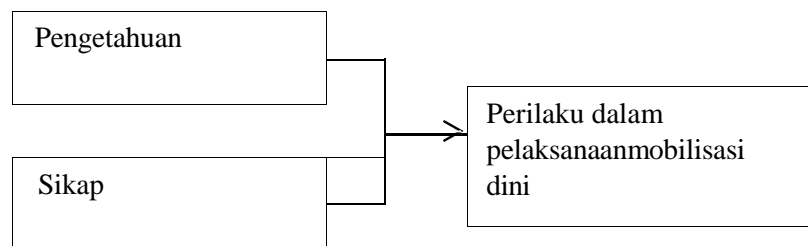
Perilaku manusia adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri. Sedangkan secara operasional, perilaku dapat diartikan sebagai respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut. Menurut Green (2005) Faktor faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah: faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai), faktor pemungkin (ketersediaan sumber daya kesehatan, aksesibilitas sumber daya kesehatan) prioritas masyarakat/pemerintah dan komitmen terhadap kesehatan) dan faktor penguat (faktor faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat). Berdasarkan penjelasan, maka peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap dalam perilaku.



Sumber: Green L.W (2005)
Gambar 2. 1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka adalah merupakan abstraksi yang berbentuk oleh generlisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel, jadi variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep. Kerangka adalah merupakan abstraksi yang berbentuk oleh generlisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel, jadi variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep (Notoatmodjo, 2018). Berdasarkan tinjauan diatas, penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. 2 kerangka konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dapat diuraikan sebagai hasil sementara dari pertanyaan penelitian. Biasanya dirumuskan dalam bentuk hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang berfungsi sebagai arah pembuktian atau suatu pernyataan yang harus dibuktikan (Notoatmodjo, 2018).

Ha: Ada hubungan pengetahuan, sikap pasien terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien laparatomi di RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro.