

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Mobilisasi Dini**

##### **1. Pengertian**

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Alimul,2009). Kemampuan untuk tetap aktif dan bergerak secara fisik penting dalam memelihara kesehatan dan kesejahteraan (Smith – Temple,2010).

Mobilisasi dini pasca bedah ditujukan untuk mempercepat penyembuhan luka, memperbaiki sirkulasi, mencegah stasis vena, menunjang fungsi pernafasan optimal, meningkatkan fungsi pencernaan, mengurangi komplikasi pasca bedah, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang. Mobilisasi meningkatkan fungsi paru-paru semakin dalam napas yang dapat ditarik, semakin meningkatkan sirkulasi darah. Hal tersebut dapat memperkecil resiko pembentukan gumpalan darah dan menolong saluran pencernaan agar mulai bekerja lagi (Gallacher,2010).

Perubahan mobilisasi akan mempengaruhi fungsi metabolisme endokrin, resorpsi kalsium, dan fungsi gastrointestinal. Sistem endokrin, menghasilkan hormon, mempertahankan dan mengatur fungsi vital seperti : berespon pada stress dan cedera, pertumbuhan dan perkembangan reproduksi, mempertahankan lingkungan internal, produksi dan penyimpanan energi. Saat stress terjadi, sistem endokrin memicu respon yang bertujuan untuk mempertahankan tekanan darah dan kehidupan. Sistem endokrin penting untuk mempertahankan homeostatis. Jaringan dan sel hidup pada lingkungan internal, dimana sistem endokrin membantu regulasinya dengan mempertahankan natrium, kalium, air, dan keseimbangan asam basa. Sistem endokrin juga mengatur metabolisme energi.

Hormon tiroid meningkatkan laju metabolisme basa dan energi untuk sel selama aksi gastrointestinal dan hormon pankreatik (Copstead-kirkhorn dan banasik, 2005). Kalau mobilisasi dini tidak dilakukan pasien pasca bedah maka akan menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis. Bahaya fisiologis mempengaruhi fungsi metabolisme normal, seperti : menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, menyebabkan ketidak seimbangan cairan elektrolit dan kalsium, dan menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan konstipasi dan impaksi fekal. Imobilisasi juga dapat menyebabkan pasien memiliki resiko tinggi komplikasi pernafasan, seperti : atelektasis (kolapsnya alveoli), pneumoni hipostatik (inflamasi pada

paru akibat statis atau bertumpuknya sekret), dan embolisme paru, Imobilisasi dapat mengubah eliminasi urine. Pada posisi berbaring terlentang dan datar, ginjal dan ureter bergerak maju kesisi yang lebih datar. Urine yang dibentuk oleh ginjal harus memasuki kandung kemih tidak dibantu oleh gaya gravitasi sehingga pelvis ginjal terisi sebelum urine memasuki ureter. Keadaan ini disebut statis urin dan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih, mengakibatkan terjadinya kontraktur sendi dan atrofi otot. Selama pasien berbaring di tempat tidur akan menyebabkan penurunan fungsi muskuloskeletal dan kekuatan otot (Perry & Potter,2016).

Imobilisasi atau tirah baring dapat menyebabkan penurunan fungsi sensorik, perubahan respon emosial dan perilaku, seperti : permusuhan, perasaan pusing,takut dan perasaan tidak berdaya sampai ansietas ringan bahkan sampai psikosis,depresi karena perubahan peran dan konsep diri, gangguan pola tidur karena perubahan rutinitas atau lingkungan dan perubahan koping. Imobilisasi yang lama durasinya juga akan mengakibatkan bahaya psikologis yang semakin besar pada pasien pasca operasi (Smith-Temple,2017).

Masalah yang sering terjadi dengan mobilisasi pasca bedah adalah ketika pasien merasakan terlalu sakit atau nyeri maka pasien tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat ditempat tidur. Smeltzer (2012) menyatakan tingkat dan keparahan pasca operatif tergantung pada anggapan fisiologi dan psikologi individu, toleransi yang ditimbulkan untuk

nyeri, letak insisi, sifat prosedur, kedala pasca trauma bedah dan jenis agen anestesi. Selain itu, pasien yang tidak mengetahui manfaat mobilisasi dini dan tidak mendapatkan informasi dari perawat cenderung tidak melakukan mobilisasi. Dengan demikian, kebanyakan dari pasien post operasi mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh. Kekawatiran (ansietas) ini dapat meningkatkan ketidakmampuan untuk melakukan mobilisasi (Smeltzer, 2012).

Pasien dianjurkan segera melakukan mobilisasi dini setelah 24-48 jam pertama pasca bedah. Pergerakan pasca pembedahan akan mempercepat pencapaian level kondisi seperti pra pembedahan. Perawat mempunyai peran sebagai dukator dan motivator sehingga pasien pasca bedah mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri.

Perawat hendaknya mampu merespon terhadap kebutuhan pasien dengan melakukan tindakan keperawatan : promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dalam hal ini, perawat akan mobilisasi, e, buat perencanaan tingkat keperawatan mobilisasi dini sehingga disapat pelayanan kesehatan yang berkualitas dan komprehensif (Perry & Potter, 2010).

## **2. Prinsip dan Tujuan Mobilisasi**

Menurut Potter dan Perry (2010), mengemukakan bahwa mobilisasi mempunyai banyak tujuan, seperti mengekspresikan emosi dengan gerakan non verbal, petahan diri, pemenuhan kebutuhan dasar, aktivitas

hidup sehari-hari dan kegiatan rekreasi. Memperhatikan mobilisasi fisik secara optimal maka system saraf, otot, skeletal harus tetap utuh dan berfungsi baik.

### **3. Manfaat Mobilisasi**

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

#### **a. Sistem Muskuloskeletal**

Ukuran, bentuk, tonus, dan kekuatan rangka dan otot jantung terdapat 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.

#### **b. Sistem kardiovaskuler**

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). Meningkatkan 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.

### **c. Sistem Respirasi**

Jumlah udara yang dihirup dan dikeluarkan oleh paru-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 penempukan sekret pada bronkus dan bronkiolus, menurunkan usaha pernapasan.

### **d. Sistem Gastrointestinal**

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

### **e. Sistem metabolik**

Latihan dapat meningkatkan kecepatan metabolisme, dengan demikian peningkatan reproduksi dari panas tubuh dan hasil pembuangan. Selama melakukan aktivitas berat, kecepatan metabolisme dapat meningkat sampai 20x dari kecepatan normal. Berbaring ditempat tidur dan makan dapat meningkatkan penggunaan trigliserid dan asam lemak, sehingga dapat mengurangi tingkat trigliserid serum dan kolesterol dalam tubuh.

### **f. Sistem Urinary**

Aktivitas yang adekuat dapat menaikkan aliran darah, tubuh dapat memisahkan sampah lebih efektif, dengan demikian dapat mencegah

terjadinya statis urinary. Kejadian retensi urin juga dapat dicegah dengan melakukan aktivitas.

#### **4. Rentang Gerak Dalam Metabolisme**

Menurut Alimul A (2019) dalam metabolisme terdapat 3 rentang gerak :

- a. Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif.

Misalnya : perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

- b. Rentang gerak aktif, untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif.

Misalnya : berbaring, pasien mengangkat kakinya.

- c. Rentang gerak fungsional, untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

#### **5. Jenis Mobilisasi**

Menurut Alimul A (2019) jenis mobilisasi terdiri dari :

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

2. Mobilisasi sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

a) Mobilisasi sebagai temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem muskuloskeletal. Contohnya dislokasi sendi dan tulang.

b) Mobilisasi sebagai permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Alimul, 2019).

## **6. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini**

Menurut Cetrione (2017, dalam Rismalia, 2019) tahap-tahap mobilisasi dini pasien pasca operasi meliputi :

a) 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.

- b) Pada 12-24 kemudian bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk diatas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan dilantai sambil digerak-gerakkan.
- c) Pada hari ke 2 pasca operasi, rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau dibangsal tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, emestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan disekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali keaktivitas biasa segera mungkin, hal ini perlu dilakukan sendiri mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal.

Menurut M.Wikinson (2012) berdasarkan NIC (*Nursing Interventions Classification*) dan NOC (*Nursing Outcomes Classification*) perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi adalah memberikan rasa nyaman dan mencegah terjadinya komplikasi yang bisa menyebabkan pasien tidak dapat bergerak dari tempat tidur, memfasilitasi pasien untuk mampu bergerak dalam melakukan aktifitas sehari-hari sehingga mencegah terjadinya kelelahan dan cedera muskuloskeletal; melatih kekuatan otot dan menganjurkan pasien latihan terapi serta melakukan perawatan diri secara mandiri.

Perawat hendaknya mampu menilai kemampuan pasien untuk melakukan mobilisasi secara mandiri, menilai tingkat penurunan kesadaran pasien, menilai kekuatan otot dan kemampuan rentang gerak (ROM), menilai kebutuhan pasien akan peralatan medis, mengikutsertakan pasien untuk melakukan latihan gerak aktif dan pasif ROM untuk meningkatkan kekuatan otot. Kriteria dalam mengevaluasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan mobilisasi adalah melakukan mobilisasi di tempat tidur dengan pembuktian bahwa pasien mampu mengubah posisi secara mandiri, mampu melakukan *Range of Motion* dengan benar dan dapat mengubah posisi sendiri di tempat tidur bergerak secara aktif, tingkat mobilisasi yang dilakukan memuaskan, kontraksi otot serta status neurologis berfungsi dengan baik (Wikinson,2015).

## **7. Tingkat Mobilisasi**

Menurut Walkinson (2015) tingkat mobilisasi ini dikategorikan menjadi 5 tingkat yaitu :

- a. Tingkat 4 : mampu melakukan mobilisasi secara mandiri
- b. Tingkat 3 : memerlukan bantuan alat
- c. Tingkat 2 : memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
- d. Tingkat 1 : memerlukan bantuan dan pengawasan dari orang lain disertai dengan bantuan alat

e. Tingkat 0 : tidak dapat melakukan mobilisasi dini secara aktif

## **8. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi**

### **a. Faktor Fisiologis**

Apabila ada perubahan, maka setiap sistem tubuh beresiko terjadi gangguan, tingkat keparahan dari gangguan tersebut tergantung pada kondisi kesehatan secara keseluruhan, serta tingkat imobilisasi yang di alami. Sistem endokrin, merupakan produksi hormone sekresi kelenjar, membantu mempertahankan dan mengatur fungsi vital seperti : respon terhadap stress dan cedera, pertumbuhan dan perkembangan, reproduksi, homeostasis ion, dan metabolisme energi. Ketika cedera atau stress terjadi, sistem endokrin memicu serangkaian respon yang bertujuan mempertahankan tekanan darah dan memelihara hidup. Sistem endokrin berperan dalam pengaturan lingkungan internal dengan mempertahankan keseimbangan natrium, kalium, air, dan keseimbangan asam-basa.

Sehingga sistem endokrin bekerja sebagai pengatur metabolisme energi. Imobilisasi mengganggu fungsi metabolik normal, antar lain laju metabolik : metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, ketidak seimbangan kalsium dan gangguan pencernaan. Keberadaan infeksi pada klien imobilisasi mengalami peningkatan diakibatkan karna demam atau penyembuhan luka (Perry dan Potter, 2016).

## **b. Nyeri**

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, universal dan bersifat individual. Dikatakan sifat individual karena respon repon individual terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya. Menurut Perry dan Potter (2016), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-ray atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejala. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan padaucapan dan perilaku klien. Klien kadan-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat.

Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda. Tipe nyeri nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien.

Intensietas nyeri mengacu kepada kehebatan nyeri itu sendiri, untuk menentukan derajat nyeri, dapat menanyakan pada klien tentang nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri numeric 0-10 atau skala yang serupa lainnya yang membantu menerangkan bagaimana intensitas. Cara mengkaji nyeri yang digunakan adalah 0-10 angka skala intensietas nyeri.

### **c. Faktor Emosional**

Mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas). Ansietas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Fundamental, 2016).

### **d. Faktor Psikologi**

Imobilisasi menyebabkan respon emosional paling umum adalah depresi, perubahan perilaku, perubahan siklus tidur-bangun, dan gangguan koping, mengidentifikasi efek imobilisasi yang lama pada psikososial klien. Orang yang cenderung depresi atau suasana hati yang tidak menentu beresiko tinggi mengalami efek psikososial selama tirah baring atau imobilisasi, oleh karena itu perlu adanya dukungan dari keluarga dalam memberikan motivasi agar pasien mampu melakukan mobilisasi (Perry dan Potter, 2016).

## **B. Konsep Dukungan Keluarga**

### **1. Definisi Keluarga**

World health organisation (WHO) dalam Mubarak (2010) mendefinisikan bahwa keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan. Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan

beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Pakar konseling keluarga dari Yogyakarta, Sayekti (2018) menulis bahwa keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga. Sedangkan Friedman dalam Efendi (2019) menyatakan bahwa dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing – masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keluarga juga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya. Oleh karena itu, sebaiknya keluarga harus dilibatkan dalam perawatan kesehatan (Notosoedirjo, 2015).

## **2. Definisi Dukungan keluarga**

Friedman (2019) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerima keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga sebagai proses hubungan antar keluarga dengan lingkungan soialnya. Ketiga dimensi interaksi dukungan keluarga tersebut bersifat reprovokasi/timbal balik (sifat dan frekuensi hubungan timbal balik), advis

/ umpan balik (kualitas dan kuantitas komunikasi), dan keterlibatan emosional (kedalaman intimasi dan kepercayaan) dalam hubungan sosial.

### **3. Sumber Dukungan Keluarga**

Friedman (2019) menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai suatu yang dapat diakses / diadakan untuk keluarga (dukungan keluarga bisa atau yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan keluarga dapat berupa dukungan internal seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung dan dukungan eksternal seperti jaringan kerja sosial keluarga.

### **4. Fungsi Dukungan keluarga**

Friedman dalam (2019) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu :

#### **a) Dukungan Penilaian**

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penielian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat,

persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seorang keluarga dapat membantu meningkatkan strategi coping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif. Bentuk dukungan penilaian yang dapat diberikan pada pasien yang dirawat diantaranya : Memberikan semangat, membujuk, dan menenangkan anggota keluarga ketika dilakukan tindakan medis.

#### **b. Dukungan Instrumental**

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat seorang memberi atau meminjam uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah.

Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata. Dukungan Instrumental yang dapat diberikan keluarga saat ada anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit diantaranya adalah : memberikan bantuan kepada pasien kebutuhan makan, minum, mempersiapkan kebutuhan

peralatan pasien ketika melakukan mobilisasi dini maupun ambulasi seperti menyediakan peralatan kruk, tongkat, dan walker seera menyediakan dana yang akan diperlukan selama dirawat di rumah sakit.

#### **d. Dukungan Informasional**

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Misalnya, jenis –jenis dan kuantitas dukungan sosial dalam fase perkawinan (sebelum sebuah pasangan muda mendapat anak) sangat berbeda dengan banyaknya jenis-jenis dukungan sosial yang dibutuhkan ketika keluarga sedang berada dalam tahap fase siklus kehidupan terakhir. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu fungsi dengan berbagai kepandaian dan akal.

Sebagai akibatnya, hal itu meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. Baik efek-efek penyangga (dukungan sosial efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun

ditemukan. Sesungguhnya efek-efek oenyangga dan utama dari dukungan soaial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifk, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi.

### **C. Konsep Post Operasi**

#### **1. Defenisi Post Opersi**

Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruangan pemulih dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Uliyah & Hidayat, 2018). Tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir sat pasein pulang.

#### **2. Jenis-Jenis Operasi**

Menurut fungsi (tujuannya),Potter dan Perry (2016) membagi menjadi :

- a. Diagnostik : Biopsi, Laparatomy eksplorasi
- b. Kuratif (ablatif) : Tumor, Apendiktom
- c. Reparatif : memperbaiki luka multiple
- d. Rekonstruktif : Mamoplasti, Perbaikan wajah
- e. Peliatif : Menghilangkan nyeri

- f. Transplantasi : penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).

General anestesi merupakan tindakan menghilangkan rasa sakit secara sentral disertai hilangnya kesadaran. Anestesi general terbagi beberapa jenis yaitu spinal, epidural dan saraf perifer. Epidural adalah jenis yang paling sering digunakan, biasanya untuk persalinan dan bedah tulang. Spinal adalah anggota gerak bawah pingang sampai ibu jari kaki dengan sengaja dilumpuhkan atau tidak dapat digerakkan dalam jangka waktu tertentu.

Menurut Luas dan Tingkat resiko :

- a) Mayor

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

- b) Minor

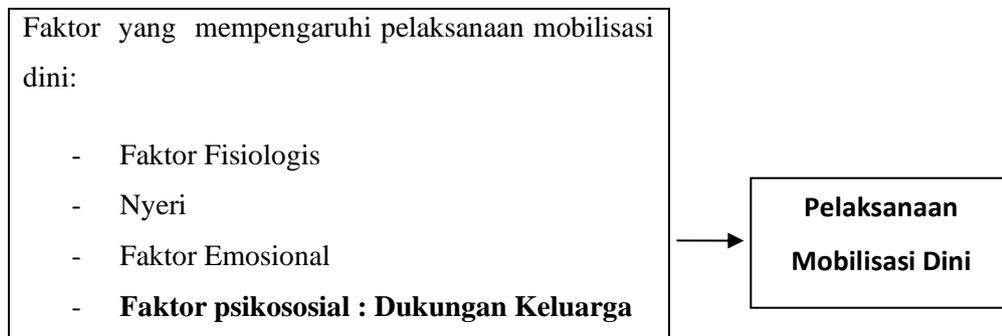
Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

### **3. Komplikasi Post Operasi**

Menurut Baradero (2018) komplikasi post operasi yang akan muncul antara lain yaitu hipotensi dan hipertensi. Hipotensi didefinisikan sebagai tekanan darah systole kurang dari 70 mmhg atau turun lebih dari 25% dari nilai sebelumnya. Hipotensi dapat disebabkan oleh

hipovolemia yang diakibatkan oleh pendarahan dan overdosis obat anestetika. Hipertensi disebabkan oleh analgetik dan hipnosis yang tidak adekuat, batuk, penyakit hipertensi yang tidak diterapi, dan ventilasi yang tidak adekuat. Sedangkan menurut Majid, (2011) komplikasi post operasi adalah pendarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin-dingin pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernapasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah.

#### D. Kerangka Teori



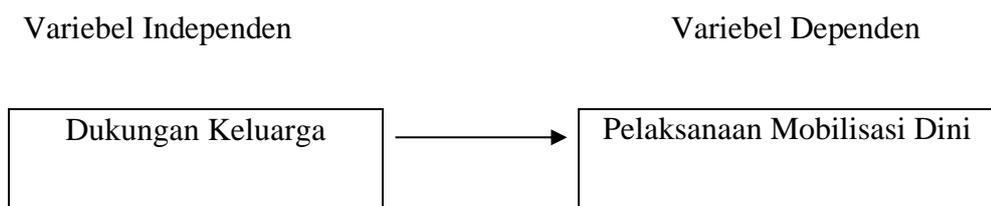
Sumber : Modifikasi Perry & Potter (2010)

#### E. Kerangka Konsep

Kerangka kerja merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi pedoman dalam proses pelaksanaan penelitian. Kerangka kerja merupakan rencana penulisan yang membuat garis-garis besar dari suatu karangan yang digarap, dan merupakan ide-ide yang disusun secara sistematis, logis, jelas, terstruktur dan teratur, (Imron & Munif, 2010). Kerangka kerja

dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independen) dan variabel terikat (dependen).

Hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi pada pasien post operasi di RSUD Dr.H.Bob.Bazar,SKM Kalianda Lampung Selatan tahun 2022.



#### **F. Hipotesis peneliti**

Hipotesa penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

Hipotesa alternatif (Ha) : “ada hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi di RSUD Dr.Hi.BOB BAZAR,SKM Kalianda Lampung Selatan tahun 2022”.