

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Perawatan Pra Pembedahan

Pembedahan merupakan salah satu tindakan atau terapi medis yang menggunakan tindakan invasif dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani. Pembedahan adalah bentuk pengobatan invasif dengan membuka dan menangani bagian tubuh yang akan dibedah. Pembukaan dilakukan dengan membuat sayatan untuk melihat bagian tubuh tersebut dan dilakukan perbaikan serta penutupan dan penjahitan luka pada akhir tindakan (Sjamsuhidayat & Jong, 2014).

Barbara dalam Maryunani (2014) menguraikan jenis pembedahan menurut berbagai cara yaitu;

a. Pembedahan menurut lokasi pembedahan

- 1) Klasifikasi menurut pembedahan eksternal (luar) dan internal (dalam). Pembedahan eksternal merupakan pembedahan yang dilakukan pada kulit atau jaringan yang berada di bawahnya dan pembedahan internal merupakan pembedahan yang berkenaan dengan penetrasi tubuh atau pembedahan pada organ dalam tubuh.
- 2) Klasifikasi menurut pembedahan bagian tubuh atau system tubuh seperti; pembedahan dada, pembedahan jantung dan pembedahan neurologis/syaraf.

b. Menurut luas pembedahan

1) Pembedahan minor

Pembedahan minor adalah pembedahan sederhana yang sedikit menimbulkan resiko atau trauma fisik dan komplikasi yang lebih kecil, contohnya; incisi, drainase kandung kemih dan sirkumsisi.

2) Pembedahan mayor

Pembedahan mayor adalah pembedahan yang membutuhkan anastesi umum dan biasanya memiliki resiko trauma fisik yang lebih besar, contohnya adalah reseksi kolon dan laparatomi.

c. Menurut tujuan pembedahan

Pembedahan ini dilakukan berdasarkan tujuannya, yaitu; bedah diagnostik, bedah kuratif, bedah restoratif, bedah reparatif, bedah rekonstruktif, bedah paliatif dan bedah transplantasi.

Pembedahan juga memerlukan anastesi sebagai pendukung jalannya pembedahan. Anastesi umum adalah hilangnya rasa sakit secara sentral atau penuh disertai hilangnya kesadaran, Peran sentuhan manusia masih sangat diperlukan dalam perawatan pasca operatif (Santoso, 2016). Anastesi pembedahan dibagi menjadi anastesi lokal, anastesi regional dan anastesi umum. Keuntungan anastesia umum adalah prosedur kerja lebih cepat sehingga sering dilakukan pada kasuskasus dengan kecepatan waktu menjadi faktor utama, penurunan insidensi hipotensi dan juga

ketidakstabilan kardiovaskular, jalan napas, serta ventilasi tetap terjaga dan terkontrol (Flora, Redjeki, & Wargahadibrata, 2014).

Anestesi regional adalah teknik yang mudah dilakukan, dengan kedalaman dan kecepatan blokade saraf melalui penyuntikan dosis kecil larutan anestetika lokal ke dalam ruang subaraknoid. Keuntungan yang didapat adalah biaya yang relatif lebih murah, efek sistemik relatif kecil, analgesia adekuat, dan kemampuan mencegah respons stres dengan lebih sempurna. Teknik anestesi regional dengan cara pemilihan obat anestesi lokal yang ideal sangat menentukan untuk mendapatkan hasil yang memuaskan dan aman (Nainggolan, 2014).

Anestesi lokal adalah hilangnya rasa sakit pada bagian tubuh tertentu tanpa disertai dengan hilangnya kesadaran. Anestesi lokal merupakan aplikasi atau injeksi obat anestesi pada daerah spesifik di tubuh. Hal ini merupakan kebalikan dari anestesi umum yang meliputi seluruh tubuh dan otak. Anestesi lokal memblok secara reversibel pada sistem konduksi saraf pada daerah tertentu sehingga terjadi kehilangan sensasi dan aktivitas motorik (Hasanah, 2015). Definisi dari anestesi lokal adalah hilangnya sensasi suatu area di tubuh yang disebabkan depresi dari eksitasi akhir saraf atau inhibisi proses konduksi impuls pada nervus perifer. Anestesi lokal memberikan efek hilangnya sensasi tanpa disertai kehilangan kesadaran, hal tersebut merupakan perbedaan dasar antara anestesi lokal dibanding dengan anestesi umum (Irwan, Pradian & Bisri, 2015).

Keperawatan pra pembedahan merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif setelah keputusan untuk dilakukan pembedahan dibuat dan diakhiri saat klien dibawa ke meja pembedahan, tindakan yang dilakukan berupa pengkajian, wawancara pra pembedahan, menyiapkan anastesi dan pembedahan pasien (Smeltzer, 2017). Keperawatan pra pembedahan menurut Smeltzer (2017) adalah mengurangi ansietas dan ketakutan, menangani nutrisi dan cairan, meningkatkan status pernapasan dan kardiovaskular yang optimal, meningkatkan mobilitas dan pergerakan aktif tubuh, menghargai keyakinan spiritual dan budaya dan memberikan pendidikan pra pembedahan kepada pasien.

Menurut Mayunani (2014) pendidikan pra pembedahan yang dapat dilakukan adalah tentang prosedur pembedahan, hal yang terjadi selama pembedahan, prosedur setelah pembedahan yang didalamnya ada pengkajian tanda-tanda vital, nyeri dan mobilisasi dini dan yang terakhir pada pendidikan pra pembedahan adalah keluhan yang dirasakan pasien setelah pembedahan. Perawatan yang dilakukan oleh perawat pada masa pra pembedahan, yaitu: pemeriksaan fisik dan penentuan diagnostik, keadaan gizi pasien, obat profilaktik sesuai instruksi dokter dan perhatikan keadaan umum pasien (Maryunani, 2014).

Gangguan pra pembedahan dapat mempengaruhi tahap pembedahan selanjutnya, kerjasama yang baik setiap tenaga kesehatan yang terlibat, berfungsi untuk kesembuhan pasien secara paripurna (Rothrock, 2012). Pembedahan yang akan dilakukan membutuhkan

persiapan mental dan bergantung pada keperawatan pra pembedahan yang merupakan tahapan awal dari keperawatan pra pembedahan. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat bergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan fase ini merupakan landasan awal untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya (Rothrock, 2012).

Perawat memberikan asuhan keperawatan sebelum pembedahan untuk memaksimalkan kesiapan klien menghadapi pembedahan dengan baik dan pulih dengan cepat untuk menghindari komplikasi *post* pembedahan. Kesiapan fisik dan mental adalah hal terpenting yang harus klien miliki, agar pembedahan berjalan dengan baik dan tidak ada perubahan konsep diri klien sebelum dilakukan pembedahan (Girsang & Hasrul, 2015).

2. Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan tidak menyenangkan yang subyektif dari ketakutan akan sesuatu yang tidak mungkin terjadi, seperti perasaan kematian yang akan segera terjadi. Seringkali disertai dengan kegelisahan, kelelahan, masalah konsentrasi, dan ketegangan otot. Kecemasan pra pembedahan digambarkan sebagai perasaan yang tidak nyaman, sumbernya tidak diketahui oleh individu tetapi diketahui dapat menyebabkan perubahan tanda-tanda vital sebagai konsekuensi dari stimulasi simpatis, parasimpatik dan endokrin (Sigdel, 2016).

Kecemasan adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan. Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Pengalaman kecemasan dimulai pada masa bayi dan berlanjut sepanjang hidup. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan rasa takut terbesar pada kematian (Stuart dalam Keliat & Pasaribu, 2016). Menurut Marlina (2017) tingkat kecemasan pasien pra pembedahan disebabkan oleh usia, jenis kelamin, pembedahan sebelumnya dan pendidikan.

Menurut Kaplan dan Sadock (2010) menyatakan wanita lebih banyak mengalami kecemasan karena akibat dari reaksi saraf otonom yang berlebihan dengan naiknya saraf simpatis, naiknya norepineprin sehingga terjadi peningkatan pelepasan katekolamin, dan adanya gangguan regulasi serotonergik. Sedangkan pada tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin rendah kemungkinan terjadi kecemasan (Yainanik, 2017).

Usia pasien dewasa pada penelitian ini adalah usia 18-64 tahun mengacu pada klasifikasi usia menurut *World Health Organization* (WHO) (Halim, dkk., 2018). Ketidaktahuan tindakan pembedahan dan prosedur pembedahan yang akan dilakukan dapat mengakibatkan kecemasan pada klien (Muttaqin dan Sari, 2011). Atikasuri, Mediani dan Fitria (2018) menyatakan bahwa pada usia muda, seseorang akan mudah mengalami kecemasan karena belum stabilnya emosional dan psikologis.

Kecemasan pra pembedahan adalah kekhawatiran pasien tentang kesehatan umum mereka saat setelah dilakukan pembedahan seperti ketidakpastian tentang masa depan, jenis pembedahan dan anestesi yang dilakukan, ketidaknyamanan dan nyeri *post* pembedahan, ketidakmampuan, kehilangan kebebasan, dan takut mati (Erawan, 2013). Dampak kecemasan pra pembedahan akan mengakibatkan perubahan fisik dan psikologis yang akan mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan frekuensi napas dan mengurangi tingkat energi pasien dan pembedahan dapat terganggu dikarenakan penundaan pembedahan untuk menormalkan kembali tanda-tanda vital sebelum dilakukan pembedahan (Muttaqin dan Sari, 2011). Hal tersebut dapat mempengaruhi, bahkan menyebabkan penundaan atau pembatalan proses pembedahan.

Kecemasan yang dialami pasien dapat menimbulkan masalah yang signifikan dalam manajemen pasien, ketidakstabilan hemodinamik, stimulasi otonom dan endokrin dapat memperburuk kondisi metabolik akibat pembedahan (Fadhilurrahman, 2016). Kecemasan yang berlebihan akan menyebabkan pasien secara emosional tidak siap menghadapi pembedahan dan menunda pembedahan karena mengalami perubahan fisiologis seperti peningkatan nadi perifer dan peningkatan tekanan darah. Hal ini mempengaruhi proses pelaksanaan pembedahan dan memengaruhi persepsi nyeri (Marlina, 2017). Kecemasan dapat bersifat fisik maupun psikis. Gejala yang muncul secara fisik antara lain, tidur tidak nyenyak,

nafsu makan hilang, kepala pusing, dan lainnya. Gejala yang bersifat psikis antara lain merasa takut, tidak bisa memusatkan perhatian, rendah diri, hilang kepercayaan diri, dan lainnya (Susanto dan Sunoto, 2016).

Sedangkan menurut Freud dalam Feist dan Feist (2012) membedakan kecemasan dalam tiga jenis, yaitu:

a. Kecemasan neurosis

Kecemasan neurosis adalah rasa cemas akibat bahaya yang tidak diketahui dan ketakutan akan bahaya dan hukuman yang dibayangkan oleh diri sendiri.

b. Kecemasan moral

Kecemasan ini berakar dari konflik antara ego dan superego. Kecemasan ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral. Kecemasan moral merupakan emosi pribadi seseorang dan memiliki dasar yang jelas, pernah mendapatkan sanksi karena melanggar aturan dan mendapat sanksi kembali.

c. Kecemasan realistik

Kecemasan realistik merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri. Kecemasan realistik merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

Pasien kecemasan perlu dilakukan intervensi sebelum dan sesudah pembedahan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas. Intervensi yang

dilakukan pada pra pembedahan dengan mengembangkan hubungan baik kepada pasien, memberikan pendidikan dan informasi terkait pembedahannya dan wawancara terstruktur, psikoterapi, *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI) dan *benzodiazepine*. Evaluasi rutin akan efektif untuk mengatasi gangguan psikologis pra pembedahan dan membantu pemulihan *post* pembedahan dengan cepat (Sidgel, 2016).

Kecemasan seseorang dapat diukur dengan menggunakan instrumen *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, *Analog Anxiety Scale*, *Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)*, dan *Trait Anxiety Inventory Form Z-I (STAI Form Z-I)* (Kaplan & Sadock, 1998 dalam Sadiyah 2014). Kecemasan dapat diukur menurut alat ukur kecemasan yaitu HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS digunakan untuk seseorang dengan gejala kecemasan. Skala HARS terdapat 14 gejala dan memiliki 5 tingkatan skor antara 0 (*not present*) sampai 4 (*severe*) (Rahmy, 2013).

Max Hamilton memperkenalkan skala HARS pada tahun 1959 dan menjadi standar pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Pada penelitian *trial clinic*, skala HARS memiliki validitas dan reliabilitas yaitu 0,93 dan 0,97. Nilai tersebut menunjukkan bahwa skala HARS dapat memperoleh hasil yang valid dan reliabel pada pengukuran kecemasan (Rahmy, 2013).

Alat atau instrumen tingkat kecemasan dari *Hamilton Anxiety Rating Scale* terdiri dari 14 gejala dan sudah dialih bahasa dari bahasa inggris ke bahasa Indonesia oleh Nursalam (Nursalam, 2014). Cara

penilaian tingkat kecemasan menggunakan skala HARS terdiri dari 4 kelompok gejala, masing-masing kelompok diberi bobot nilai 0, 1, 2, 3, dan 4. Nilai skor kelompok gejala dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu Tidak cemas = <6, kecemasan ringan = 6-14, kecemasan sedang = 15-27, kecemasan berat = 28-36, kecemasan sangat berat = >36 (Agni, 2017).

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) memiliki 14 pernyataan, setiap pernyataan memiliki 5 jawaban yaitu tidak ada 0, ringan 1, sedang 2, berat 3 dan 4 sangat berat. HARS memiliki total skor yang memiliki kategori dalam skala kecemasan, yaitu rentang dari nilai skor 0-73.

3. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian tubuh untuk melakukan peregangan sampai belajar berjalan (Ratmiwasi, Utami & Agritubella, 2017). Mobilisasi dini dimaksudkan sebagai upaya untuk mempercepat penyembuhan dari suatu cedera atau penyakit tertentu yang telah merubah cara hidup yang normal (Ditya, 2016). Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur mempunyai tujuan dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup sehat dan penting untuk kemandirian (Kozier, 2010).

Mobilisasi adalah kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktifitas sehari-hari berupa pergerakan sendi, sikap dan gaya berjalan guna untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan

mempertahankan kesehatannya (Potter & Perry, 2010). Pelaksanaan mobilisasi dini secara bertahap membantu penyembuhan pasien, mobilisasi yang dilakukan segera mungkin dapat mempercepat proses pemulihan kondisi tubuh. Mobilisasi yang dilakukan secara bertahap bertujuan agar semua sistem sirkulasi dalam tubuh bisa menyesuaikan diri dan berfungsi secara normal kembali (Ratmiwasi, Utami & Agritubella, 2017).

Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka pembedahan dan mencegah terjadinya infeksi serta trombosis vena. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan latihan adalah hal yang paling dianjurkan oleh pasien pembedahan (Simangunsong, 2018).

a. Jenis Mobilisasi Dini

Jenis mobilisasi menurut Hidayat (2012) dalam Arianti (2017) ada dua macam, yaitu:

1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh adalah kemampuan untuk bergerak secara penuh dan bebas untuk menjalankan peran sehari-hari serta melakukan interaksi sosial. Saraf motorik volunter dan sensorik 17 merupakan fungsi mobilitas penuh untuk mengatur gerak tubuh seseorang.

2) Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian adalah kemampuan bergerak dengan batasan karena dipengaruhi oleh gangguan saraf sensorik dan motorik di bagian tubuh seseorang. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua yaitu: mobilisasi sebagian temporer dan mobilisasi sebagian permanen.

Mobilitas sebagian temporer (sementara) disebabkan oleh gangguan reversible pada sistem muskuloskeletal. Mobilitas sebagian permanen (menetap) disebabkan kerusakan sistem syaraf yang reversibel.

b. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Potter dan Perry (2006), ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari dilakukannya mobilisasi dini pada klien, yaitu:

1) Sistem respiratori

Meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan, diikuti oleh laju istirahat kembali lebih cepat yang dapat meningkatkan ventilasi alveolar (normal 5-6 L/mnt), menurunkan kerja pernapasan, meningkatkan pengembangan diafragma jika mengubah posisi pasien 2 jam sekali.

2) Sistem kardiovaskuler

Meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung dan menyuplai darah ke jantung dan otot yang sebelumnya terjadi pengumpulan darah pada bagian ekstermitas, menurunkan tekanan darah, serta

memperbaiki aliran balik vena. Jumlah darah yang dipompa jantung (*cardiac output*) normalnya adalah 5 L/mnt, dengan aktivitas mobilisasi dapat meningkat menjadi 30 L/mnt. Sesuai dengan tanda dan gejala kecemasan menurut Keliat dan Pasaribu (2016) yaitu jantung berdebar-debar, peningkatan tekanan darah, pusing dan hiperventilasi.

3) Sistem metabolik

Meningkatkan laju metabolisme basal dimana apabila pasien melakukan aktivitas berat maka kecepatan metabolisme dapat meningkat hingga 20 kali dari kecepatan normal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliserida, meningkatkan motilitas lambung, serta meningkatkan produksi panas tubuh.

4) Menurunkan insiden komplikasi

Mencegah hipotensi/tekanan darah rendah, otot mengecil, hilangnya kekuatan otot, konstipasi, meningkatkan kesegaran tubuh dan mengurangi tekanan pada kulit yang dapat mengakibatkan kulit menjadi merah atau bahkan lecet.

5) Sistem muskuloskeletal

Memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mengurangi kehilangan tulang, meningkatkan toleransi aktivitas dan mengurangi kelemahan pada pasien.

c. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

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

- 1) Level 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 15⁰, 30⁰, 45⁰, 60⁰, dan 90⁰.
- 2) Level 2: Pada 24 jam kedua *post* pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- 3) Level 3: Pada 24 jam ketiga *post* pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- 4) Level 4: Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

Menurut Smeltzer (2017) beberapa penelitian menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri *post* pembedahan. Teknik nafas dalam juga dapat menghilangkan ketidaknyamanan dan stres. Klien dapat merelaksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot-otot tersebut. Latihan batuk efektif dapat membantu mengeluarkan sputum pada jalan nafas dan mengurangi kesulitan dalam bernafas pada pasien rawat inap di ruang rawat inap (Handayani, 2018). Latihan gerak pada pasien *post* pembedahan yang

dilakukan dapat mempertahankan sirkulasi/peredaran darahnya sehingga oksigenasi pada luka menjadi lebih baik, asupan zat nutrisi dan juga obat dapat terserap dengan baik (Lestari, 2014).

4. Edukasi Pra Pembedahan

Perawat memiliki peran sebagai edukator yang tentunya sangat diperlukan dalam perawatan pra pembedahan. Perawat dalam menjalankan peran sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat memberikan intervensi untuk menurunkan kecemasan dengan cara memberikan edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan merupakan komponen vital dari pengalaman pembedahan. Edukasi pra pembedahan dapat dilakukan melalui diskusi, penggunaan alat bantu visual dan demonstrasi. Hal ini didesain untuk membantu dalam memahami pengalaman pembedahan klien, mengurangi kecemasan dan meningkatkan penyembuhan dari pembedahan (Susanto, 2014).

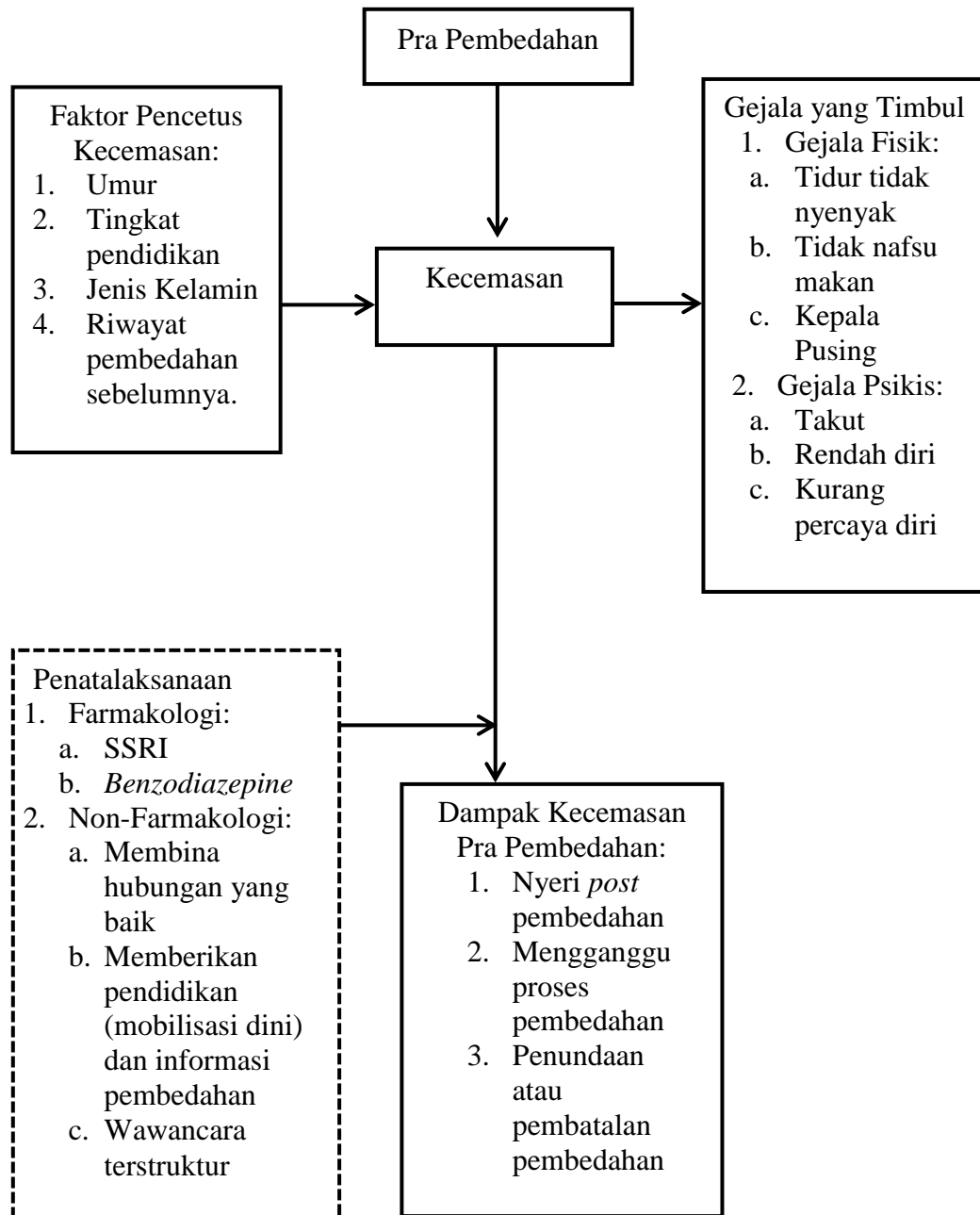
Edukasi pra pembedahan adalah standar keperawatan perioperatif untuk mencukupi kebutuhan pasien, dilakukan perawat dengan edukasi mandiri maupun terencana (Arifiyanto, 2018). Edukasi kesehatan pra pembedahan ini harus mendeskripsikan tentang berbagai langkah, prosedur dan mencakup penjelasan tentang sensasi yang dialami dan latihan – latihan setelah pembedahan yang berisi tentang beberapa dimensi yang harus diajarkan kepada klien yaitu: latihan (*exercise*), mobilitas fisik, situasi paska pembedahan, *physical support*, *sensory* dan kenyamanan (Susanto, 2014).

Kozier (2010) telah membagi pendidikan pra pembedahan ke dalam empat dimensi yang diidentifikasi penting bagi klien, antara lain: informasi, dukungan psikososial untuk menurunkan ansietas (kecemasan), peran klien dan orang terdekat dalam persiapan pra pembedahan dan pelatihan keterampilan. Ada beberapa cara untuk membantu pasien yang akan menjalani pembedahan. Beberapa tindakan yang mungkin dilakukan adalah edukasi kesehatan, keagamaan, pendampingan pasien, dan konsultasi dengan ahli jiwa. Pasien yang pra pembedahan perlu diberikan edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Harapan yang ingin dicapai dari edukasi pra pembedahan adalah agar masyarakat, keluarga atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan dengan lebih baik (Sukariaji, 2017).

Pasien pra pembedahan yang memiliki pengetahuan rendah tentang mobilisasi dini disebabkan karena pasien pra pembedahan jarang atau tidak pernah mendapatkan informasi tentang mobilisasi dini baik dari media cetak atau bahkan elektronik. Pengetahuan mobilisasi dini dapat diperoleh dari berbagai sumber, salah satunya adalah edukasi tentang mobilisasi dini. Edukasi tentang mobilisasi dini dapat memberikan kesadaran dan motivasi untuk melakukan mobilisasi dini (Sundari, 2014)

B. Kerangka Teori

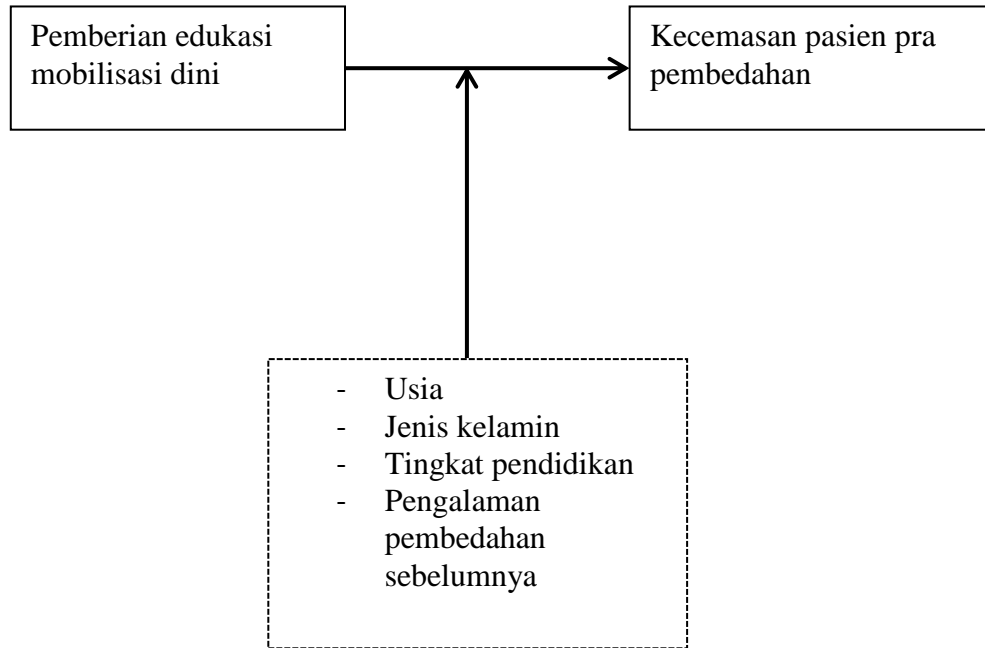
Gambar 2. 1 Kerangka Teori



Kerangka Teori modifikasi dari Sigdel, 2016; Widyastuti, 2015; Muttaqin dan Sari, 2011; Marlina, 2017; Susanto dan Sunoto, 2016;

C. Kerangka Konsep

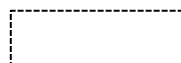
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep



Keterangan gambar :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti (Variabel pengganggu)

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Hipotesis nol (H_0) yaitu tidak ada pengaruh edukasi mobilisasi dini pada penurunan kecemasan pasien pra pembedahan di PKU Muhammadiyah Gamping
2. Hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada pengaruh edukasi mobilisasi dini pada skor penurunan kecemasan pasien pra pembedahan di PKU Muhammadiyah Gamping