

SKRIPSI

PERBEDAAN PEMAHAMAN MATERI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I ANTARA METODE CERAMAH DAN DISKUSI PADA MAHASISWA AKPER DARUL ULUM JOMBANG

PENELITIAN QUASY EXPERIMENT

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

KURNIAWATI

NIM. 010430725 B

PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
S U R A B A Y A

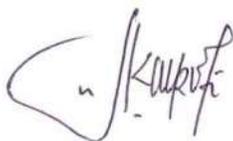
2006

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Januari 2005

Yang Menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kurniawati', written in a cursive style.

Kurniawati

NIM. 010430725 B

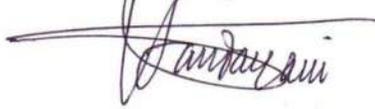
PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 5 Januari 2006

Oleh:

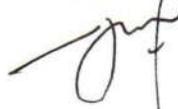
Pembimbing Ketua



Samsriyaningsih, dr. Mkes

NIP: 132 125 721

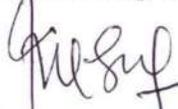
Pembimbing II



Syamilatul Khariroh, SKp, MKes

NIP: 132 255 151

Pembimbing III



Yuni Sufyanti Arief, SKp

NIP: 132 295 670

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I



Dr. Nursalam, M.Nurs.(Hons)

NIP : 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

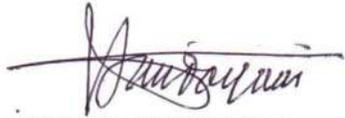
Pada tanggal, 5 Januari 2006

PANITIA PENGUJI

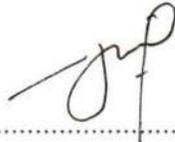
Ketua : Tintin Sukartini, SKp. MKes

: 

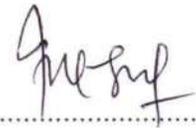
Anggota : 1. Samsriyaningsih, dr. MKes

: 

2. Syamilatul Khariroh, SKp.MKes

: 

3. Yuni Sufyanti Arief, SKp

: 

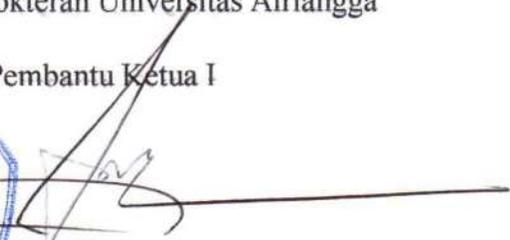
Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I




Dr. Nursalam M. Nurs. (Hons)

NIP : 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang ”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya Tahun Akademik 2005/2006. Skripsi ini tersusun atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Yang Terhormat:

1. Prof. Dr.H.M.S. Wiyadi, dr.SpTHT(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPD, KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Tutu April Ariani, SKp, selaku Direktur Akper Darul Ulum Jombang.
4. Ibu Samsriyaningsih, dr. MKes, selaku pembimbing ketua dalam penyusunan proposal ini.

5. Ibu Samilatul Khariroh, SKp. MKes, selaku pembimbing dalam penyusunan skripsi.
6. Ibu Yuni Sufyanti Arief, SKp, selaku pembimbing dalam penyusunan skripsi.
7. Kedua orang tua dan saudaraku tercinta, suamiku tercinta dan anak-anakku tersayang, yang ikut memberikan semangat, harapan, dukungan dan do'a selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Rekan-rekan dan semua pihak yang telah membantu terselesaikannya penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran demi perbaikan sangat penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya. Amien.

Surabaya, Desember 2005

Penulis

ABSTRACT

DISTINCTION OF UNDERSTANDING MEDICAL SURGICAL NURSING I LECTURE AND DISCUSSING METHODE

A Quasy Experiment Research at Darul Ulum Jombang Nursing Academy

By: Kurniawati

Medical Surgical Nursing I course is one of subject study with the greatest number of semester credit unit in third semester, more than 60 % students got C. The most popular teaching method used in this course is lecture method. There are some who used discussion methode, but this method application is not proper with the truth rule. Lecture method is a teaching method in which the lecture gives opportunity to the student to hold scientific discussion.

This research has objective to compare students understanding in Medical Surgical Nursing I lecture and discussing methode of Darul Ulum Jombang Nursing Academy Student.

The design of this research is Quasy Experiment and the population is the third semester student of Darul Ulum Jombang Nursing Academy. As the technique sampling is Simple Random Sampling, approximately 66 students is taken as sample then divided into two groups. Lecture method and discussion method are the independent variable, students understanding in Medical Surgical Nursing I course as dependent variable. The data collected then was analyzed by using Wilcoxon statistic test and Mann Whitney U Test with significant degress value $p \leq 0.05$.

The result of statistic test shows $p = 0.000$ for burning nursing care, $p = 0.595$ for fracture nursing care and $p = 0.206$ for typhoid fever nursing care. This means that there is a distinction between students understanding in burn nursing care that is taught by using lecture and discussion method. And there is no distinction between students understanding in fracture nursing care and typhoid fever nursing care by giving lecture method and discussion method.

Based on the description above, in researcher consideration, it is necessary for a lecture, in giving instruction, decides the proper instructional method in teaching learning process so student may get good understanding.

Keywords: *material understanding, Medical Surgical Nursing I, lecture and discussing method.*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Diagram.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Metode Ceramah.....	6
2.2 Metode Diskusi	7
2.3 Pemahaman Materi.....	13
2.4 Silabus Ilmu Keperawatan Medikal Bedah I	16
2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Prestasi Belajar	17
2.6 Prinsip Belajar Efektif.....	19
2.7 Evaluasi Belajar	20
2.8 Evaluasi terhadap Pemahaman Materi	21
2.9 Prestasi Belajar.....	21
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	22
3.1 Kerangka Konseptual.....	22
3.2 Hipotesis.....	24
BAB 4 METODE PENELITIAN	26
4.1 Desain Penelitian.....	26
4.2 Kerangka Operasional.....	26
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	28
4.6.1 Populasi.....	28
4.6.2 Sampel.....	28
4.6.3 Sampling	29
4.4 Identifikasi Variabel.....	30
4.6.1 Variabel Independen	30

4.6.2	Variabel dependen	30
4.5	Definisi Operasional	30
4.6	Pengumpulan dan Analisis Data	33
4.6.1	Pengumpulan data	33
4.6.2	Cara Analisa Data	33
4.6.3	Lokasi dan Waktu	33
4.7	Etik Penelitian	34
5.1	Lembar Persetujuan Penelitian	34
5.2	<i>Anonimity</i>	34
5.3	<i>Confidentiality</i>	34
4.8	Keterbatasan	35
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian	36
5.2.1	Gambaran umum Lokasi Penelitian	36
5.2.2	Karakteristik demografi responden	38
5.2.3	Variabel yang diukur	40
5.2	Pembahasan	43
5.2.1	Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah	44
5.2.2	Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah	45
5.2.3	Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi	46
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan	48
6.2	Saran	49
Daftar Pustaka		50
Lampiran		52

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Kriteria Penilaian Akper Darul Ulum.....	22
Tabel 4.1 Definisi Operasional	30
Tabel 5.1 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah ceramah pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.....	41
Tabel 5.2 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.....	42
Tabel 5.3 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang	43

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka konseptual.....	22
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	26

DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Gambar 5.1 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan jenis kelamin Tanggal 11 Desember 2005	39
Gambar 5.2 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan umur Tanggal 11 Desember 2005.....	39
Gambar 5.3 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan indeks prestasi kumulatif Tanggal 11 Desember 2005.....	40

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Penelitian.....	53
Lampiran 2 Formulir Persetujuan Menjadi Responden.....	54
Lampiran 3 Soal Pre dan Pos Tes.....	55
Lampiran 4 Satuan Acara Perkuliahan.....	64
Lampiran 5 Panduan Diskusi.....	70
Lampiran 6 Materi Ceramah.....	76
Lampiran 7 Rekapitulasi Hasil.....	91
Lampiran 8 Hasil uji statistik.....	93

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam keseluruhan proses pendidikan di sekolah, kegiatan belajar dan mengajar merupakan kegiatan yang paling pokok. Ini berarti bahwa berhasil tidaknya pencapaian tujuan pendidikan banyak bergantung kepada bagaimana proses belajar mengajar yang terjadi di suatu institusi pendidikan. Akademi Keperawatan (AKPER) Darul Ulum Jombang, sebagai salah satu penyelenggara pendidikan tinggi keperawatan ikut berperan dalam mencetak perawat profesional yang terampil, cakap dan beretika. Dalam mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I merupakan salah satu mata kuliah keperawatan dalam tahap akademik yang mempunyai beban SKS yang terbesar di semester 3 yaitu 5 SKS (Depkes RI,2002). Nilai Medikal Bedah I dari Angkatan tahun 2002 dan 2003 lebih dari 60% mahasiswa mendapatkan nilai C (BAA Akper DU,2005). Metode mengajar yang diterapkan adalah metode ceramah, diskusi dan laboratorium. Dalam mata kuliah keperawatan medikal bedah sebagian besar materi perkuliahan adalah membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan fungsi tubuh. Selama ini metode yang paling banyak digunakan adalah metode ceramah. Ada sebagian materi yang diberikan dengan menggunakan metode diskusi, tetapi kurang sesuai dengan aturan diskusi yang sebenarnya.

Tahap akademik merupakan tahap yang harus dilalui mahasiswa sebelum mereka masuk dalam tahap profesi. Bila dalam tahap akademik mahasiswa tidak memahami tentang materi – materi perkuliahan yang mereka dapatkan, maka

keberhasilan mereka pada tahap profesi akan terpengaruh. Penelitian sebelumnya pada majalah keperawatan mengatakan 77,3 % mahasiswa merasa belum siap saat melakukan program profesi (Jurnal Keperawatan UNPAD,2002). Bila kondisi seperti ini terus berlanjut maka akan berdampak pada kualitas layanan ke penderita, tujuan institusi untuk menciptakan lulusan perawat yang bermutu tidak tercapai, dan juga akan mempersulit penerimaan lulusan dalam persaingan di dunia kerja. Namun perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang belum jelas.

Beberapa hal yang memungkinkan terjadinya penurunan tingkat pemahaman materi bisa berasal dari mahasiswa, pengajar, metode pengajaran yang digunakan dan sarana prasarana yang mendukung. Dari segi metode pengajaran, metode diskusi yang diterapkan adalah salah satu metode mengajar untuk membantu mahasiswa belajar berpikir kritis, lebih aktif dan kreatif dengan tujuan untuk memaksimalkan hasil belajar mahasiswa. Sedangkan dalam metode ceramah mahasiswa juga harus aktif dan jeli mengikuti alur pemikiran dosen, mahasiswa dituntut untuk mendengarkan, mencatat dan berpikir sekaligus (Paryati.S, 2004). Tingkat pemahaman dapat dilihat dari kemampuan mahasiswa untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar (Notoatmodjo, 2003:122)

Metode dalam bentuk ceramah terjadi di dalam kelas. Dalam metode ini dosen memberikan informasi kepada mahasiswa secara lisan tentang hal-hal atau pokok bahasan yang berkaitan dengan mata kuliah. Dosen sebagai penceramah dan mahasiswa menjadi pendengar (Paryati. S, 2004). Metode diskusi adalah

suatu cara penyajian bahan pelajaran di mana pengajar memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mengadakan perbincangan ilmiah guna mengumpulkan pendapat, membuat kesimpulan, atau menyusun berbagai alternatif pemecahan masalah (J.J. Hasibuan & Moedjiono, 2004:20). Diharapkan setelah proses pembelajaran berlangsung mahasiswa memahami isi dari materi perkuliahan dan mempunyai gambaran tentang Asuhan Keperawatan yang lazim terjadi pada penderita dewasa. Upaya yang bisa dilakukan agar proses selama ceramah dan diskusi dapat berlangsung dengan baik adalah pengajar hendaknya menjelaskan tujuan dan masalah dengan jelas, mampu memotivasi mahasiswa agar berperan aktif selama diskusi berlangsung dan memfasilitasi apabila ada permasalahan yang tidak bisa mereka selesaikan. Berdasarkan hasil evaluasi selama proses pembelajaran penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I pada mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membandingkan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah pada mahasiswa Akper Darul Ulum .
2. Mengidentifikasi pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi pada mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.
3. Membandingkan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang .

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini :

1. Dapat mengetahui perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi.
2. Diharapkan dapat menambah wawasan dalam bidang pendidikan ilmu keperawatan.

1.4.2 Praktis

Hasil penelitian ini :

1. Sebagai bahan masukan dalam menetapkan metode pembelajaran pada materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I.
2. Dapat memberi masukan kepada institusi untuk dapat menerapkan metode ceramah dan diskusi dengan benar sehingga mahasiswa benar-benar memahami materi yang disampaikan.
3. Dapat memberi masukan pengajar tentang pentingnya menentukan metode pembelajaran yang sesuai dengan materi yang akan disampaikan.
4. Dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini penulis memasukkan beberapa literatur yang ada keterkaitannya dengan metode ceramah, diskusi dan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I.

2.1 Metode Ceramah

Metode dalam bentuk ceramah terjadi di dalam kelas. Dosen memberikan ceramah tentang hal-hal atau pokok bahasan yang berkaitan dengan mata kuliah. Dosen sebagai penceramah dan mahasiswa menjadi pendengar (Paryati.S,2004). Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajaran dan sasaran belajar (Uha Suliha,dkk,2001). Dalam metode ceramah mahasiswa harus aktif dan jeli mengikuti alur pemikiran dosen. Mahasiswa dituntut untuk mendengarkan, mencatat dan berpikir sekaligus. Bagi mahasiswa yang belum terbiasa dengan cara ini tentu akan mengalami kesulitan, terutama pada awal-awal perkuliahan. Walaupun banyak hal yang harus mahasiswa ketahui, tidak semua perkataan dosen harus dicatat tetapi cukup poin-poin pentingnya saja.

Pada pelaksanaan ceramah untuk menjelaskan uraiannya, dosen dapat menggunakan alat-alat bantu seperti gambar, dan audio visual lainnya. Ceramah adalah penuturan lisan dari dosen kepada peserta didik, ceramah juga sebagai kegiatan memberikan informasi dengan kata-kata sering mengaburkan

dan kadang kadang ditafsirkan salah. Kemungkinan terjadinya hal ini adalah karena penceramah kurang pandai menyampaikan informasi dan mungkin pula karena khalayaknya bukan pendengar yang baik. Karena itu alat utama dalam metode ceramah ini adalah berhubungan dengan mahasiswa menggunakan bahasa lisan (Saiful Sagala, 2003).

Metode ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut: sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif, sasaran belajar mempunyai lingkup perhatian yang terbatas, sasaran belajar memerlukan informasi yang katagoris atau sistematis, sasaran belajar perlu menyimpan informasi, sasaran belajar perlu menggunakan informasi yang diterima.

Keunggulan metode ceramah adalah dapat digunakan pada orang dewasa, efisien dalam hal waktu, dapat dipakai pada kelompok yang besar, tidak terlalu banyak melibatkan alat bantu pengajaran dan dapat dipakai untuk memberikan pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan.

Kekurangan metode ceramah adalah menghambat respon dari yang belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya, tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik, pembicara harus menguasai pokok pembicaraannya, dapat menjadi kurang menarik, membatasi daya ingat dan biasanya hanya satu indera yang dipakai, kurang cocok untuk pembentukan ketrampilan dan sikap dan cenderung menempatkan pengajar sebagai otoritas terakhir, serta mahasiswa cenderung pasif.

Langkah-langkah mempersiapkan ceramah yang efektif:

Pertama: Melakukan pendahuluan sebelum bahan baru diberikan dengan cara sebagai berikut: (1) menjelaskan tujuan lebih dulu kepada peserta didik dengan maksud agar peserta didik mengetahui arah kegiatannya dalam belajar, bahkan tujuan itu dapat membangkitkan motivasi belajar jika berhubungan dengan kebutuhan mereka; (2) setelah itu baru dikemukakan pokok-pokok materi yang akan dibahas. Hal ini dimaksudkan agar peserta didik melihat luasnya bahan pelajaran yang akan dipelajarinya; dan (3) memancing pengalaman peserta didik yang cocok dengan materi yang akan dipelajarinya. Caranya adalah dengan pertanyaan – pertanyaan yang menarik perhatian mereka.

Kedua: Menyajikan bahan baru dengan memperhatikan faktor-faktor sebagai berikut: (1) perhatian peserta didik dari awal sampai akhir pelajaran harus tetap terpelihara. Semangat mengajar memberi bantuan sepenuhnya dalam memelihara perhatian peserta didik kepada pelajaran; (2) menyajikan pelajaran secara sistematis, tidak terbelit-belit dan tidak meloncat-loncat; (3) kegiatan belajar mengajar diciptakan secara variatif, jangan membiarkan peserta didik hanya duduk dan mendengarkan, tetapi beri kesempatan untuk berpikir dan berbuat; (4) memberi ulangan pelajaran kepada peserta didik. Jawaban yang salah dan benar perlu ditanggapi sebaik-baiknya; (5) membangkitkan motivasi belajar terus menerus selama pelajaran berlangsung. Motivasi belajar akan selalu tumbuh jika situasi belajar menyenangkan; (6) menggunakan media pelajaran yang variatif yang sesuai dengan tujuan pelajaran.

Ketiga: Menutup pelajaran pada akhir pelajaran. Kegiatan yang perlu diperhatikan pada penutupan itu adalah sebagai berikut: (1) mengambil

kesimpulan dari semua pelajaran yang telah diberikan, dilakukan oleh peserta didik dibawah bimbingan pengajar; (2) memberi kesempatan kepada peserta didik untuk menanggapi materi pelajaran yang telah diberikan terutama mengenai hubungan dengan pelajaran lain; dan (3) melaksanakan penilaian secara komprehensif untuk mengukur perubahan tingkah laku.

2.2 Metode Diskusi

Diskusi adalah proses penglihatan dua atau lebih individu yang berinteraksi secara verbal dan saling berhadapan muka mengenai tujuan atau sasaran yang sudah tertentu melalui tukar-menukar informasi, mempertahankan pendapat, atau pemecahan masalah.

Metode diskusi adalah suatu cara penyajian bahan pelajaran dimana pengajar memberi kesempatan kepada para peserta didik untuk mengadakan perbincangan ilmiah guna mengumpulkan pendapat, membuat kesimpulan, atau menyusun berbagai alternatif pemecahan atas suatu masalah (JJ. Hasibuan & Moedjiono, 2004)

Diskusi kelas merupakan cara yang paling efektif untuk melatih ketrampilan strategi kognitif kepada mahasiswa. Hal ini dapat dicapai jika anggota kelas mempunyai homogenitas yang cukup tinggi atas ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki. Dengan demikian, setiap anggota kelas dapat memperlihatkan pemilihan strategi pemecahan masalah yang asli dan kreatif. Umpan balik menjadi mekanisme untuk menilai keaslian strategi pemecahan masalah dan tingkat kreatifitas mahasiswa. Namun, seperti juga dalam pemilihan masalah dan kasus untuk latihan, maka situasi yang ideal adalah sangat jarang

ditemukan. Yang seringkali ditemukan adalah suasana diskusi kelas yang sebagian anggotanya masih mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang menunjukkan bahwa mereka belum menguasai ketrampilan-ketrampilan yang menjadi prasyarat bagi latihan strategi kognitif. Dosen perlu bekerja keras untuk menghindari situasi seperti ini (PAA,1997)

Jenis-jenis diskusi:

1) *Whole group*

Kelas merupakan satu kelompok diskusi. *Whole group* yang ideal apabila jumlah anggota tidak lebih dari 15 orang.

2) *Buzz group*

Suatu kelompok besar dibagi menjadi beberapa kelompok kecil, terdiri atas 4-5 orang. Tempat diatur agar mahasiswa dapat berhadapan muka dan bertukar pikiran dengan mudah. Diskusi diadakan ditengah pelajaran atau diakhir pelajaran dengan maksud manajamkan kerangka bahan pelajaran, memperjelas bahan pelajaran atau menjawab pertanyaan-pertanyaan.

Hasil belajar yang diharapkan ialah agar segenap individu membandingkan persepsinya yang mungkin berbeda-beda tentang bahan pelajaran, membandingkan interpretasi dan informasi yang diperoleh masing-masing. Dengan demikian masing-masing individu dapat saling memperbaiki pengertian, persepsi, informasi, interpretasi sehingga dapat dihindarkan kekeliruan-kekeliruan.

3) *Panel*

Suatu kelompok kecil, biasanya 3 – 6 orang, mendiskusikan suatu subyek tertentu, duduk dalam suatu susunan semi melingkar, dipimpin oleh seorang

moderator. Panel ini secara fisik dapat berhadapan dengan *audience*, dapat juga secara tidak langsung (misalnya panel di televisi). Pada suatu panel yang murni, *audience* tidak ikut serta dalam diskusi.

4) *Syndicate group*

Suatu kelompok (kelas) dibagi menjadi beberapa kelompok kecil terdiri dari 3-6 orang. Masing-masing kelompok kecil melaksanakan tugas tertentu. Pengajar menjelaskan garis besar problema kepada kelas, menggambarkan aspek-aspek masalah, kemudian tiap-tiap kelompok (*syndicate*) diberi tugas untuk mempelajari suatu aspek tertentu. Pengajar menyediakan referensi atau sumber-sumber informasi lain.

Setiap sindikat bersidang sendiri-sendiri atau membaca bahan, berdiskusi, dan menyusun laporan yang berupa kesimpulan sindikat. Tiap laporan dibawa kesidang pleno untuk didiskusikan lebih lanjut.

5) *Brain Storming group*

Kelompok menyumbangkan ide-ide baru tanpa dinilai segera. Setiap anggota kelompok mengeluarkan pendapatnya.

Hasil belajar yang diharapkan ialah agar anggota kelompok belajar menghargai pendapat orang lain, menumbuhkan rasa percaya pada diri sendiri dalam mengembangkan ide-ide yang ditemukannya yang dianggap benar.

Menurut Saiful Sagala (2003:208) manfaat diskusi antara lain adalah sebagai berikut: (1) peserta didik memperoleh kesempatan untuk berfikir; (2) peserta didik mendapat pelatihan mengeluarkan pendapat, sikap dan aspirasinya secara bebas; (3) peserta didik belajar bersikap toleran terhadap teman-

temannya; (4) diskusi dapat menumbuhkan partisipasi aktif dikalangan peserta didik;

(5) Diskusi dapat menumbuhkan sikap demokratis; dan (6) dengan diskusi, pelajaran menjadi relevan dengan kebutuhan masyarakat.

Disamping manfaat menggunakan metode diskusi, tentu terdapat kelemahan-kelemahan. Adapun kelemahan-kelemahannya itu antara lain adalah sebagai berikut: (1) diskusi diskusi terlampau menyerap waktu. Kadang-kadang diskusi larut dengan keasikannya dan dapat mengganggu pelajaran lain; (2) pada umumnya peserta didik tidak terlatih untuk melakukan diskusi dan menggunakan waktu diskusi dengan baik, maka kecenderungannya mereka tidak sanggup berdiskusi; (3) kadang-kadang pengajar tidak memahami cara melaksanakan diskusi, maka kecenderungannya diskusi menjadi tanya jawab. Kelemahan ini menunjukkan bersumber dari pengajar yang kurang menguasai penggunaan manfaat metode diskusi dalam membahas materi pelajaran.

Kelemahan juga datang dari peserta didik yang kurang mampu melaksanakan diskusi dengan baik, karena terjebak dengan tanya jawab atau debat kusir, sehingga makna diskusi sebagai suatu teknik untuk memahami materi pelajaran tidak terpenuhi dengan baik.

Menurut Nana Sudjana (2005) beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menggunakan metode diskusi adalah:

1) Persiapan / perencanaan diskusi:

- a. Tujuan diskusi harus jelas, agar pengarahan diskusi lebih terjamin.
- b. Peserta diskusi harus memenuhi persyaratan tertentu, dan jumlahnya disesuaikan dengan sifat diskusi itu sendiri.

- c. Penentuan dan perumusan masalah yang akan didiskusikan harus jelas.
- d. Waktu dan tempat diskusi harus tepat, sehingga tidak akan berlarut-larut.

2) Pelaksanaan diskusi

- a. Membuat struktur kelompok (pimpinan, sekretaris, anggota).
- b. Membagi-bagi tugas dalam diskusi.
- c. Merangsang seluruh peserta untuk berpartisipasi.
- d. Mencatat ide-ide / saran-saran yang penting.
- e. Menghargai setiap pendapat yang diajukan peserta.
- f. Menciptakan situasi yang menyenangkan.

3) Tindak lanjut diskusi.

- a. Membuat hasil-hasil kesimpulan dari diskusi.
- b. Membacakan kembali hasilnya untuk diadakan koreksi seperlunya.
- c. Membuat penilaian terhadap pelaksanaan diskusi tersebut untuk dijadikan bahan pertimbangan dan perbaikan pada diskusi-diskusi yang akan datang.

Catatan yang perlu diperhatikan:

Berhasil tidaknya diskusi banyak bergantung pada faktor: kepandaian dan kelincahan pimpinan diskusi, jelas tidaknya masalah dan tujuan yang dirumuskan, partisipasi dari setiap anggota, terciptanya situasi yang merangsang jalannya diskusi, dan mengusahakan masalahnya supaya cukup problematik dan merangsang mahasiswa berpikir.

2.3 Pemahaman Materi

Menurut Notoaatmodjo (2003) yang dikutip dari Bloom, pemahaman materi merupakan tingkat ke - 2 di dalam domain kognitif yang mempunyai 6 tingkatan:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan

masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dara kasus yang diberikan.

4) Analisis (*Analysis*)

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

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare disuatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB, dan sebagainya.

2.4 Silabus Ilmu Keperawatan Medikal Bedah I

Nama mata Ajar : Ilmu Keperawatan Medikal Bedah I

Penempatan : Semester III

Bobot Kredit : 5 SKS (PBC=3 SKS, PBD=1 SKS, PBP=1 SKS)

1) Deskripsi Mata Ajar

Mata ajar ini membahas tentang falsafah, fungsi keperawatan medikal bedah dan masalah-masalah yang lazim terjadi pada semua tingkat usia, yang meliputi gangguan fungsi pada fungsi muskuloskeletal, pencernaan, kulit dan kelamin, THT/mata, imunologi dan perioperatif.

Dalam mata ajar ini dibahas konsep dasar, yang meliputi: definisi, etiologi, patofisiologi, gejala dan tanda dan Asuhan Keperawatan yang meliputi: pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi.

2) Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pendidikan mata ajar Keperawatan Medikal Bedah I, mahasiswa mampu:

1. Memahami falsafah, trend, issue dan fungsi Keperawatan Medikal Bedah I.
2. Menerapkan ilmu anatomi, fisiologi, patofisiologi untuk memahami perubahan dari fungsi system tubuh.
3. Mengkaji status kesehatan pasien yang berhubungan dengan gangguan system tubuh, yang meliputi: sistem muskuloskeletal, pencernaan, kulit dan kelamin, THT/mat, imunologi dan perioperatif.
4. Menentukan diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data subyektif dan obyektif yang berhubungan dengan sistem

muskuloskeletal, pencernaan, kulit dan kelamin, THT/mat, imunologi dan perioperatif.

5. Melaksanakan rencana keperawatan, dan menerapkan tindakan keperawatan yang tepat, observasi dan memberikan pendidikan kesehatan, yang mencakup tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.
6. Mengevaluasi asuhan keperawatan berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan dan melaksanakan program *discharge planning*.
7. Memberikan asuhan keperawatan sebelum, selama dan sesudah pembedahan.
8. Membahas konsep dan pengaruh rehabilitasi pada pasien dan keluarga.

2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Prestasi Belajar

Prestasi belajar yang dicapai seorang individu merupakan hasil interaksi antara berbagai faktor yang mempengaruhinya baik dari dalam diri (faktor internal) maupun dari luar diri (faktor eksternal) individu. Pengenalan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi belajar penting sekali artinya dalam rangka membantu murid dalam mencapai prestasi belajar yang sebaik-baiknya.

Yang tergolong faktor internal adalah:

1. Faktor fisiologis baik yang bersifat bawaan maupun yang diperoleh.

Yang termasuk faktor ini misalnya penglihatan, pendengaran, struktur tubuh dan sebagainya.

2. Faktor psikologis baik yang bersifat bawaan maupun yang diperoleh yang terdiri atas faktor intelektual (faktor potensial dan faktor kecakapan), faktor

non intelektual (sikap, kebiasaan, minat, kebutuhan, motivasi, emosi, penyesuaian diri).

3. Faktor kematangan fisik maupun psikis.

Yang tergolong faktor eksternal adalah:

1. Faktor sosial yang terdiri atas: lingkungan keluarga, sekolah, masyarakat, kelompok.
2. Faktor budaya, seperti: adat istiadat, ilmu pengetahuan, teknologi, kesenian.
3. Faktor lingkungan fisik seperti fasilitas rumah, fasilitas belajar, iklim.
4. Faktor lingkungan spiritual atau keamanan.

Faktor-faktor tersebut saling berinteraksi secara langsung ataupun tidak langsung dalam mencapai prestasi belajar.

Dari sekian banyak faktor yang mempengaruhi belajar dapat digolongkan menjadi tiga macam, yaitu: faktor-faktor stimuli belajar, faktor-faktor metode belajar, faktor-faktor individual.

Faktor stimuli belajar (panjangnya bahan pelajaran, kesulitan bahan pelajaran, artinya bahan pelajaran, berat ringannya tugas, suasana lingkungan eksternal).

Faktor-faktor metode belajar (kegiatan berlatih atau praktik, *onelearning* dan *drill*, resitasi selama belajar, pengenalan tentang hasil-hasil belajar, belajar dengan keseluruhan dan dengan bagian-bagian, penggunaan modalitet indera, bimbingan dalam belajar, kondisi-kondisi insentif). Sedangkan faktor-faktor individual yang berpengaruh antara lain kematangan, faktor usia kronologis, faktor perbedaan jenis kelamin, pengalaman sebelumnya, kapasitas mental, kondisi kesehatan jasmani, kondisi kesehatan rohani, motivasi (Abu Ahmadi,1990).

2.6 Prinsip Belajar Efektif

1. Belajar harus mempunyai tujuan yang jelas dan terarah.
2. Tujuan belajar merupakan kebutuhan bukan paksaan oranglain.
3. Belajar harus disertai niat,hasrat, dan kemauan yang kuat untuk mencapai tujuan.
4. Dalam mencapai tujuan belajar, pasti akan menghadapi bermacam-macam hambatan atau kendala sehingga perlu ketekunan berusaha.
5. Bukti bahwa seseorang sudah belajar ditandai adanya perubahan perilaku dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tidak mengerti menjadi mengerti.
6. Belajar akan memperoleh *civil effect*, disamping dari tujuan pokok.
7. Belajar adalah proses aktif sehingga perlu interaksi antara individu dan lingkungan.
8. Belajar akan lebih berhasil apabila berbuat atau melakukan sesuatu (*learning by doing*).
9. Belajar harus mencakup aspek *knowledge*, *affektif*, dan *psychomotor*.
10. Belajar perlu ada bimbingan dan bantuan orang lain.
11. Belajar perlu insight atau tilikan atau pemahaman tentang hal-hal yang dipelajari sehingga diperoleh pengertian.
12. Belajar merupakan latihan dan ulangan agar sesuatu yang dipelajari dapat dikuasai
13. Belajar dapat dikatakan berhasil apabila dapat menerapkan dala bidang praktik sehari-hari.

2.7 Evaluasi Belajar

Secara umum, ada dua macam evaluasi yang kita kenal, yakni evaluasi hasil belajar (disebut juga evaluasi substantif atau sering disebut sebagai tes dan pengukuran hasil belajar), dan evaluasi proses belajar mengajar (PBM), disebut juga evaluasi manajerial.

Tes ialah himpunan pertanyaan yang harus dijawab, atau pernyataan – pernyataan yang harus dipilih/ditanggapi, atau tugas-tugas yang harus dilakukan oleh orang yang dites (testee) dengan tujuan untuk mengukur suatu aspek (perilaku) tertentu dari orang yang dites. Dalam tes prestasi belajar, yang hendak diukur ialah tingkat kemampuan seorang siswa dalam menguasai bahan pelajaran yang telah diajarkan kepadanya. Dalam uraian ini, perlu dibedakan antara “prestasi belajar” (*achievement*) dan “hasil belajar” (*learning outcome*). Hasil belajar meliputi aspek pembentukan watak seorang siswa.

Tes untuk mengukur prestasi, baik untuk aspek pengetahuan maupun aspek ketrampilan, dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu “tes kemampuan” (*power test*) dan “tes kecepatan” (*speed test*). Prinsip dari suatu “*power test*” adalah tidak adanya batasan waktu didalam pengerjaan tes, tetapi ada kompromi dalam hal ini, biasanya para ahli tes masih menganggap bahwa suatu pelaksanaan tes adalah sebagai “tes kemampuan” (*power test*) jika sebagian besar orang yang dites dapat menyelesaikan tes tersebut dalam waktu yang disediakan. Sebaliknya, pada “*speed test*” yang diukur adalah kesepatan didalam memikirkan atau mengerjakan sesuatu. Jadi persoalan utama adalah tugas yang harus diselesaikan dalam satu periode/waktu tertentu. Tugas tersebut biasanya

lebih mudah, sehingga yang diukur benar-benar kecepatan bekerja atau berpikir seseorang, bukan kemampuan lainnya (Balitbang Dikbud, 1996).

2.8 Evaluasi Terhadap Pemahaman Materi

Pengukuran pengetahuan termasuk pemahaman materi dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

2.9 Prestasi Belajar

Suarsimi Arikunto (1997:284) mengatakan “Prestasi adalah kondisi yang mencerminkan tingkatan-tingkatan siswa sejauh mana telah dapat mencapai tujuan yang ditetapkan disetiap bidang studi, yang disimbolkan dengan angka atau huruf”. Bila dinilai berdasarkan lima kriteria yang diungkapkan oleh Gronlund sebagaimana dikutip Arikunto (1997:264) distribusi nilai populasi yang sudah diseleksi melalui kenaikan kelas atau ujian masuk perguruan tinggi adalah sebagai berikut; 1) Nilai A / Sangat baik : 10 – 20 %, 2) B / baik : 20 – 30 %, 3) C / Cukup : 40 – 50 %, 4) D / Kurang : 10 – 20 %, 5) E / Fail : 0 – 10 %.

Selanjutnya Winsel (1991:200) menyebutkan “Bahwa setiap kegiatan belajar akan menghasilkan suatu perubahan pada siswa, perubahan itu nampak pada tingkah laku siswa atau peristiwa (*performance*)”. Untuk istilah kegiatan belajar sebagai terjemahan *learning activity*, kedua istilah ini menekankan bahwa siswa harus aktif sendiri. Untuk istilah prestasi belajar tidak dapat dipisahkan

dari perbuatan belajar karena belajar merupakan proses sedangkan prestasi belajar berarti menerangkan tentang hasil akhir yang dicapai seseorang. Dalam kamus Bahasa Indonesia (Badudu Zain, 1996:108) “Prestasi adalah hasil yang dicapai dari apa yang dikerjakan : belajar kerja, olah raga dan lain-lain”.

Jadi dapat disimpulkan bahwa prestasi belajar adalah hasil dari aktivitas belajar yang berkaitan dengan berbagai hal yang meliputi keadaan individu, dan prestasi belajar diwujudkan dalam nilai raport pada sekolah tingkat dasar samapai sekolah menengah atas dan dalam bentuk IP pada perguruan tinggi.

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No.00.06.1.1.546.40 Akademi Perawatan Darul Ulum Jombang menggunakan rentang nilai konversi, dalam penentuan IP adalah;

Tabel 2.1 Kriteria Penilaian AKPER Darul Ulum Jombang

NILAI ABSOLUT	TINGKAT NILAI MUTU	NILAI LAMBANG
79 – 100	3,51 – 4,00	A
68 – 79	2,76 – 3,50	B
56 – 67	2,00 – 2,75	C
41 – 55	1,00 – 1,99	D
0 – 40	0,00 – 0,99	E

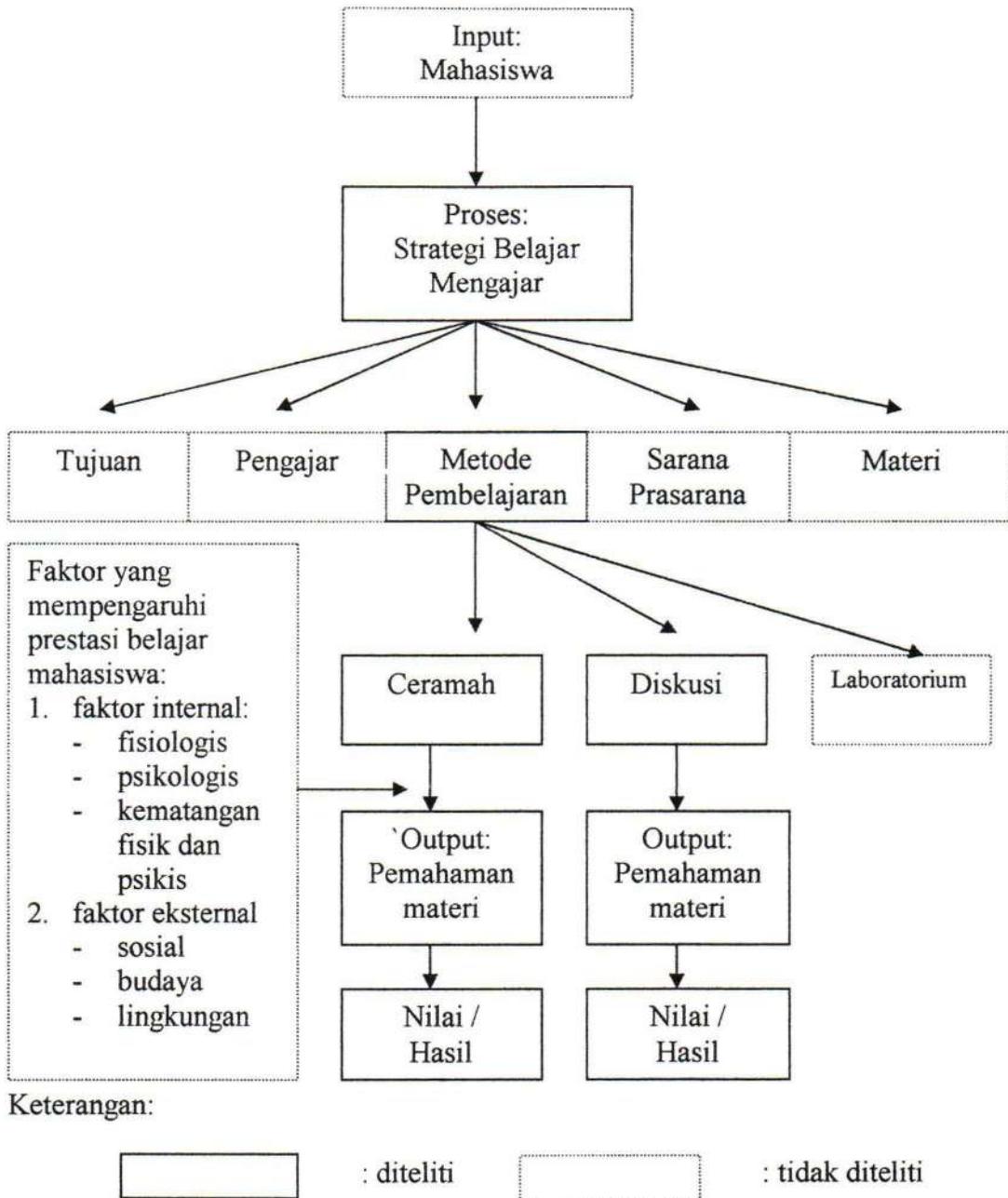
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Bagan Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1: Kerangka konseptual penelitian Perbedaan Pemahaman Materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Penjelasan:

Strategi belajar mengajar adalah pola umum perbuatan guru-murid di dalam perwujudan kegiatan belajar-mengajar. Pengertian strategi dalam hal ini menunjuk kepada karakteristik abstrak dari rentetan perbuatan guru-murid didalam peristiwa belajar mengajar.

Komponen-komponen yang saling mempengaruhi didalam proses belajar mengajar adalah tujuan instruksional yang ingin dicapai, guru dan siswa, sarana dan prasarana, bahan atau materi pelajaran dan metode yang digunakan dalam proses pengajaran.

Metode pembelajaran yang digunakan dalam pengajaran dipilih atas dasar tujuan dan bahan yang telah ditetapkan sebelumnya. Metode berfungsi sebagai jembatan atau media transformasi pelajaran terhadap tujuan yang ingin dicapai. Metode pembelajaran yang digunakan harus betul-betul efektif dan efisien.

Didalam Ilmu Keperawatan Medikal Bedah I, metode pembelajaran yang bisa digunakan dalam meningkatkan pemahaman materi asuhan keperawatan adalah metode ceramah dan diskusi.

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah:

Ada perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4**METODE PENELITIAN**

Metode penelitian sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah, pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo.S,2002:19). Dalam bab ini akan dibahas (1) Desain penelitian, (2) Kerangka operasional, (3) Populasi, sampel dan sampling, (4) Identifikasi variabel, (5) Definisi operasional, (6) Pengumpulan dan analisa data, (7) etik penelitian, (8) Keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah *Quasy Experiment* artinya satu kelompok dilakukan intervensi sesuai dengan metode yang dikehendaki, kelompok lainnya dilakukan seperti biasanya (Nursalam, 2003).

	Pre Tes		Perlakuan		Pos Tes
Mahasiswa A	O1	→	Ceramah	→	O2
Mahasiswa B	O1	→	Diskusi	→	O2

Keterangan:

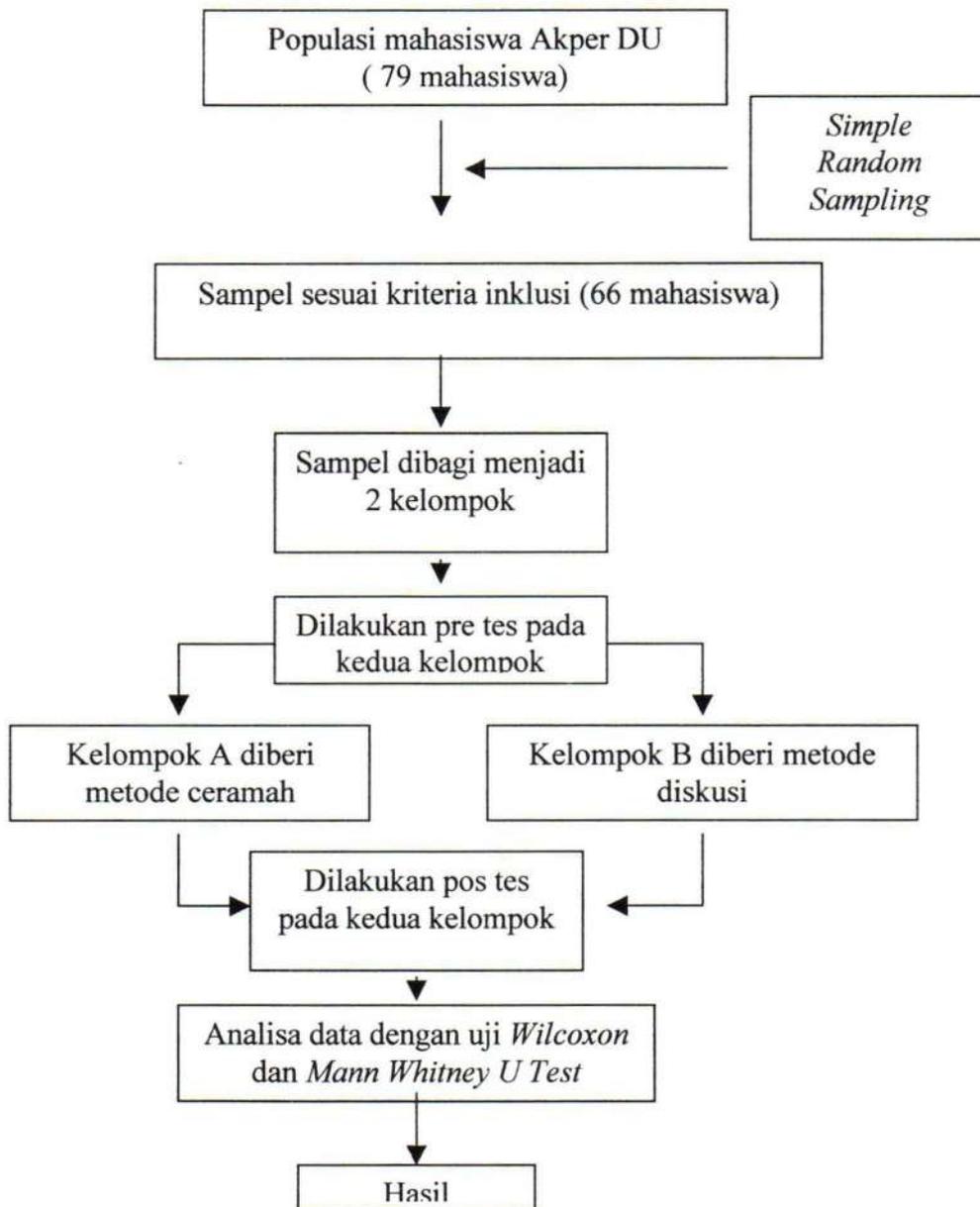
O1 : Pre tes pada kelompok A dan kelompok B sebelum diberi perlakuan.

O2 : Pos tes pada kelompok A dan kelompok B sesudah diberi perlakuan.

4.2 Kerangka Operasional

Frame Work (kerangka operasional) adalah suatu abstrak, logikal secara arti harfiah dan akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan *body of knowledge* (Siti Pariani dan Nursalam,2001:31)

Kerangka operasional penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 *Frame Work* penelitian perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang

4.3 Populasi, sampel dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Notoatmojo, 2002:08).

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya: manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam,2003:93).

Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa tingkat II Akper Darul Ulum Jombang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto.S,2002:109).

Sampel adalah sebagian dari populasi (Saifuddin Azwar,2001:79).

Sampel dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak diteliti.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Mahasiswa tingkat II Akper Darul Ulum Jombang
- 2) Mahasiswa yang tidak cuti akademik
- 3) Mahasiswa yang bersedia dijadikan responden

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria sampel yang tidak dapat dimasukkan atau tidak layak untuk diteliti.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Mahasiswa tingkat II yang sedang sakit/absen
- 2) Mahasiswa yang tidak bersedia dijadikan responden

Menurut Zainuddin sebagaimana dikutip oleh Nursalam (2003), besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

d = derajat presisi

79

$$n = \frac{79}{1 + 79 (0,05)^2}$$

$$= \frac{79}{1 + 0,197}$$

$$= \frac{79}{1,197} = 65,9$$

Adapun besar sampel dalam penelitian ini adalah 66 mahasiswa dari populasi 79 mahasiswa.

4.3.3 *Sampling*

Adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam,2003:97)

Tehnik *sampling* adalah suatu cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Siti Pariani dan Nursalam,2001). Pada penelitian ini menggunakan *Simple Random Sampling* yaitu suatu tehnik penelitian sampel dengan cara memilih sampel dengan diseleksi secara acak (random) (Nursalam,2003:98).

Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah 66 dibagi menjadi 2 kelompok, 33 mahasiswa untuk kelompok A dan 33 mahasiswa untuk kelompok B.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah suatu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda,situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut (Siti Pariani dan Nursalam,2001:41).

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam,2003:102)

Variabel independen adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen (variabel terikat) (Sugiyono,2004:3).

Pada penelitian ini variabel independennya adalah metode ceramah dan metode diskusi.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003:102).

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I yang meliputi sistem integumen, muskuloskeletal, pencernaan, telinga hidung dan tenggorokan, mata, imunologi.

4.5 Definisi Operasional.

Definisi operasional memberikan pengertian suatu variabel dan menggambarkan aktivitas-aktivitas yang diperlukan untuk mengukurnya. (Broockopp,D.Y.2000:150).

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. (Siti Pariani dan Nursalam,2001:44)

Tabel 4.1: Definisi Operasional perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Score
1.	Independent variabel: Ceramah Diskusi	Proses pembelajaran yang disampaikan oleh dosen secara lisan kepada peserta didik dan diakhiri tanya jawab Proses pembelajaran yang memberi kesempatan pada peserta didik mengadakan perbincangan ilmiah guna mengumpulkan pendapat, membuat kesimpulan kelompok dan mengadakan perbincangan dengan kelompok lain, diakhiri dengan menyimpulkan hasil oleh pengajar.	SAP TIU TIK Media Materi SAP TIU TIK Media Materi			
2.	Dependen variabel: Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I	Tingkat kognitif yang ditandai dengan dapat menjelaskan, menyebut contoh, menyimpulkan, meramalkan dalam hal Asuhan Keperawatan pada pasien luka bakar, fraktur dan demam tifoid.	Pemahaman materi yang meliputi: definisi, etiologi, tanda gejala, patofisiologi, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan serta evaluasi.	Soal pre tes- pos tes	Ordinal	Nilai pre dan pos tes dengan rentang nilai 0-100

4.6 Pengumpulan dan Analisis Data

4.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam,2003). Sebelumnya peneliti meminta surat pengantar dari pendidikan yang disampaikan ke institusi tempat penelitian. Setelah ada persetujuan dari pihak yang berwenang pada institusi tempat penelitian, peneliti melakukan kontrak dengan mahasiswa. Materi yang akan diberikan adalah Asuhan Keperawatan luka bakar, fraktur dan demam tifod masing-masing satu kali pertemuan pada tiap kelompok. Pada Kelompok A diberikan dengan metode ceramah dan kelompok B dengan metode diskusi. Pemahaman materi Asuhan Keperawatan luka bakar, fraktur dan demam tifoid dievaluasi dengan memberikan soal pada kelompok A dan B pada saat sebelum dan sesudah penyampaian materi.

4.6.2 Cara Analisis Data

Data yang telah terkumpul diolah selanjutnya dilakukan tabulasi dan dilakukan uji statistik untuk mengetahui pemahaman materi sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon*. Sedangkan untuk mengetahui perbedaan pemahaman materi antara mahasiswa yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi digunakan uji statistik *Mann Whitney U Tes* dengan nilai $\alpha \leq 0,05$. Jika $p = \leq 0,05$ maka hipotesis diterima. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan program SPSS 11,5.

4.6.3 Lokasi dan Waktu

Pengumpulan data dilaksanakan di kampus Akper Darul Ulum Jombang dan dilaksanakan pada tanggal 11 sampai 18 Desember 2005.

4.7 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian peneliti akan mengajukan permohonan ijin kepada Direktur Akademi Perawatan Darul Ulum Jombang untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Kemudian setelah mendapatkan persetujuan berulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

4.7.1 Lembar Persetujuan Penelitian

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti dalam hal ini adalah mahasiswa tingkat II Akper Darul Ulum Jombang. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan. Jika mahasiswa bersedia diteliti maka mereka harus menanda tangani lembar persetujuan tersebut. Jika mahasiswa menolak untuk diteliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.7.2 *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan subyek, peneliti tidak akan mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, tetapi cukup dengan memberi kode pada masing-masing lembar tersebut.

4.7.3 *Confidentiality*

Semua informasi yang diberikan oleh subyek dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset (Alimul Aziz, 2004:42)

4.8 Keterbatasan

1. Waktu yang tersedia dalam melaksanakan penelitian sangat terbatas sehingga hasilnya kurang memuaskan/kurang sempurna.
2. Pada saat penelitian ini dilakukan, perkuliahan Keperawatan Medikal Bedah I sudah berlangsung, sehingga peneliti tidak bisa menerapkan pada semua sistem organ.
3. Teknik *Simple Random Sampling* hanya digunakan pada saat menentukan besar sampel.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 11 sampai tanggal 18 Desember 2005 di Akper Darul Ulum Jombang, yang meliputi: (1) Hasil penelitian, yang meliputi : gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden, dan variable yang diukur, (2) Pembahasan.

Data yang terkumpul selanjutnya diberi kode dan ditabulasi untuk mengetahui perbedaan hasil penelitian sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dilakukan uji statistik *Wilcoxon*. Dan untuk mengetahui perbedaan pemahaman materi antara kelompok yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi dilakukan uji statistik *Mann Whitney U Tes* dengan nilai $\alpha \leq 0,05$. Tingkat kemaknaan dari variable dirancang $p \leq 0,05$. Hal ini berarti bahwa variabel yang diteliti atau diukur bermakna. Bila $p > 0,05$ berarti variabel yang diukur kurang bermakna.

5.1 Hasil

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Sejarah Berdirinya

Akper Darul Ulum Jombang didirikan oleh Yayasan Pondok Pesantren Darul Ulum pada tanggal 3 September 1991 dengan ijin berdiri no.HK.00.06.2647, dan sejak tahun 1999 telah mendapat akreditasi A.

2. Lokasi

Akper Darul Ulum Jombang terletak ± 3 KM ke arah Timur kota Jombang, berada di lingkungan Pesantren Darul Ulum Jombang yang cukup kondusif untuk pelaksanaan pendidikan karena jauh dari keramaian.

3. Visi dan Misi

Visi: Mengimplentasikan ibadah dalam arti sebenarnya, Misi: Mencetak perawat profesional yang terampil, cakap dan beretika.

4. Tenaga Dosen

Akper Darul Ulum Jombang memiliki 27 Dosen tetap dan 54 dosen tidak tetap. Jenjang pendidikan dosen tetap meliputi: 1 orang Magister Rumah Sakit, 1 orang Magister Kesehatan, 9 orang Sarjana Keperawatan, 1 orang Sarjana Kesehatan Masyarakat, 2 orang Sarjana Science Terapan, 3 orang Ahli Madya Keperawatan, 2 orang Sarjana Non Kesehatan, 8 orang yang sedang mengikuti tugas belajar di Program Studi Ilmu Keperawatan.

5. Perpustakaan

Perpustakaan berada dilantai dua seluas 8 x 12 meter. Koleksi buku sampai bulan Desember 2005 berjumlah 2000 eksemplar yang terdiri dari 650 judul buku, meliputi : 360 judul buku materi Mata Kuliah Keahlian (MKK), 160 judul buku materi Mata Kuliah Dasar Keahlian (MKDK), dan 130 judul buku materi Mata Kuliah Umum.

6. Laboratorium

a. Laboratorium Keperawatan

Laboratorium Akper Darul Ulum Jombang sudah memenuhi syarat baik jumlah maupun macam alat yang dimiliki. Laboratorium keperawatan dibagi menjadi laboratorium mata kuliah KDM, Anak, Maternitas, Komunitas dan Medikal Bedah.

b. Laboratorium Bahasa

Akper Darul Ulum Jombang memiliki Laboratorium Bahasa untuk menunjang visi dan misi institusi, terutama sesuai ciri khusus Akper Darul Ulum Jombang yaitu nilai tambah kemampuan dalam bahasa arab dan bahasa inggris. Laboratorium bahasa mempunyai kapasitas 40 mahasiswa dengan 2 instruktur.

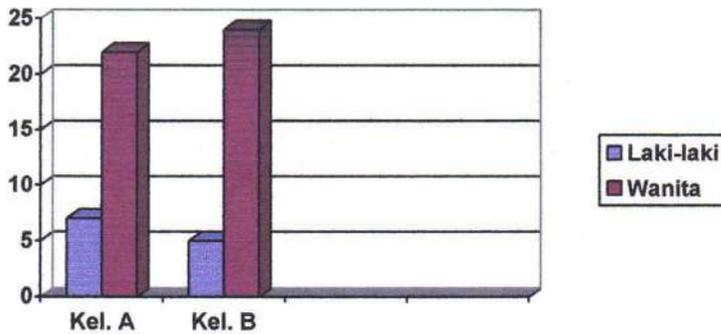
7. Jumlah Mahasiswa

Pada tahun ajaran 2005-2006 ini mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang sebanyak 264 mahasiswa, terdiri dari 224 mahasiswa jalur umum (dari SMA), 40 mahasiswa jalur khusus Puskesmas (dari SPK).

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Sebagai responden dalam penelitian ini adalah Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang tingkat 2 semester 3. Saat penelitian berlangsung pada kelompok A (yang mendapat metode ceramah) ada 4 responden yang dinyatakan gagal dikarenakan sakit dan tanpa keterangan. Sehingga masing – masing kelompok respondennya disamakan menjadi 29 responden.

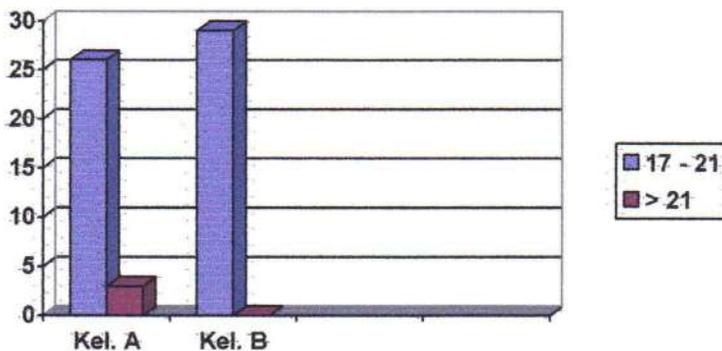
1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan jenis kelamin, tanggal 11 Desember 2005

Berdasarkan diagram di atas menunjukkan bahwa pada Kelompok A (yang mendapat metode ceramah) dan Kelompok B (yang mendapat metode diskusi) sebagian besar responden dengan jenis kelamin wanita.

2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

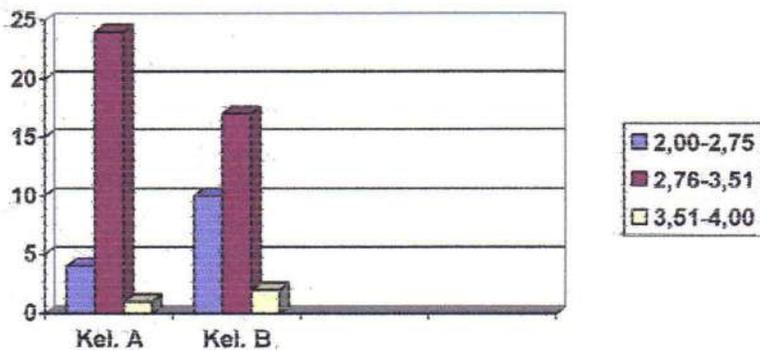


Gambar 5.2 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan umur, tanggal 11 Desember 2005

Berdasarkan diagram di atas menunjukkan bahwa pada Kelompok A (yang mendapat metode ceramah) rata-rata umur responden adalah 19 tahun, pada

kelompok B (yang mendapat metode diskusi) rata-rata umur responden adalah 18 tahun 7 bulan.

3. Distribusi Responden Berdasarkan Indeks Prestasi Kumulatif Tingkat I.



Gambar 5.3 Distribusi responden Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang berdasarkan indeks prestasi kumulatif tanggal 11 Desember 2005

Berdasarkan diagram di atas menunjukkan bahwa pada kelompok A (yang mendapat metode ceramah) dengan rata-rata IPK 2,9, sedangkan pada kelompok B (yang mendapat metode diskusi) dengan rata-rata IPK 3,2.

5.1.3 Variabel yang diukur

I. Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang:

Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5. Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang bulan Desember 2005

	Nilai Luka Bakar		Nilai Fraktur		Nilai Demam Tifoid	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
<i>Mean</i>	33	83	31	81	34	81
<i>Median</i>	37.5	87.5	25	87.5	37.5	75
<i>Mode</i>	37.5	75	25	87.5	25	75
	p = 0.000		p = 0.000		p = 0.000	

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pemahaman materi sebelum dan sesudah metode ceramah pada Askep luka bakar, fraktur maupun demam tifoid dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* dengan menunjukkan nilai signifikansi ($p = 0.000$) dan peningkatan nilai *mean*.

2. Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.2 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang bulan Desember 2005.

	Nilai Luka Bakar		Nilai Fraktur		Nilai Demam Tifoid	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
<i>Mean</i>	33	62.5	38	84	35	85
<i>Median</i>	37.5	62.5	37.5	87.5	37.5	87.5
<i>Mode</i>	37.5	50	37.5	87.5	37.5	87.5
	p = 0.000		p = 0.000		p = 0.000	

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pemahaman materi sebelum dan sesudah metode diskusi pada Askep Luka bakar, fraktur maupun demam tifoid dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* dengan menunjukkan nilai signifikansi ($p = 0.000$) dan peningkatan nilai *mean*.

3. Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.3 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang bulan Desember 2005.

	Nilai Luka Bakar		Nilai Fraktur		Nilai Demam Tifoid	
	Sesudah ceramah	Sesudah diskusi	Sesudah ceramah	Sesudah diskusi	Sesudah ceramah	Sesudah diskusi
<i>Mean</i>	83	62.5	81	84	81	85
<i>Median</i>	87.5	62.5	87.5	87.5	75	87.5
<i>Mode</i>	75	50	87.5	87.5	75	87.5
	p = 0.000		p = 0.595		p = 0.206	

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa pada Askep Luka Bakar terdapat perbedaan pemahaman materi antara metode ceramah dan diskusi dengan memperhatikan uji statistik *Mann Whitney U Test* dengan menunjukkan nilai signifikansi ($p= 0.000$).

Pada Askep fraktur dan Askep demam tifoid tidak terdapat perbedaan pemahaman materi yang signifikan antara yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi dengan memperhatikan uji statistic *Mann Whitney U Test* dengan menunjukkan nilai signifikansi ($p = 0.595$ dan $p = 0.206$).

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang .

5.2.1 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan dengan luka bakar yang mendapat metode ceramah dengan nilai signifikansi $p = 0.000$ dan terdapat peningkatan nilai rata-rata dari 33 menjadi 83, pada aspek fraktur yang mendapat metode ceramah nilai signifikansi $p = 0.000$ dan terdapat peningkatan rata-rata dari 31 menjadi 81, pada aspek demam tifoid yang mendapat metode ceramah nilai signifikansi $p = 0.000$ dengan nilai rata-rata dari 34 menjadi 81.

Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajaran dan sasaran belajar (Uha Suliha, dkk,2001). Pada pelaksanaan ceramah untuk memperjelas uraian, pengajar dapat menggunakan alat-alat bantu, yaitu gambar maupun audio visual lainnya.

Metode ceramah dapat digunakan pada sasaran yang mempunyai perhatian yang selektif, mempunyai lingkup perhatian yang terbatas, memerlukan informasi yang sistematis, perlu menyimpan informasi dan perlu menggunakan informasi yang diterima. Metode ceramah memiliki beberapa keunggulan diantaranya adalah penggunaan waktu yang efisien, dapat dipakai pada kelompok yang besar dan tidak melibatkan terlalu banyak alat bantu pengajaran.

Pada Keperawatan Medikal Bedah I yang mendapat metode ceramah terdapat peningkatan pemahaman materi yang signifikan bisa dikarenakan mahasiswa sudah terbiasa dengan metode pengajaran ceramah, Faktor lain yang bisa mempengaruhi adalah materi yang dibahas adalah materi yang banyak dijumpai di lapangan, sehingga mahasiswa telah mempunyai gambaran sebelumnya dan lebih mudah untuk memahami materi tersebut.

5.2.2 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah mendapat metode diskusi pada ketiga materi dengan nilai signifikansi $p = 0.000$. Meski terdapat perbedaan nilai rata-rata antara ketiga materi yang disampaikan. Pada materi askep fraktur dan demam tifoid nilai rata-ratanya lebih baik dibandingkan nilai rata-rata askep luka bakar. Nilai rata-rata pada askep luka bakar sebelum mendapat diskusi yaitu 33, sesudah diskusi 62,5, sedangkan nilai rata-rata pada askep fraktur dari 38 menjadi 84, dan nilai askep demam tifoid dari 35 menjadi 85.

Metode diskusi merupakan suatu cara penyajian bahan pelajaran dimana pengajar memberi kesempatan kepada peserta didik untuk mengadakan perbincangan ilmiah guna mengumpulkan pendapat, membuat kesimpulan, atau menyusun berbagai alternatif pemecahan atas suatu masalah (JJ.Hasibuan & Moedjiono, 2004). Diskusi kelas merupakan cara yang paling efektif untuk melatih ketrampilan strategi kognitif kepada mahasiswa. Hal ini dapat dicapai

jika anggota kelas mempunyai homogenitas yang cukup tinggi atas ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki. Dengan demikian, setiap anggota kelas dapat memperlihatkan pemilihan strategi pemecahan masalah yang asli dan kreatif.

Perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I yang mendapat metode diskusi terutama untuk materi askep luka bakar nilai rata-rata tidak sebaik pada askep fraktur maupun demam tifoid bisa dikarenakan responden belum terbiasa dengan diskusi yang diterapkan saat ini, karena materi askep luka bakar adalah pertemuan diskusi yang pertama. Hal lain yang bisa mempengaruhi nilai pada askep luka bakar adalah tingkat kesulitan dari materi tersebut, sehingga mahasiswa kurang memahami isi dari materi karena selama proses diskusi berlangsung peran fasilitator hanya merangsang supaya seluruh peserta ikut berpartisipasi.

5.2.3 Pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang.

Berdasarkan hasil penelitian pada asuhan keperawatan luka bakar menunjukkan nilai signifikansi $p = 0.000$ yaitu terdapat perbedaan pemahaman materi antara yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi. Dilihat dari nilai rata – rata, metode ceramah lebih baik dibandingkan dengan nilai diskusi. Nilai rata-rata untuk metode ceramah adalah 83, sedangkan nilai rata-rata untuk metode diskusi adalah 62,5. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Sedangkan diskusi kelas merupakan cara yang paling efektif untuk melatih ketrampilan strategi kognitif kepada mahasiswa. Hal ini dapat dicapai jika anggota kelas mempunyai

merupakan cara yang paling efektif untuk melatih ketrampilan strategi kognitif kepada mahasiswa. Hal ini dapat dicapai jika anggota kelas mempunyai homogenitas yang cukup tinggi atas ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki. Dengan demikian, setiap anggota kelas dapat memperlihatkan pemilihan strategi pemecahan masalah yang asli dan kreatif. Nilai aspek luka bakar yang mendapat metode ceramah lebih baik dibandingkan dengan yang mendapat metode diskusi bisa dikarenakan oleh banyak faktor, yaitu antara lain responden belum terbiasa menggunakan metode diskusi yang diterapkan, bisa juga karena tingkat kesulitan dari materi aspek luka bakar. Materi aspek luka bakar terutama pada konsep dasar, banyak perhitungan rumus yang memerlukan penjelasan dari fasilitator. Sehingga pada metode diskusi yang lebih banyak mahasiswa melakukan perbincangan dengan anggota kelompok menjadi kurang memahami isi dari materi tersebut.

Pemahaman materi pada aspek fraktur dan aspek demam tifoid antara yang mendapat metode ceramah dan yang mendapat metode diskusi tidak terdapat perbedaan, dengan nilai signifikansi $p = 0.595$ dan $p = 0.206$. Metode ceramah maupun metode diskusi dapat diterapkan dalam meningkatkan pemahaman materi pada aspek fraktur dan aspek demam tifoid. Hal ini bisa dikarenakan materi pada aspek fraktur dan aspek demam tifoid mudah difahami oleh mahasiswa, bisa juga karena materi tersebut merupakan materi yang sudah pernah dijumpai mahasiswa selama praktik dirumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mudah untuk memahami.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode ceramah untuk asuhan keperawatan luka bakar, asuhan keperawatan fraktur dan asuhan keperawatan demam tifoid.
2. Terdapat perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I sebelum dan sesudah metode diskusi untuk asuhan keperawatan luka bakar, asuhan keperawatan fraktur dan asuhan keperawatan demam tifoid.
3. Terdapat perbedaan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara metode ceramah dan diskusi pada mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang untuk asuhan keperawatan luka bakar, sedangkan pada asuhan keperawatan fraktur dan asuhan keperawatan demam tifoid tidak terdapat perbedaan pemahaman materi.
4. Untuk meningkatkan pemahaman materi pengajar harus mempersiapkan materi yang akan disampaikan, mahasiswa juga hendaknya mempersiapkan diri dengan mempelajari materi yang akan disampaikan serta metode pembelajaran yang bisa digunakan dalam meningkatkan domain kognitif pada Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I adalah metode ceramah dan diskusi.

6.2 Saran

Dari kesimpulan penelitian maka saran-sarannya adalah:

1. Bagi mahasiswa:

Diharapkan dalam setiap proses belajar mengajar mahasiswa tetap berperan aktif meskipun ada perubahan dalam metode pengajaran yang diberikan agar dapat mencapai hasil yang optimal.'

2. Bagi pengajar:

1) Dalam meningkatkan pemahaman materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I maka pengajar diharapkan memperhatikan tujuan yang ingin dicapai, materi pelajaran yang akan diberikan, metode yang akan dicapai dan prosedur evaluasi yang akan digunakan.

2) Pengajar perlu membedakan metode yang akan digunakan sesuai dengan perubahan komponen yang diharapkan. Pada komponen kognitif pengajar bisa menggunakan metode ceramah dan diskusi, pada komponen afektif pengajar bisa menggunakan metode diskusi dan demonstrasi, sedangkan pada komponen psikomotor pengajar bisa menggunakan metode demonstrasi.

3) Pengajar perlu menelaah dulu metode mana yang lebih tepat digunakan pada tiap-tiap sistem pada mata kuliah Ilmu Keperawatan Medikal Bedah I sehingga hasil yang diharapkan bisa lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz (2003). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*. Surabaya: Salemba Medika. Hal:42.
- Arikunto,Suharsimi (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:109.
- Ahmadi, A. & Supriyo, W (2004). *Psikologi Belajar*. Jakarta: Rineka Cipta Hal: 82-83.
- Badudu-Zain (1996). *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pustaka Bina Rupa.
- Brockopp, D. Y (2002). *Sumber Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC.Hal:150,170.
- Hakim, Thursan (2002). *Belajar Secara Efektif*. Jakarta: Puspa Suara. Hal:1-10, 3-38.
- Hamalik, Oemar (2002). *Proses Belajar Mengajar*. Jakarta: Bumi A Sara.
- Hasibuan, JJ (2004). *Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Remaja Rosda Karya. Hal:13-24.
- Jurnal Keperawatan Universitas Padjajaran (2002). Bandung. 4 (6: 63).
- Kurikulum DIII Keperawatan (2002). Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Nana Sudjana (2005). *Dasar-dasar Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Sinar Baru Algensinda. Hal: 77-81.
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Surabaya: Salemba Medika. Hal:85-102.
- Notoatmodjo,S (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:19,108.
- Notoatmodjo,S (2002). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:122-124.
- Program Applied Approach (1997). *Mengajar di Perguruan Tinggi*. Dirjen Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan: Jakarta.
- PSIK UNAIR (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: PSIK UNAIR. Hal:6-53.

- Syaifuddin Azwar (2001). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal:62,79.
- Slameto (2003). *Belajar dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal:54-88.
- Sagala,Syaiful (2003). *Konsep dan Makna Pembelajaran*. Bandung: Alfabeta.
- Siti Pariani & Nursalam (2002).*Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto. Hal:31-72.
- Sutrisno,Hadi (2001). *Metodologi Research Jilid I*. Yogyakarta: Andi. Hal:67.
- Sugiyono (2004).*Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta. Hal:3.
- Sudarman, Paryati (2004). *Belajar Efektir di Perguruan Tinggi*. Bandung: Simbiosis Rekatama Media. Hal:71-100.
- Uha Suliha,dkk (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC. Hal: 21.
- Umar, Jahja(et al) (1996). *Bahan Penataran Pengujian Pendidikan*. Jakarta : Balitbang Dikbud. Cetakan ke-8.

LAMPIRAN

Lampiran 1

JADWAL PENELITIAN

Penelitian akan dilaksanakan dalam kurun waktu \pm 3 bulan, sesuai dengan jadwal sebagai berikut:

NO	KEGIATAN	BULAN												
		Okt				Nop.				Des.				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.	Pengajuan dan pengesahan judul	X	X	X										
2.	Penyusunan proposal penelitian			X	X	X	X							
3.	Presentasi proposal penelitian							X						
4.	Pengambilan data								X	X				
5.	Pengolahan data dan penyusunan lap.										X	X		
6.	Presentasi hasil penelitian													X

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

No. Responde :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya menyatakan (**bersedia / tidak bersedia** *) menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, atas nama Kurniawati dengan judul “ Perbedaan Pemahaman Materi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah I antara Mahasiswa Akper Darul Ulum Jombang yang Mendapat Metode Ceramah dan yang Mendapat Metode Diskusi”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

Jombang, Desember 2005

Responden

(.....)

Nama Terang

*) Coret yang tidak perlu

Lampiran 3

SOAL I

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Bakar

NIM :

Nilai :

Waktu : 10 menit

I. Petunjuk Menjawab

II. Pilihan Tunggal, dengan kemungkinan jawaban satu saja yang benar.

III. SOAL

1. Yang bukan ciri dari luka bakar grade II adalah,
 - A. Kerusakan meliputi epidermis dan sebagian dermis
 - B. Kulit berwarna abu-abu sampai hitam.
 - C. Apendises kulit masih utuh
 - D. Nyeri karena ujung saraf sensorik teriritasi
 - E. Timbul bula

2. Fase yang terjadi setelah fase syok berakhir adalah.....
 - A. Fase akut
 - B. Fase lanjut
 - C. Fase kronis
 - D. Fase Sub akut
 - E. Fase sub kronis

3. Pasien dengan luka bakar grade II < 2 % pada semua usia, tidak mengenai muka, tangan kaki dan perineum, termasuk luka bakar.....
 - A. Ringan
 - B. Sedang
 - C. Berat
 - D. Krisis
 - E. Moderet

4. Persentase luka bakar yang mengenai badan anterior dan posterior adalah....
- A. 9 %
 - B. 18 %
 - C. 27 %
 - D. 36 %
 - E. 45 %
5. Rumus kebutuhan cairan yang diberikan pada pasien dewasa pada 8 jam pertama adalah.....
- A. 4 cc/kgBB/% luas luka bakar
 - B. $\frac{1}{2}$ dari 4cc/kgbb/% luas luka bakar
 - C. 2 kali 4cc/kgbb/% luas luka bakar
 - D. 2cc/kgbb/% luas luka bakar
 - E. $\frac{1}{2}$ dari 2cc/kgbb/% luas luka bakar

III. Pilihan Ganda Komplek Dengan Jawaban

- A. Jika pernyataan 1,2,3 benar**
 - B. Jika pernyataan 1 dan 3 benar.**
 - C. Jika pernyataan 2 dan 4 benar**
 - D. Jika pernyataan 4 saja yang benar**
 - E. Jika pernyataan 1,2,3,4 benar/salah**
6. Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan luka bakar adalah.....
- 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
 - 2. Nyeri
 - 3. Resiko tinggi terhadap kurangnya volume cairan tubuh
 - 4. Resiko tinggi infeksi

7. Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada pasien dengan luka bakar adalah.....
 1. Melakukan rawat luka / mandi rendam sesuai protap
 2. Menjaga kebersihan ruangan dan tempat tidur klien.
 3. Kolaborasi untuk pemberian diit TKTP bila tidak ada kontra indikasi
 4. Menjaga personal higiene klien.

8. Pencegahan yang bisa dilakukan untuk menghindari terjadinya kontraktur adalah.....
 1. Hindari infeksi
 2. Elevasi daerah edema
 3. Hindari Ultra Violet
 4. Pasang perban tekan dan bidai

SOAL II

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur

NIM :
Nilai :
Waktu : 10 Menit

I. Petunjuk Menjawab

II. Pilihan Tunggal, dengan kemungkinan jawaban satu saja yang benar.

III. SOAL

1. Yang termasuk dalam klasifikasi fraktur menurut penyebab adalah.....
 - A. Fraktur komplrit
 - B. Fraktur impaksi
 - C. Fraktur traumatik
 - D. Fraktur simpel
 - E. Fraktur terbuka
2. Tahap penyembuhan tulang yang terjadi dalam waktu 48 – 72 jam adalah stadium.....
 - A. Hematom
 - B. Kallus
 - C. Granulasi
 - D. Konsolidasi
 - E. Remodelling
3. Yang bukan termasuk kedalam tanda pasti fraktur tertutup adalah.....
 - A. Deformitas
 - B. Krepitasi
 - C. False movement
 - D. Foto Rontgen positif ada fraktur
 - E. Nyeri

4. Yang bukan termasuk kedalam komplikasi fraktur adalah.....
- A. Sindroma kompartemen
 - B. Emboli lemak
 - C. Osteoarthritis
 - D. Odem
 - E. Nonunion
5. Pada tahap pengkajian yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit pasien dan keluarga adalah, *kecuali*.....
- A. Riwayat pekerjaan
 - B. Riwayat penyakit genetik keluarga
 - C. Riwayat trauma sebelumnya
 - D. Riwayat pemakaian obat
 - E. Riwayat nutrisi

III. Pilihan Ganda Komplek Dengan Jawaban

- A. Jika pernyataan 1,2,3 benar
 - B. Jika pernyataan 1 dan 3 benar.
 - C. Jika pernyataan 2 dan 4 benar
 - D. Jika pernyataan 4 saja yang benar
 - E. Jika pernyataan 1,2,3,4 benar/salah
6. Masalah keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan fraktur adalah.....
- 1. Nyeri akut
 - 2. Gangguan mobilisasi fisik
 - 3. Resiko infeksi
 - 4. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi

7. Prinsip pertolongan pertama pada penanganan fraktur adalah.....
 1. Mengurangi/menghilangkan nyeri
 2. Immobilisasi
 3. Mencegah infeksi
 4. Posisi supinasi

8. Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan untuk mengurangi nyeri adalah.....
 1. Immobilisasi
 2. Jaga kehangatan
 3. Kompres dingin/hangat
 4. Prosedur *live saving*

SOAL III

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Demam Tifoid

NIM :
Nilai :
Waktu : 10 Menit

I. Petunjuk Menjawab

II. Pilihan Tunggal, dengan kemungkinan jawaban satu saja yang benar.

III. Pilihan Ganda Komplek Dengan Jawaban

- A. Jika pernyataan 1,2,3 benar
- B. Jika pernyataan 1 dan 3 benar.
- C. Jika pernyataan 2 dan 4 benar
- D. Jika pernyataan 4 saja yang benar
- E. Jika pernyataan 1,2,3,4 benar/salah

IV. SOAL

1. Tanda dan gejala dari demam tifoid pada minggu kedua adalah.....

- 1. Lidah kotor di tengah, tepi dan ujung merah
- 2. Nyeri kepala
- 3. Relatif bradikardi
- 4. Nyeri perut regio kiri bawah

2. Penatalaksanaan dari demam tifoid adalah.....

- 1. Diit rendah atau bebas serat
- 2. Bed rest total
- 3. Pemberian anti biotik yang sesuai
- 4. Pemberian kortikosteroid pada kasus yang berat

3. Komplikasi yang bisa timbul pada pasien dengan demam tifoid adalah.....
 1. Perdarahan usus
 2. Perforasi usus
 3. Ileus paralitik
 4. Hepatitis.

4. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan untuk diagnosa demam tifoid adalah, kecuali.....
 - A. Darah tepi
 - B. Albumin uria
 - C. Feses : eritrosit dan lekosit
 - D. Serologi : Widal
 - E. SGOT

5. Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan demam tifoid adalah.....
 1. Hipertermi
 2. Resiko tinggi kurang cairan
 3. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 4. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari

6. Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah hipertermi adalah, kecuali.....
 - A. Observasi TTV tiap 2-3 jam
 - B. Memberi kompres
 - C. Mencatat intake dan output cairan dalam 24 jam
 - D. Menganjurkan untuk mengurangi minum dan memakai selimut
 - E. Kolaborasi untuk pemberian antipiretik

7. Materi penyuluhan kesehatan yang perlu diberikan sebelum pasien pulang adalah.....
1. Diit
 2. Aktifitas
 3. Pengobatan
 4. Pemeriksaan laboratorium
8. Diit yang tepat untuk pasien dengan demam tifoid adalah.....
- A. Bubur saring
 - B. Bubur kasar
 - C. Bubur kasar dengan lauk pauk
 - D. Nasi dengan lauk pauk rendah selulosa
 - E. Nasi dengan lauk pauk tinggi selulosa

Lampiran 4

SATUAN ACARA PERKULIAHAN

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar
Jumlah jam tatap muka	: 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 12 Desember 2005/pertemuan ke- 1
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum
Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar.
2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:
 - Konsep dasar luka bakar.
 - Asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar.
3. Materi
 - a. Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi
 - b. Asuhan keperawatan pasien dengan luka bakar.
4. Metode
Ceramah
5. Media/alat
 - a. Papan tulis
 - b. OHP
 - c. Transparan berisi ringkasan materi
 - d. Makalah/hand out

6. Buku Sumber

C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung

C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta

J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

7. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap/waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta Didik
Pembukaan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam • Menjelaskan judul, tujuan pembelajaran dan materi pembelajaran • Melakukan apersepsi • Memberi umpan balik apersepsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Memperhatikan • Menceritakan pengalaman/pengetahuan • Memperhatikan
Pengembangan 40 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep dasar luka bakar: definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi penjelasan peserta didik • Asuhan keperawatan pasien dengan luka bakar 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Menyampaikan pertanyaan • Memperhatikan • Memperhatikan, mencatat
Penutup 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi kesempatan peserta didik untuk berdiskusi / memberi jawaban • Menjelaskan pertanyaan peserta didik • Melakukan evaluasi dengan memberi pertanyaan peserta didik • Mengklarifikasi jawaban peserta didik 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan pertanyaan • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat

8. Evaluasi

- Bentuk tes : Test tulis
- Jenis tes : Pilihan ganda dan tunggal
- Alat tes : Soal tes 8 soal
- Waktu tes : 10 menit
- Jumlah soal : 8 soal

SATUAN ACARA PERKULIAHAN

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien fraktur
Jumlah jam tatap muka	: 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 14 Desember 2005/pertemuan ke- 2
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum
Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur
2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:
 - Konsep dasar fraktur.
 - Asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur
3. Materi
 1. Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi
 2. Asuhan keperawatan pasien dengan fraktur.
4. Metode
Ceramah
5. Media/alat
 - 1.Papan tulis
 - 2.OHP
 - 3.Transparan berisi ringkasan materi
 - 4.Makalah/hand out
6. Buku Sumber
 - C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung
 - C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta
 - J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

7. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap/waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta Didik
Pembukaan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam • Menjelaskan judul, tujuan pembelajaran dan materi pembelajaran • Melakukan apersepsi • Memberi umpan balik apersepsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Memperhatikan • Menceritakan pengalaman/pengetahuan • Memperhatikan
Pengembangan 40 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep dasar fraktur: definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi penjelasan peserta didik • Asuhan keperawatan pasien dengan fraktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Menyampaikan pertanyaan • Memperhatikan • Memperhatikan, mencatat
Penutup 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi kesempatan peserta didik untuk berdiskusi / memberi jawaban • Menjelaskan pertanyaan peserta didik • Melakukan evaluasi dengan memberi pertanyaan peserta didik • Mengklarifikasi jawaban peserta didik 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan Pertanyaan • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat

8. Evaluasi

- Bentuk tes : Test tulis
- Jenis tes : Pilihan ganda dan tunggal
- Alat tes : Soal tes 8 soal
- Waktu tes : 10 menit
- Jumlah soal : 8 soal

SATUAN ACARA PERKULIAHAN

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien demam tifoid
Jumlah jam tatap muka	: 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 17 Desember 2005/pertemuan ke- 3
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum
Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid

2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:

- Konsep dasar demam tifoid
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid.

3. Materi
1. Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi
2. Asuhan keperawatan pasien dengan demam tifoid.

4. Metode
Ceramah

5. Media/alat
1. Papan tulis
2. OHP
3. Transparan berisi ringkasan materi
4. Makalah/hand out

6. Buku Sumber

C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung

C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta

J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

7. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap/waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta Didik
Pembukaan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam • Menjelaskan judul, tujuan pembelajaran dan materi pembelajaran • Melakukan apersepsi • Memberi umpan balik apersepsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Memperhatikan • Menceritakan pengalaman/pengetahuan • Memperhatikan
Pengembangan 40 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep dasar demam tifoid: definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi penjelasan peserta didik • Asuhan keperawatan pasien dengan demam tifoid 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Menyampaikan pertanyaan • Memperhatikan • Memperhatikan, mencatat
Penutup 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi kesempatan peserta didik bertanya • Memberi kesempatan peserta didik untuk berdiskusi / memberi jawaban • Menjelaskan pertanyaan peserta didik • Melakukan evaluasi dengan memberi pertanyaan peserta didik • Mengklarifikasi jawaban peserta didik 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyampaikan Pertanyaan • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat • Aktif mengungkapkan pendapat • Memperhatikan, mencatat

8. Evaluasi

- Bentuk tes : Test tulis
- Jenis tes : Pilihan ganda dan tunggal
- Alat tes : Soal tes 8 soal
- Waktu tes : 10 menit
- Jumlah soal : 8 soal

Lampiran 5

PANDUAN DISKUSI

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar
Jumlah jam tatap muka	: 2 X 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 12 Desember 2005 /pertemuan ke- 1
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:

- Konsep dasar luka bakar
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar.

3. Bahan diskusi

1. Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi luka bakar.
2. Asuhan keperawatan pasien dengan luka bakar: pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan keperawatan dan evaluasi.

4. Metode

Diskusi

5. Media/alat

1. Papan tulis
2. Buku sumber:
C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung

C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta

J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

Marilyn E. Doengoes. Diagnosa dan tindakan keperawatan.

6. Langkah-langkah Diskusi:

1) Persiapan (10 menit)

- Fasilitator membagi peserta didik menjadi 6 kelompok
- Menjelaskan tujuan diskusi, yaitu membahas masalah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan luka bakar, mulai dari konsep dasar, pengkajian, masalah keperawatan yang mungkin muncul, rencana tindakan keperawatan dan evaluasi.
- Peserta didik menyiapkan literatur.

2) Pelaksanaan Diskusi (70 menit)

- Tiap-tiap kelompok mengerjakan dalam kelompok masing-masing dengan pembagian tugas yang telah disepakati oleh kelompok dengan alokasi waktu 40 menit.
- Pada saat diskusi didalam kelompok berlangsung, tugas fasilitator adalah merangsang seluruh peserta untuk berpartisipasi.
- Setelah diskusi didalam kelompok selesai sesuai waktu yang ditetapkan dilanjutkan dengan diskusi antar kelompok yang dipandu oleh fasilitator.
- Salah satu kelompok menyajikan hasil diskusi dan ditanggapi oleh kelompok lain.
- Fasilitator mencatat ide-ide / saran-saran yang penting dengan tetap menghargai pendapat yang diajukan peserta.

3) Tindak lanjut diskusi

- Fasilitator membacakan hasil diskusi untuk diadakan koreksi.
- Memberi kesempatan peserta didik apabila ada hal yang perlu dilakukan klarifikasi.
- Membuat kesimpulan dari materi diskusi.

PANDUAN DISKUSI

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien fraktur
Jumlah jam tatap muka	: 2 X 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 14 Desember 2005 /pertemuan ke- 2
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:

- Konsep dasar fraktur.
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur.

3. Bahan diskusi

1. Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi fraktur.
2. Asuhan keperawatan pasien dengan fraktur: pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan keperawatan dan evaluasi.

4. Metode:

Diskusi

5. Media/alat

1. Papan tulis
2. Buku sumber:

C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung

C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta

J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

Marilyn E.Doengoes. Diagnosa dan tindakan keperawatan.

7. Langkah-langkah Diskusi:

4) Persiapan (10 menit)

- Fasilitator membagi peserta didik menjadi 6 kelompok
- Menjelaskan tujuan diskusi, yaitu membahas masalah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan fraktur, mulai dari konsep dasar, pengkajian, masalah keperawatan yang mungkin muncul, rencana tindakan keperawatan dan evaluasi.
- Peserta didik menyiapkan literatur.

5) Pelaksanaan Diskusi (70 menit)

- Tiap-tiap kelompok mengerjakan dalam kelompok masing-masing dengan pembagian tugas yang telah disepakati oleh kelompok dengan alokasi waktu 40 menit.
- Pada saat diskusi didalam kelompok berlangsung, tugas fasilitator adalah merangsang seluruh peserta untuk berpartisipasi.
- Setelah diskusi didalam kelompok selesai sesuai waktu yang ditetapkan dilanjutkan dengan diskusi antar kelompok yang dipandu oleh fasilitator.
- Salah satu kelompok menyajikan hasil diskusi dan ditanggapi oleh kelompok lain.
- Fasilitator mencatat ide-ide / saran-saran yang penting dengan tetap menghargai pendapat yang diajukan peserta.

6) Tindak lanjut diskusi

- Fasilitator membacakan hasil diskusi untuk diadakan koreksi.
- Memberi kesempatan peserta didik apabila ada hal yang perlu dilakukan klarifikasi.
- Membuat kesimpulan dari materi diskusi.

PANDUAN DISKUSI

Mata ajaran	: Keperawatan Medikal Bedah I
Pokok Bahasan	: Asuhan keperawatan pada pasien demam tifoid
Jumlah jam tatap muka	: 2 X 50 menit
Waktu/pertemuan ke	: tanggal 17 Desember 2005 /pertemuan ke- 1
Fasilitator	:
Sasaran	: Mahasiswa semester III

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapat pembelajaran peserta didik memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses pembelajaran peserta didik mampu memahami dan menjelaskan:

- Konsep dasar demam tifoid
- Asuhan keperawatan pada pasien dengan demam tifoid.

3. Bahan diskusi

- 1 .Konsep dasar : definisi, terminologi, etiologi dan patofisiologi demam tifoid.
2. Asuhan keperawatan pasien dengan demam tifoid: pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan keperawatan dan evaluasi.

4. Metode

Diskusi

5. Media/alat

1. Papan tulis

2. Buku sumber:

C. Long Barbara, (1996), Perawatan Medikal Bedah, Vol 1, YIAPK, Bandung

C. Linda Juall, (1999), Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta

J. Corwin, Elizabeth (2001), Buku Saku Patofisiologi, EGC, Jakarta

Marilyn E. Doengoes. Diagnosa dan tindakan keperawatan.

8. Langkah-langkah Diskusi:

7) Persiapan (10 menit)

- Fasilitator membagi peserta didik menjadi 6 kelompok
- Menjelaskan tujuan diskusi, yaitu membahas masalah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan demam tifoid, mulai dari konsep dasar, pengkajian, masalah keperawatan yang mungkin muncul, rencana tindakan keperawatan dan evaluasi.
- Peserta didik menyiapkan literatur.

8) Pelaksanaan Diskusi (70 menit)

- Tiap-tiap kelompok mengerjakan dalam kelompok masing-masing dengan pembagian tugas yang telah disepakati oleh kelompok dengan alokasi waktu 40 menit.
- Pada saat diskusi didalam kelompok berlangsung, tugas fasilitator adalah merangsang seluruh peserta untuk berpartisipasi.
- Setelah diskusi didalam kelompok selesai sesuai waktu yang ditetapkan dilanjutkan dengan diskusi antar kelompok yang dipandu oleh fasilitator.
- Salah satu kelompok menyajikan hasil diskusi dan ditanggapi oleh kelompok lain.
- Fasilitator mencatat ide-ide / saran-saran yang penting dengan tetap menghargai pendapat yang diajukan peserta.

9) Tindak lanjut diskusi

- Fasilitator membacakan hasil diskusi untuk diadakan koreksi.
- Memberi kesempatan peserta didik apabila ada hal yang perlu dilakukan klarifikasi.
- Membuat kesimpulan dari materi diskusi.

Lampiran 6

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN LUKA BAKAR

● DEFINISI

Trauma yang disebabkan oleh panas, arus listrik, bahan kimia dan petir yang mengenai kulit, mukosa dan jaringan yang lebih dalam.

● ETIOLOGI

1. Kontak Langsung

- air panas
- uap panas
- benda panas
- bahan kimia listrik
- halilintar dan cedera

2. Kontak tidak langsung

- sinar matahari
- sinar x
- sinar ultra violet

● PATOFISIOLOGI

I. RESPON JARINGAN LOKAL

- Zona koagulasi : langsung terkena luka bakar, irreversibel, pada luka bakar grade III
- Zona statis : gangguan perfusi, dalam 16-24 jam pasca trauma sehingga aliran darah terjadi stagnasi, nekrosis bila perfusi tidak dipertahankan.
- Zona hiperemi: respon vasodilatasi, reversibel (pada luka bakar grade I).

II. RESPON SISTEMIK

- Tergantung luas dan kedalaman luka bakar
- Luas luka bakar lebih dari 25 % memberikan efek sistemik.

CARDIOVASKULER

- pelepasan substansi vasoaktif
- peningkatan permeabilitas kapiler
- plasma bocor ke jaringan sekitar
- terjadi: oedem, hipovolemia relatif, penurunan cardiac output sehingga bisa terjadi disorientasi, gelisah, takikardi oliguria dan akhirnya terjadi syok.

1. RENAL

- GFR menurun
- Oliguri
- GGA dan GGK

2. GI TRACK

- perfusi GI menurun
- terjadi : ileus, GI disfunction

3. SISTEM IMMUNE

- Pada luka bakar > 25 %
- Depresi fungsi imun
- Penurunan daya tahan tubuh
- Peningkatan resiko infeksi dan mudah terjadi sepsis

4. RESPIRATORI

- Saluran nafas bagian atas : menghirup asap panas → edema, sesak, batuk dan stridor → mengganggu jalan nafas.
- Cidera pulmonal : peningkatan permeabilitas kapiler → oedem.

5. NERVUS

- Luka bakar → trauma neuro → gangguan kesadaran.

6. METABOLIK

Luka bakar → penggunaan energi meningkat, kebutuhan nutrisi meningkat → perlu nutrisi adekuat.

● TUGAS PERAWAT : pencegahan.

1. Mengurangi gangguan dalam proses penyembuhan.

Kolaborasi:

- buang jaringan kulit non vital dan skin grafting
- hindari infeksi

2. Hindari kontraktur

- pasang perban tekan dan bidai
- elevasi daerah oedema
- kolaborasi : kortikosteroid cream

3. Mengurangi hipo / hipermetabolisme

- kurangi iritasi
- kurangi baju serat kaku
- hindari UV
- medikamentosa (Vit. C, A, D)

● PERHITUNGAN LUAS LUKA BAKAR

→ RULE OF NINE (WALLACE)

Dasar : 1 % = luas telapak tangan pasien.

No	AREA	Dewasa / %	Anak / %
1	Kepala dan leher	9	18
2	Lengan dan tangan kanan	9	9
3	Lengan dan tangan kiri	9	9
4	Badan anterior	18	18
5	Badan posterior	18	18
6	Genitalia	1	-
7	Tungkai atas kanan	9	7
8	Tungkai atas kiri	9	7
9	Kaki kanan	9	7
10	Kaki kiri	9	7

- FASE-FASE LUKA BAKAR

1. Fase akut = syok

- bersifat live threatening
- ancaman : ABC
- observasi ketat
- gangguan yang terjadi bisa berdampak sistemik.

2. Fase sub akut

- setelah fase syok berakhir
- masalah: infeksi, problem penutupan luka dan hipermetabolisme.

3. Fase lanjut

- setelah fase sub akut teratasi
- terjadi maturasi parut
- pemulihan fungsi organ
- penyulit : parut hipertropik, keloid, gangguan pigmentasi, deformitas, kontraktur.

- KLASIFIKASI LUKA BAKAR

1. Derajat I

Hanya mengenai epidermis, eritema, tidak ada luka dan ujung saraf utuh,

2. Derajat II

Rusak : epidermis dan dermis, timbul bula dan vesukula, apendises masih utuh, ujung syaraf teriritasi (nyeri).

3. Derajat III

Kerusakan kulit lebih dalam (dermis, SC, fascia, tulang), tampak pucat kehitaman, ujung syaraf rusak (tidak nyeri), apendises rusak.

- PEMBAGIAN LUKA BAKAR

1. Ringan

- grade II < 15 % pada dewasa
- grade II < 10 % pada anak dan lansia

- luka bakar < 2 % pada semua usia, tidak mengenai muka, tangan kaki dan perineum.

2. Sedang

- luas LB 15-25 % pada dewasa

- luas LB 10-20 % pada anak kurang dari 10 tahun dan dewasa < 40 tahun.

- pada anak dan dewasa, tidak mengenai muka, tangan kaki dan perineum

Pada grade III < 10 %.

3. Berat

- grade II-III > 20 %, pasien < 10 tahun dan > 50 tahun

- grade II-III > 25 %, usia selain diatas

- LB pada muka, telinga, tangan, kaki dan perineum

- LB listrik tegangan tinggi

- semua bentuk LB yang mengganggu jalan nafas.

● METODE PEMBERIAN CAIRAN

= SISTEM BAXTER

Dewasa: 4 cc / kgBB/ % luas luka bakar

- Dengan cairan RL

- 50 % untuk 8 jam I, dan 50 % untuk 16 jam II

Anak : 2 cc / kg BB / % LLB + kebutuhan faali

Kebutuhan faali:

Umur	0- 3 bulan	125cc/kgBB
	3- 6 bulan	115cc/kgBB
	6- 9 bulan	110cc/kgBB
	9-12bulan	100cc/kgBB
	1-5 tahun	100cc/kgBB
	5-10tahun	50cc/kgBB

● TINDAKAN DITEMPAT KEJADIAN

1. Mematikan api

- berguling, jangan berdiri

- matikan sumber listrik

2. Mendinginkan luka bakar
 - guyur dengan air sejuk, jangan air dingin
3. Melepas benda penghalang
 - baju yang tidak melekat
 - perhiasan
4. Menutup luka
 - tutup kassa atau kain bersih
 - hindari mitos
5. Irigasi luka bakar bila bahan iritan
6. Tindakan ABC

● MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko tinggi / aktual bersihan jalan nafas tidan efektif.
2. Resiko tinggi / aktual gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
3. Nyeri
4. Gangguan integritas kulit
5. Resiko tinggi infeksi
6. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
7. Intoleransi aktifitas
8. Cemas
9. Gangguan konsep diri (Body Image)
10. Kurang pengetahuan
11. Resiko terjadi gangguan perfusi jaringan.

● RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Dx: Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit b/d peningkatan permeabilitas kapiler.

Kriteria hasil:

- turgor kulit baik
- produksi urine 0,5-1 cc/kgBB/jam
- klien tidak merasa haus
- TTV dalam batas normal

Rencana Tindakan:

- Observasi TTV, produksi urine tiap jam
- Observasi turgor kulir
- Berikan cairan sesuai program
- Berikan minum secara bertahap bila tidak ada kontraindikasi
- Monitor hasil laboratorium
- Laporkan bila ada tanda-tanda dehidrasi berulang
- Hitung balance cairan tiap 3 jam.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN FRAKTUR

Fraktur adalah terputusnya hubungan struktur tulang (komplrit/inkomplit).

Dapat terjadi pada semua umur.

Dapat merusak jaringan sekitar: kulit, syaraf, tendon, otot, vaskuler.

Orang tua : fraktur patologis: pinggul, pergelangan, pelvis.

● KLASIFIKASI FRAKTUR

1. Menurut Penyebab

- Fraktur traumatik
- Fraktur stress/fatig
- Fraktur patologis

2. Menurut hubungan dengan jaringan sekitar/kerusakan yang terjadi

- Fraktur tertutup
- Fraktur terbuka
- Fraktur komplikata

3. Menurut bentuk fraktur

- Komplit
- Inkomplit
- Impaksi
- Komunitif dan kompresi

● TAHAP PENYEMBUHAN TULANG

Terdapat 5 stadium:

= Stadium Pertama : Hematom

- terjadi 48-72 jam setelah trauma
- Fibroblast dan osteoblas menuju daerah fraktur
- Mulai terjadi pembentukan jaringan granulasi

= Stadium 2 : Inflamasi/organisasi/granulasi

- Sel fibroblas masuk ke daerah hematom
- Secara bertahap hematom menjadi jaringan granulasi

= Stadium 3 : Pembentukan kallus

- Fibroblast dalam granulasi mengalami metaplasia menjadi osteoblast.
- Pembentukan woven bone
- Terbentuk kallus → jaringan tulang bersatu.

= Stadium 4 : Konsolidasi

- terjadi proliferasi osteoblastik

= Stadium 5 : Remodelling

- Kallus berlebihan, tulang normal
- Kanalis medularis mulai terbentuk.

● KOMPLIKASI FRAKTUR

1. Trauma syaraf
2. Trauma pembuluh darah
3. Sindroma kompartemen akut
4. Emboli lemak
5. Syock
6. Tromboemboli, infeksi, crush syndrome, nekrosis avaskuler
7. Komplikasi pada tulang: delayed union, nonunion, malunion, stifnes

● TANDA DAN GEJALA

= Fraktur tertutup

Tanda Pasti : deformitas, krepitasi, false movement, Fo Rongten

Tanda tidak pasti: odema, nyeri tekan, nyeri gerak, luka.

= Fraktur terbuka

Terdapat luka, darah keluar terus menerus, darah disertai globul lemak, darah merah tua

= Grade Fraktur Terbuka

- Derajat I: luka < 1 cm, bersih, kerusakan jaringan lunak sedikit, tidak komunitif.
- Derajat II: luka > 1 cm, bersih, sedikit kerusakan jaringan, tidak komunitif.
- Derajat III: kerusakan hebat pada kulit, jaringan lunak, neuro vaskuler, dengan kontaminasi.

● PENGKAJIAN

= Data demografi / identitas : umur, pekerjaan, seks

= Keluhan utama: nyeri, gangguan mobilisasi.

= Riwayat penyakit pasien dan keluarga :

- Riwayat penyakit genetik keluarga : DM, fraktur patologis
- Riwayat trauma sebelumnya
- Riwayat DM
- Riwayat kejadian trauma
- Keluhan lain, riwayat pemakaian obat, riwayat nutrisi

= Riwayat Psikososial:

- Tergantung dari berat fraktur dan komplikasi
- Cemas : trauma, prognosa dan tindakan
- Takut : tindakan
- Kejemuan : depresi, hospitalisasi
- Isolasi sosial : mekanisme pertahanan

= Pemeriksaan Fisik

= Pemeriksaan Penunjang

- Laboratorium : Hb, Hmt, LED, Ca dan Phosfor
- Foto Rongten

● DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d kerusakan jaringan lunak/syaraf, spasme otot, edema
2. Gangguan mobilisasi fisik b/d nyeri, trauma
3. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi
4. Intoleransi aktifitas b/d nyeri, g3 mobilisasi
5. Resiko disfungsi neurovaskuler
6. Resiko sindroma kompartemen
7. Resiko infeksi
8. Resiko gangguan integritas kulit

- RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Dx : Resiko disfungsi neurovaskuler

Intervensi:

- kaji status respirasi, perdarahan, trauma kepala
- prosedur live saving
- posisi supinasi
- jaga kehangatan
- vital sign
- inspeksi fraktur
- observasi suhu dan warna kulit
- Kaji status AVN dan motorik bagian distal
- Immobilisasi

- EVALUASI

- Perfusi adekuat dengan penyembuhan tulang dan jaringan baik
- Tidak terjadi infeksi
- Mobilisasi mandiri
- Tidak ada komplikasi immobilisasi
- Nutrisi adekuat untuk penyembuhan fraktur
- Kecemasan klien menurun

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DEMAM TIFOID

● DEFINISI

- Penyakit sistemik akut usus halus
- Terjadi gangguan sistem saluran cerna
- Oleh karena salmonela typhi, gram negatif → makanan dan minuman, bahan-bahan tercemar.

● Sumber Penularan → ada 2:

1. Pasien dengan demam tifoid
2. Carier : mensekresi $10^9 - 10^{11}$ kuman / gram tinja.

● CARIER

yaitu orang yang sudah sembuh dari demam tifoid dan masih terus mensekresi S. Typhi.

Ada 2 macam karier:

1. Karier konvalen (6 bulan setelah sembuh)
2. Karier kronis (1 tahun setelah sembuh)

Hal ini bisa dikarenakan:

- Disfungsi kandung empedu
- S. Typhi berada dalam dinding kandung empedu → membentuk jaringan ikat yang diakibatkan karena radang menahun.

● KEJADIAN

- Demam tifoid terdapat di seluruh dunia dan penyebaran tidak tergantung iklim.
- Umur: semua kelompok umur, paling banyak umur 13 – 30 tahun.
- Laki-laki = perempuan.

● PATOFISIOLOGI

Kuman *S. Typhi* masuk kedalam tubuh → usus halus → pembuluh limfe → peredaran darah → organ-organ (hati, limphe), berkembang biak → peredaran darah (bakterimia) → kelenjar limfoid, usus halus (tukak plak) → perdarahan, perforasi, peritonitis.

● GEJALA KLINIS

- Masa tunas : 10-14 hari
- Gejala bervariasi:

Minggu I : demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anorexia, mual, muntah, obstipasi, diare, perasaan tidak enak di perut, batuk, epistaksis.

Minggu II : bradikardi relatif, lidah khas, hepatomegali, splenomegali, meteorismus, dan gangguan mental.

● PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan: leukosit, SGOT, SGPT, biakan darah, widal.

● DIAGNOSIS

- Pemeriksaan BAB menyokong diagnosa
- Peningkatan titer uji widal 4X selama 2-3 minggu → demam typhoid.
- Reaksi widal dengan titer O → 1: 320, titer H → 1 : 640.

● PENATALAKSANAAN

1. Perawatan

- Bedrest sampai 7 hari bebas panas atau kurang lebih 14 hari.
- Mobilisasi : bertahap sesuai kondisi
- Pasien dengan penurunan kesadaran: rubah posisi tiap 2 jam.
- Perhatikan BAB dan BAK

2. Diet : rendah selulosa.

3. Obat sesuai resep dokter.

- KOMPLIKASI

1. Perdarahan usus.
2. Perforasi usus.
3. Ileus paralitik
4. Hepatitis tifosa
5. Kolesistitis akut dan neuropsikiatri.

- PENGKAJIAN

- Keluhan utama → tergantung gejala
- Riwayat penyakit sekarang : mulai kapan gejala muncul, tindakan yang sudah dilakukan.
- Riwayat penyakit dahulu : carier ?
- Pemeriksaan fisik : suhu, nadi, lidah, lien, hepar
- Pemeriksaan laboratorium.

- DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hypertermi b/d proses infeksi ST
2. Resiko tinggi kekurangan cairan b/d intake yang menurun
3. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake tidak adekuat
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

- RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Dx : Hypertermi b/d proses infeksi

Tindakan:

1. Observasi suhu, nadi, tekanan darah, RR tiap 2-3 jam
2. Catat intake dan out put cairan dalam 24 jam
3. Kaji pengetahuan keluarga tentang hypertermi
4. Jelaskan upaya-upaya untuk mengatasi hipertermi dan bantu klien atau keluarga dalam upaya tersebut : tirah baring dan mengurangi aktifitas, banyak minum, beri kompres dingin, pakaian tipis dan menyerap keringat, ganti pakaian dan sprengi bila basah, lingkungan tenang, sirkulasi cukup.

5. Anjurkan klien dan keluarga untuk melaporkan bila tubuh terasa panas dan ada keluhan.
6. Kolaborasi : antipiretik, cairan dan pemeriksaan laboratorium.

● DIET

- Dulu bubur saring → bubur kasar → nasi. Bubur saring diberikan untuk menghindari komplikasi perdarahan usus.
- Bubur saring → banyak pasien tidak menyukai, sehingga gizi menurun.
- Beberapa peneliti menunjukkan bahwa pemberian makanan padat dini yaitu nasi dan lauk pauk rendah selulosa.

Lampiran 7

REKAPITULASI HASIL
PEMAHAMAN MATERI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I
YANG MENDAPAT METODE CERAMAH

No	Nilai Luka Bakar		Nilai Fraktur		Nilai Demam Tifoid	
	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
1	37.5	87.5	37.5	62.5	37.5	100
2	25	100	25	62.5	62.5	100
3	25	87.5	37.5	87.5	37.5	87.5
4	37.5	62.5	37.5	75	37.5	87.5
5	37.5	100	25	100	25	75
6	25	100	37.5	75	25	100
7	25	75	37.5	87.5	25	75
8	25	62.5	25	87.5	25	75
9	37.5	75	50	100	25	100
10	50	75	25	100	12.5	75
11	12.5	75	12.5	87.5	25	75
12	25	75	25	87.5	25	62.5
13	37.5	100	25	62.5	25	75
14	12.5	62.5	37.5	100	37.5	75
15	37.5	100	12.5	50	62.5	62.5
16	37.5	75	37.5	62.5	37.5	62.5
17	50	100	25	100	37.5	100
18	37.5	87.5	37.5	62.5	25	75
19	25	87.5	25	100	37.5	87.5
20	37.5	87.5	25	75	25	100
21	25	75	25	87.5	37.5	50
22	25	100	37.5	87.5	50	87.5
23	37.5	87.5	37.5	100	50	75
24	37.5	100	37.5	75	37.5	100
25	25	87.5	50	87.5	37.5	87.5
26	25	75	37.5	75	12.5	75
27	37.5	62.5	25	75	50	62.5
28	62.5	75	25	62.5	25	62.5
29	50	75	12.5	87.5	25	87.5

REKAPITULASI HASIL
PEMAHAMAN MATERI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I
YANG MENDAPAT METODE DISKUSI

No	Nilai Luka Bakar		Nilai Fraktur		Nilai Demam Tifoid	
	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
1	37.5	62.5	25	87.5	37.5	87.5
2	37.5	75	25	75	37.5	100
3	25	75	37.5	87.5	37.5	87.5
4	50	87.5	50	75	12.5	87.5
5	37.5	62.5	25	100	50	87.5
6	37.5	50	37.5	87.5	12.5	75
7	50	50	37.5	75	37.5	75
8	25	50	37.5	75	37.5	100
9	25	62.5	50	87.5	62.5	87.5
10	37.5	62.5	50	100	25	87.5
11	25	50	37.5	87.5	37.5	75
12	25	75	25	75	50	87.5
13	25	62.5	25	100	50	87.5
14	37.5	50	25	87.5	62.5	87.5
15	25	37.5	12.5	62.5	37.5	75
16	25	75	62.5	100	37.5	87.5
17	12.5	50	25	62.5	12.5	87.5
18	37.5	87.5	37.5	87.5	37.5	87.5
19	37.5	50	37.5	100	25	87.5
20	37.5	37.5	50	75	37.5	87.5
21	37.5	62.5	62.5	75	25	100
22	37.5	75	37.5	87.5	62.5	100
23	37.5	62.5	50	100	12.5	62.5
24	12.5	50	37.5	62.5	25	87.5
25	12.5	62.5	50	87.5	25	87.5
26	37.5	75	50	87.5	12.5	62.5
27	50	75	37.5	87.5	25	75
28	62.5	87.5	62.5	100	50	75
29	25	50	12.5	50	50	87.5

Lampiran 8

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRELBC	29	33.190	11.2181	12.5	62.5
PRELBD	29	33.190	11.7050	12.5	62.5
PREFC	29	30.603	9.7892	12.5	50.0
PREFD	29	38.362	13.7464	12.5	62.5
PREDTC	29	33.621	12.5461	12.5	62.5
PREDTD	29	35.345	15.3344	12.5	62.5
POSTLBC	29	83.190	13.0572	62.5	100.0
POSTLBD	29	62.500	14.1737	37.5	87.5
POSTFC	29	81.466	14.7980	50.0	100.0
POSFD	29	83.621	13.4062	50.0	100.0
POSDTC	29	80.603	14.4026	50.0	100.0
POSTDTD	29	84.914	9.6705	62.5	100.0

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTLBC - PRELBC	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	29 ^b	15.00	435.00
	Ties	0 ^c		
	Total	29		
POSTLBD - PRELBD	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	27 ^e	14.00	378.00
	Ties	2 ^f		
	Total	29		
POSTFC - PREFC	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	29 ^h	15.00	435.00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	29		
POSFD - PREFD	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Positive Ranks	29 ^k	15.00	435.00
	Ties	0 ^l		
	Total	29		
POSDTC - PREDTC	Negative Ranks	0 ^m	.00	.00
	Positive Ranks	28 ⁿ	14.50	406.00
	Ties	1 ^o		
	Total	29		
POSTDTD - PREDTD	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	29 ^q	15.00	435.00
	Ties	0 ^r		
	Total	29		

- a. POSTLBC < PRELBC
b. POSTLBC > PRELBC
c. POSTLBC = PRELBC
d. POSTLBD < PRELBD
e. POSTLBD > PRELBD
f. POSTLBD = PRELBD
g. POSTFC < PREFC
h. POSTFC > PREFC
i. POSTFC = PREFC
j. POSFD < PREFD
k. POSFD > PREFD
l. POSFD = PREFD
m. POSDTC < PREDTC
n. POSDTC > PREDTC
o. POSDTC = PREDTC
p. POSTDTD < PREDTD
q. POSTDTD > PREDTD
r. POSTDTD = PREDTD

Test Statistics^b

	POSTLBC - PRELBC	POSTLBD - PRELBD	POSTFC - PREFC	POSFD - PREFD
Z	-4.740 ^a	-4.587 ^a	-4.733 ^a	-4.752 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000

Test Statistics^b

	POSDTC - PREDTC	POSTDTD - PREDTD
Z	-4.657 ^a	-4.735 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
NILLB	58	72.845	17.0683	37.5	100.0
METODE	58	1.50	.504	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	METODE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
NILLB	ceramah	29	39.47	1144.50
	diskusi	29	19.53	566.50
	Total	58		

Test Statistics^a

	NILLB
Mann-Whitney U	131.500
Wilcoxon W	566.500
Z	-4.600
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: METODE

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
NILF	58	82.543	14.0370	50.0	100.0
METODE	58	1.50	.504	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	METODE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
NILF	ceramah	29	28.36	822.50
	diskusi	29	30.64	888.50
	Total	58		

Test Statistics^a

	NILF
Mann-Whitney U	387.500
Wilcoxon W	822.500
Z	-.532
Asymp. Sig. (2-tailed)	.595

a. Grouping Variable: METODE

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
NILDT	58	82.759	12.3517	50.0	100.0
METODE	58	1.50	.504	1	2

Mann-Whitney Test**Ranks**

	METODE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
NILDT	ceramah	29	26.83	778.00
	diskusi	29	32.17	933.00
	Total	58		

Test Statistics^a

	NILDT
Mann-Whitney U	343.000
Wilcoxon W	778.000
Z	-1.265
Asymp. Sig. (2-tailed)	.206

a. Grouping Variable: METODE

Frequencies

Statistics

		PRELBC	POSTLBC	PRELBD	POSTLBD	PREFC
N	Valid	29	29	29	29	29
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		33.190	83.190	33.190	62.500	30.603
Median		37.500	87.500	37.500	62.500	25.000
Mode		37.5	75.0	37.5	50.0	25.0 ^a

Statistics

		POSTFC	PREFD	POSFD	PREDTC	POSOTC
N	Valid	29	29	29	29	29
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		81.466	38.362	83.621	33.621	80.603
Median		87.500	37.500	87.500	37.500	75.000
Mode		87.5	37.5	87.5	25.0	75.0

Statistics

		PREDTD	POSTDTD
N	Valid	29	29
	Missing	0	0
Mean		35.345	84.914
Median		37.500	87.500
Mode		37.5	87.5

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

PRELBC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	2	6.9	6.9	6.9
	25.0	11	37.9	37.9	44.8
	37.5	12	41.4	41.4	86.2
	50.0	3	10.3	10.3	96.6
	62.5	1	3.4	3.4	100.0
Total		29	100.0	100.0	

POSTLBC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	62.5	4	13.8	13.8	13.8
	75.0	10	34.5	34.5	48.3
	87.5	7	24.1	24.1	72.4
	100.0	8	27.6	27.6	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

PRELBD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	3	10.3	10.3	10.3
	25.0	9	31.0	31.0	41.4
	37.5	13	44.8	44.8	86.2
	50.0	3	10.3	10.3	96.6
	62.5	1	3.4	3.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

POSTLBD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.5	2	6.9	6.9	6.9
	50.0	9	31.0	31.0	37.9
	62.5	8	27.6	27.6	65.5
	75.0	7	24.1	24.1	89.7
	87.5	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

PREFC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	3	10.3	10.3	10.3
	25.0	12	41.4	41.4	51.7
	37.5	12	41.4	41.4	93.1
	50.0	2	6.9	6.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

POSTFC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50.0	1	3.4	3.4	3.4
	62.5	6	20.7	20.7	24.1
	75.0	6	20.7	20.7	44.8
	87.5	9	31.0	31.0	75.9
	100.0	7	24.1	24.1	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

PREFD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	2	6.9	6.9	6.9
	25.0	7	24.1	24.1	31.0
	37.5	10	34.5	34.5	65.5
	50.0	7	24.1	24.1	89.7
	62.5	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

POSFD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50.0	1	3.4	3.4	3.4
	62.5	3	10.3	10.3	13.8
	75.0	7	24.1	24.1	37.9
	87.5	11	37.9	37.9	75.9
	100.0	7	24.1	24.1	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

PREDTC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	2	6.9	6.9	6.9
	25.0	12	41.4	41.4	48.3
	37.5	10	34.5	34.5	82.8
	50.0	3	10.3	10.3	93.1
	62.5	2	6.9	6.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

POSDTC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50.0	1	3.4	3.4	3.4
	62.5	5	17.2	17.2	20.7
	75.0	10	34.5	34.5	55.2
	87.5	6	20.7	20.7	75.9
	100.0	7	24.1	24.1	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

PREDTD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.5	5	17.2	17.2	17.2
	25.0	6	20.7	20.7	37.9
	37.5	10	34.5	34.5	72.4
	50.0	5	17.2	17.2	89.7
	62.5	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

POSTDTD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	62.5	2	6.9	6.9	6.9
	75.0	6	20.7	20.7	27.6
	87.5	17	58.6	58.6	86.2
	100.0	4	13.8	13.8	100.0
	Total	29	100.0	100.0	