

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PELAKSANAAN TINDAKAN MOBILISASI DINI PADA
PASIEN POST OPERASI *SECTIO CAESAR* DENGAN
ANESTESI SAB (*SUB ARACHNOID BLOCK*) DI RUANG
KEBIDANAN MERPATI RSU Dr. SOEDONO MADIUN**

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*

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



Oleh:

EDY PURWANTO

NIM : 010830377 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

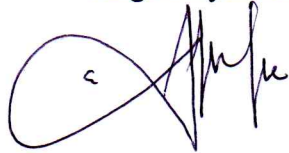
2010

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 3 Maret 2010

Yang Menyatakan

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Edy Purwanto', with a large loop on the left side.

EDY PURWANTO

NIM 010830377 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal, 17 Pebruari 2010

Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. I. Ketut Sudiana, Drs. MSi.
NIP. 195507051980031005

Pembimbing



Ira Suarilah, S.Kp
NIK. 139040673

Mengetahui
a.n Dekan
Penjabat Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

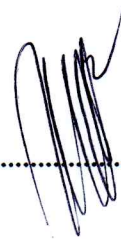
Telah diuji

Pada tanggal, 09 Maret 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Kusnanto, S.Kp.,M.Kes

(.....)



Anggota : 1. Dr. I. Ketut Suidiana, Drs., M.Si

(.....)



2. Ira Suarilah, S.Kp

(.....)



**Mengetahui
a.n Dekan
Penjabat Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



**Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP : 197806062001122001**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya saya dapat menyelesaikan proposal dengan judul **“HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN, SIKAP DAN PELAKSANAAN TINDAKAN MOBILISASI DINI PADA KLIEN POST OPERASI *SECTIO CAESAR* DENGAN ANESTESI SAB (*SUB ARACHNOID BLOCK*) DI RUANG KEBIDANAN MERPATI RSU Dr. SOEDONO MADIUN ”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini, yaitu:

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Yuni Sufyanti A. S.Kp.,M.Kes, selaku Wakil Dekan I yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Dr. I Ketut Sudiana, Drs, MSi selaku pembimbing ketua yang telah menyediakan waktu untuk membimbing dengan sabar dan memberikan dorongan, arahan, dan berbagai kemudahan sejak awal hingga proposal ini selesai.

4. Ibu Ira Suarilah, S.Kp, selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu untuk membimbing dengan sabar, memberikan masukan, support dan mengoreksi proposal saya sejak awal hingga selesai.
5. Dr. Dodo Anondo, MPH, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan.
6. Pujining A.Md.Keb, selaku Kepala Ruangan Kebidanan Paviliun Merpati RSUD. Dr. Soedono Madiun yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk melakukan penelitian di Ruang Kebidanan Merpati RSSM.
7. Bp Kuswanto, S.Kep.Ns, atas support, bimbingan dan bantuannya..matursuwun pak Kus, semoga Allah membalas semua kebaikan panjenengan.
8. Istriku tercinta yang selalu ada dan selalu hadir menemani, memberikan dukungan, saran, dan semua kejujuran yang engkau berikan . Semoga Allah selalu membimbing kita menjadi keluarga yang unggul.
9. Azka Izzati Samara.....My Little Angle...semua ayah lakukan untuk kehidupan yang lebih baik, semoga kelak kau melebihi ayah dan mama, selalu istiqomah dijalanNya.
10. Bapak dan mamak, kasih sayangmu begitu tulus...terima kasih tiada tara yang telah menjadikanku seperti ini. Allah akan membalasnya..
11. My little sister "srintil"..makasih atas bantuan ngetiknya..pemikirannya, jujurilah pada dirimu sendiri and your brother...jangan menyerah dengan perjalanan panjang ini, akan indah pada saatnya.

12. The Big Family..OK Merpati, Big Boss DSB, bos sam, mama nur, teteh, mas eko, mas indung, mas heri, m.ely, m.umik, pak pari, mas ahmad, m.prih, mr jeck dan semuanya terutama My Solid tim..Mas kirmanto dan koh ping(mas arif)..maaf ya sering tak tinggal, semoga kita selalu menjadi keluarga. Terima kasih atas kesempatan pertama menempuh S1.

13. Sahabatku seperjuangan di PSIK UNAIR BXI Madiun yang selalu berbagi dalam susah dan senang terutama team ngakak.., semoga kita tetap satu, dan menjadi pribadi yang unggul dan amanah.

14. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan proposal ini.

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

Saya menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari sempurna tetapi saya berharap proposal ini bermanfaat bagi seluruh pembaca dan bagi profesi dan almamater tercinta..Keperawatan.

Surabaya, 3 Maret 2010

Edy Purwanto

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

*"Jangan Pernah Melakukan Satu Kebohongan Kecil, Karena Akan Timbul
Kebohongan Kebohongan Besar Untuk Menutupi Kebohongan Pertama"*

"Jangan Pernah menyerah....."

"Jika Ingin Mendapatkan Kebahagiaan Dunia Raihlah Dengan Ilmu"

"Jika Ingin Mendapatkan Kebahagiaan Akhirat Raihlah Dengan Ilmu"

"Dan Jika Ingin Keduanya..... Raihlah Dengan Ilmu Juga"

*"No Bodys Perfect" Jangan Pernah Memandang Siapapun Dari
Satu Sudut Pandang"*

Kupersembahkan karya kecil ini untuk :

My Little Angel...Azka Izzati Samara..

My Angel....Lailatul Iza..

&

Ayah ibuku ... adik - adikku

Almamaterku tercinta

ABSTRACT

**CORRELATION BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDE AND ACTIONS
MOBILIZE EARLY PATIENT OF POST OPERATE FOR SECTIO
CAESAR WITH ANAESTHESIA OF SAB
(SUB OF ARACHNOID BLOCK)**

A Cross Sectional Study in Merpati Obstetrics Room Dr. Soedono Hospital

By : Edy Puwanto

Sectio Caesar is a surgery to give birth to a fetus by opening the abdominal wall and uterus. After surgery, early mobilization is an important factor in accelerating post-surgical recovery and can prevent post-surgical complications. Mobilize represent ability of someone to make a move freely is, easy, regular, having a purpose to fulfill requirement of healthy life, and important for independence. This study used cross sectional design. The population is all patient with sectio Caesar operate in merpati obstetrics room dr Soedono Hospital. The sample was 20 respondents, selected by using consecutive sampling. The independent variable are knowledge and attitude , and the dependent variable is behavior of action mobilization early. *Spearman* correlation test results obtained ρ value $\rho = 0.000$ with a correlation coefficient of 0.865, which means there is a strong relationship between knowledge and attitudes of patients. Furthermore, the correlation test results obtained value $\rho = 0.000$ with a correlation coefficient of 0.723, which means there is a strong relationship between knowledge and action early mobilize patients. And the results of correlation test results obtained $\rho = 0.003$ with a 0.632 correlation koefisian which means there is a strong relationship between attitudes and actions Early mobilization of patients post surgery with anesthesia Sectio Caesar SAB (*Aracnoid Sub Block*).). By this all initial hypothesis (Hi) is received. Health workers (midwives) who served in the obstetrics should always provide health education, especially regarding early mobilization in patients who would perform surgery patients *Sectio Caesar* and *Caesar's* post *Sectio* operation and observed directly and regularly about the actions of early mobilization of patients that can accelerate the healing process of patients .

Keywords: *knowledge, attitudes, actions early mobilization, Sectio Caesar, anesthesia SAB (Sub-arachnoid Block)*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Motto dan Persembahan.....	viii
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Perilaku	7
2.1.1 Pengertian Perilaku.....	7
2.1.2 Pembagian Perilaku.....	7
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku.....	8
2.1.4 Determinan Perilaku.....	11
2.1.5 Proses Adopsi Perilaku.....	12
2.1.6 Domain Perilaku.....	12
2.1.7 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku/ Tindakan....	24
2.2 Konsep Mobilisasi	25
2.2.1 Pengertian mobilisasi.	25
2.2.2 Tujuan Mobilisasi.....	26
2.2.3 Macam Mobilisasi.....	29
2.2.4 Kontra Indikasi Mobilisasi.....	30
2.2.4 Cara Melakukan Mobilisasi.....	30
2.3 <i>Sectio Caesar</i>	32
2.3.1 Pengertian <i>Sectio Caesar</i>	32
2.3.2 Jenis <i>Sectio Caesar</i>	33
2.3.3 Indikasi.....	33

2.4 Anestesi Spinal (<i>Spinal Anestesi Block/ SAB</i>).....	35
2.4.1 Pengertian	35
2.4.2 Anatomi Tulang Belakang.....	36
2.4.3 Jenis Obat Anestesi	37
2.4.4 Indikasi Anestesi SAB	39
2.4.5 Teknik SAB	39
2.4.6 keuntungan dan Kerugian SAB.....	41
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	43
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	43
3.2 Hipotesis Penelitian.....	45
BAB 4 METODE PENELITIAN	46
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Kerangka Kerja	46
4.3 Desain Sampling.....	48
4.3.1 Populasi	48
4.3.2 Sampel	48
4.3.3 Sampling	49
4.4 Identifikasi Variabel	49
4.4.1 Variabel independen.....	49
4.4.2 Variabel dependen.....	49
4.5 Definisi Operasional	50
4.6 Pengumpulan Data.....	51
4.6.1 Instrumen Penelitian.....	51
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	52
4.6.3 Prosedur pengumpulan data.....	52
4.6.4 Analisa data.....	53
4.7 Etik Penelitian.....	55
4.7.1 Persetujuan (<i>Informed consent</i>).....	55
4.7.2 Tanpa nama (<i>Anonimity</i>).....	56
4.7.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	56
4.8 Keterbatasan.....	56
4.8.1 Sampel dan Jumlah Sampel	56
4.8.2 Instrumen	56
4.8.3 Waktu	57
4.8.4 Pengambilan Data.....	57
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	58
5.1 Hasil Penelitian	58
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	58
5.1.2 Data Umum.....	59
5.1.3 Data Khusus	61
5.2 Pembahasan	66
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	73
6.1 Kesimpulan	73
6.2 Saran	74

Daftar Pustaka.....	76
Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	78
Lampiran 2 Lembar kesediaan Menjadi Responden.....	79
Lampiran 3 Lembar Kuesioner.....	80
Lampiran 4 Lembar Observasi.....	83
Surat Ijin Penelitian.....	85
Raw Data.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Tulang Punggung..... 36

Gambar 2.2 Anatomi Lapisan Punggung Lumbal..... 36

Gambar 2.3 Macam- macam Posisi Anestesi SAB..... 41

Gambar 2.4 Teknik Anestesi dengan SAB..... 41

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual..... 42

Gambar 4.1 Kerangka Kerja..... 46

Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan 59

Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia..... 60

Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan 60

Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak 61

Gambar 5.5 Pengetahuan Responden 62

Gambar 5.6 Sikap Responden..... 62

Gambar 5.7 Tindakan Mobilisasi Dini Responden 63

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Cara Melakukan Mobilisasi	30
Tabel 4.5 Definisi Operasional	50
Tabel 5.1 Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Responden	63
Tabel 5.2 Hubungan Antara Pengetahuan dan Tindakan Mobilisasi Dini ...	64
Tabel 5.3 Hubungan Antara Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	76
Kesediaan Menjadi Responden	77
Lembar Kuesioner	78
Lembar Observasi	81
Surat Ijin Penelitian.....	82
Raw Data.....	83

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan (Brunner & Suddarth, 2002). Tindakan pembedahan merupakan pengalaman menegangkan bagi sebagian pasien, hal ini dikarenakan kurang pengetahuan mengenai tindakan perawatan maupun tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien. *Sectio Caesar* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2005). Setelah dilakukan pembedahan mobilisasi dini merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah dan dapat mencegah komplikasi pasca bedah. Menurut Kasdu (2003), mobilisasi dini harus dilakukan secara bertahap, mulai dari 0-6 jam pertama dilakukan dengan menggerakkan tangan, lengan, menggerakkan ujung jari kaki, mengangkat tumit, dan tahap-tahap selanjutnya. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Kozier, 1995). Banyak keuntungan yang diraih dari latihan ditempat tidur dan berjalan pada periode dini pasca bedah. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan/penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernapasan, juga adanya gangguan peristaltik maupun berkemih (Carpenito, 2000). Sering kali dengan keluhan nyeri di daerah operasi klien tidak mau melakukan mobilisasi ataupun

dengan alasan takut jahitan lepas pasien tidak berani merubah posisi. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada minggu pertama dan minggu kedua bulan Desember 2009 dari 10 pasien *section Caesar* hanya 4 pasien (40%) yang melaksanakan mobilisasi dini sedangkan 6 pasien (60%) tidak melakukannya. Hal ini diduga karena masih kurangnya pengetahuan dan sikap yang baik tentang mobilisasi dini post operasi *sectio caesar*. Tingkat pendidikan pada 10 pasien tersebut yaitu 6 pasien perguruan tinggi dan 4 pasien SMA, dengan tingkat pengetahuan 5 orang cukup, 1 kurang dan 4 pasien baik. Namun sampai saat ini hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio caesar* belum bisa dijelaskan

Pada tahun 2007 di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun dari 469 kelahiran, 300 kelahiran atau sekitar 64% dilakukan dengan *sectio Caesar*, tahun 2008 dari 433 kelahiran, 271 kelahiran atau sekitar 63% dilakukan dengan *sectio Caesar*, dan pada tahun 2009 dari 459 kelahiran, 283 kelahiran atau sekitar 61% dilakukan dengan *sectio Caesar*. Dari data tersebut diketahui bahwa tindakan *sectio Caesar* di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun sangat tinggi sehingga memerlukan penanganan yang optimal diantaranya masalah mobilisasi dini post operasi. Pada bulan Desember 2009 terdapat 33 kelahiran 20 diantaranya dilakukan dengan *sectio caesar* dengan indikasi letak sungsang 2 pasien, letak lintang 1 pasien, gemeli 2 pasien, *Cepallo Pelvic Disproporsi* (CPD) 8 pasien dan bekas *sectio Caesar* 7 pasien. Dari 20 tindakan operasi *sectio caesar* tersebut, semuanya menggunakan anesthesia SAB (*Sub Arachnoid Block*). Anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) merupakan tindakan

anestesi regional yang paling sering digunakan pada pasien *sectio caesar* karena tingkat keamanannya lebih tinggi mulai kerja yang singkat, blokade sensorik yang memadai, obat yang digunakan lebih sedikit sehingga resiko *maternal toxicity*-nya dapat dihindari, serta resiko aspirasi yang lebih sedikit dibanding *general anesthesia* (Bisri, 2006). Tingkat pendidikan dari keseluruhan pasien yang dilakukan *sectio caesar* pada bulan Desember 2009 sebanyak 7 pasien Perguruan Tinggi, 9 pasien SMU dan 4 pasien SMP.

Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan/penegangan otot-otot di seluruh tubuh dan sirkulasi darah dan pernapasan terganggu, juga adanya gangguan peristaltik maupun berkemih (Capernito, 2000). Mobilisasi secara dini apabila tidak diantisipasi akan menimbulkan penyulit atau komplikasi antara lain : atelektasis, pneumoni, sulit buang air besar (BAB), sulit buang air kecil (BAK), distensi lambung (Oswari, 2005). Dampak akhir dari keadaan tersebut akan mengalami perpanjangan hari perawatan. Kurangnya pengetahuan dan sikap yang baik tentang mobilisasi dini menyebabkan pasien tidak melakukan mobilisasi dini. Untuk menerima suatu perilaku baru harus didasari dengan pengetahuan, sikap yang positif sehingga perilaku tersebut akan langgeng (Notoatmodjo, 2003). Mobilisasi dini akan membuat otot-otot perut dan panggul lebih cepat kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit sehingga ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, faal usus dan kandung kencing lebih baik. Selain itu, juga akan merangsang peristaltic usus kembali normal.

Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula (Mochtar, 1995)

Usaha yang dilakukan petugas kesehatan di ruang Kebidanan Merpati RSUD. Dr. Soedono Madiun dalam mengatasi masalah mobilisasi dini pada pasien operasi *Sectio Caesar* yaitu dengan memberikan motivasi untuk melakukan mobilisasi dini pada waktu pasien telah selesai dioperasi dan masuk *recovery room*. Pengetahuan dan sikap pasien yang berbeda membuat perilaku/ tindakan ibu juga berbeda pada saat melakukan mobilisasi dini pasca operasi, namun belum pernah dikaji hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien *Sectio Caesar*, sehingga perlu dikaji seberapa besar hubungan antara ketiga faktor tersebut. Fenomena ini memberikan gambaran kepada penulis apakah pengetahuan dan sikap pasien ada hubungan dengan tindakan mobilisasi dini pada pasien *Sectio Caesar*, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang Kebidanan Merpati RSUD. Dr. Soedono Madiun.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat di rumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah pengetahuan pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini?
2. Bagaimanakah sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini?

3. Bagaimanakah tindakan pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) dalam mobilisasi dini?
4. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini?
5. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini?
6. Apakah ada hubungan antara sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) dengan tindakan mobilisasi dini?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)
2. Mengidentifikasi sikap pasien tentang mobilisasi dini post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)
3. Mengidentifikasi tindakan pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) dalam mobilisasi dini

4. Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dengan sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini.
5. Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) tentang mobilisasi dini
6. mengidentifikasi hubungan antara sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) dengan tindakan mobilisasi dini.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Memberikan informasi ilmiah tentang perilaku pasien dalam melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)

1.4.2 Praktis

1. Bagi Instansi

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya untuk pasien *Sectio Caesar* dengan anestesi spinal dalam memberikan intervensi setelah operasi

2. Bagi Profesi (perawat/ bidan).

Sebagai masukan bagi perawat/ bidan di ruang kebidanan Merpati untuk meningkatkan pelayanan melalui optimalisasi pemberian *health education*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus – Organisme – Respon* (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2 Pembagian Perilaku

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

1. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada

orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, misalnya ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2003), misalnya seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi.

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistim pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

2.1.3 faktor yang mempengaruhi Perilaku

Green (1980) yang dikutip Notoatmojo (2003) mengatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, yang mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, system nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan dan tingkat social ekonomi.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Faktor ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan dan undang-undang/ peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah ddaerah yang terkait dengan kesehatan.

Notoatmojo (2003) mengatakan aabahwa dalam teori WHO menyebutkan penyebab seseorang berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok, yaitu:

1. Pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.

2. Kepercayaan, diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
3. Sikap, menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh:
 - 1) Sikap akan terwujud dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu
 - 2) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain.
 - 3) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan yang berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
 - 4) Nilai, yang berlaku dimasyarakat yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.
4. Orang penting sebagai referensi, perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting.

Sunaryo (2004) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain:

1. Faktor genetik/ endogen; yang merupakan modal dasar untuk kelanjutan perkembangan perilaku makhluk hidup. Yang termasuk faktor genetik/ endogen yaitu:
 - 1) Jenis ras, setiap ras di dunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan yang lainnya

- 2) Jenis kelamin, dimana pria berperilaku atas dasar pertimbangan rasional dan akal, sedangkan wanita atas dasar pertimbangan emosional dan perasaan.
 - 3) Sifat fisik, yaitu bentuk fisik seseorang akan berbeda dengan orang lain dengan fisik berbeda.
 - 4) Sifat kepribadian, perilaku seseorang merupakan manifestasi dari kepribadian yang dimilikinya sebagai perpaduan antara faktor genetic dan lingkungan.
 - 5) Intelegensia, tingkat intelegensia setiap orang yang berbeda akan mengakibatkan perilaku setiap orang juga berbeda.
2. Faktor eksogen yaitu faktor yang berasal dari luar diri manusia yang terdiri dari:
- 1) Faktor lingkungan
 - 2) Pendidikan
 - 3) Agama
 - 4) Sosial ekonomi

2.1.4 Determinan perilaku

Meskipun perilaku adalah respon terhadap stimulus dari luar, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada faktor- faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulus sama untuk beberapa orang, namun respon tiap- tiap orang berbeda. Faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Faktor internal, yaitu karakteristik yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
- 2) Faktor eksternal, yaitu lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya (Notoatmojo, 2003).

2.1.5 Proses adopsi perilaku

Penelitian Rogers (1974) dikutip dalam Notoatmojo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. Kesadaran (*awareness*) yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahuistimulus (objek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*Interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Menimbang- nimbang (*Evaluation*) baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
4. Mencoba (*trial*), yaitu orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. Meniru (*adaption*), yaitu subjek berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.1.6 Domain Perilaku

Menurut Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan seperti dikutip Notoatmodjo (2003) membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang

terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah affektif (*affectife domain*), ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

1. Pengetahuan (*knowlegde*)

1) Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang

- a. Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- c. Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

2) Tingkatan pengetahuan

Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar

c. Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

e. Sintesa (*synthesis*)

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

3) Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut Notoatmodjo (2003), indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi:

a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:

a) Penyebab penyakit.

- b) Gejala atau tanda penyakit.
 - c) Cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan.
 - d) Cara penularan.
 - e) Cara pencegahan.
- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:
- a) Jenis- jenis makanan yang bergizi.
 - b) Manfaat makanan bergizi bagi kesehatan.
 - c) Pentingnya olahraga bagi kesehatan.
 - d) Penyakit atau bahaya merokok, minuman keras dan sebagainya.
 - e) Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi dan sebagainya.
- c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, meliputi:
- a) Manfaat air bersih.
 - b) Cara pembuangan limbah yang bai.
 - c) Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat.
 - d) Akibat polusi, dan sebagainya.

4) Sumber pengetahuan manusia

Sumber pengetahuan adalah pengalaman dan pengamatan pancaindra yang member data dan fakta bagi pengetahuan (Keraf, 2001). Sumber pengetahuan manusia antara lain:

- a) Tradisi
- b) Pengalaman seseorang
- c) Pendidikan
- d) Pekerjaan

e) umur

2. Sikap (*attitude*)

1) Pengertian sikap

Menurut Berkowitz (1972) yang dikutip Syaifudin (2003) sikap adalah bentuk evaluasi atau perasaan seseorang terhadap suatu objek yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Secara lebih spesifik sikap diformulasikan sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis.

2) Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang, yaitu kognitif, afektif dan konatif (Syaifuddin, 2003).

Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu terbentuk, maka itu akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari objek tertentu sehingga kepercayaan ini terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi (Saifuddin, 2003).

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subjektif terhadap suatu objek sikap. Secara umum komponen ini disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini dipengaruhi oleh

kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi objek tersebut (Azwar, 2003).

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2003)

3) Proses pembentukan sikap

Menurut Sarwono (2000) dalam Sunaryo (2004) menyebutkan bahwa ada beberapa cara untuk membentuk atau mengubah sikap individu, yaitu:

- a. Adopsi, yaitu cara pembentukan dan perubahan sikap melalui kejadian yang terjadi berulang dan terus menerus sehingga lama- kelamaan secara bertahap hal tersebut akan diserap oleh individu dan akan mempengaruhi pembentukan serta perubahan terhadap individu.
- b. Diferensia, yaitu suatu cara pembentukan dan perubahan sikap karena sudah dimilikinya pengetahuan, pengalaman, intelegensia dan bertambahnya umur.
- c. Integrasi, yaitu suatu cara pembentukan dan perubahan sikap yang terjadi secara tahap demi tahap diawali dari macam- macam pengetahuan dan pengalaman yang berhubungan dengan objek sikap tertentu sehingga pada akhirnya akan terbentuk sikap terhadap objek tertentu.

- d. Trauma, yaitu pembentukan dan perubahan sikap melalui suatu kejadian secara tiba-tiba dan mengejutkan sehingga meninggalkan kesan mendalam dalam diri individu tersebut.
- e. Generalisasi, yaitu suatu cara pembentukan dan perubahan sikap karena pengalaman traumatik pada diri individu terhadap hal tertentu yang dapat menimbulkan sikap negative terhadap semua hal yang sejenisnya atau sebaliknya

4) Pengukuran sikap

Saifuddin (2003) menyebutkan bahwa salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah pengungkapan atau pengukuran sikap. Ada beberapa metode pengukuran sikap, antara lain dengan observasi perilaku, pernyataan langsung, pengungkapan langsung dan skala sikap. Dari beberapa metode tersebut, pengungkapan sikap dalam bentuk *self report* merupakan metode yang dianggap paling baik. Hal ini dilakukan dengan menggunakan daftar pernyataan-pernyataan yang harus dijawab oleh individu dan disebut sebagai skala sikap.

Menurut Notoatmodjo (2003), tingkatan sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu sebagai berikut:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmojo, 2003.).

3. Tindakan/ praktik (*practice*)

1) Pengertian tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian- penilaian terhadap apa saja yang diketahui, proses selanjutnya adalah ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Hal ini disebut praktik atau tindakan (Notoatmodjo, 2003)

2) Tingkatan tindakan/ praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi keeneran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2003.).

3) Pengukuran tindakan/ praktik

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003).

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

- 1) Kesadaran (*awareness*), yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*)
- 2) Tertarik (*interest*), yaitu orang mulai tertarik pada stimulus
- 3) Evaluasi (*evaluation*), yaitu menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Mencoba (*trial*), yaitu orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) Menerima (*Adoption*), yaitu subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

1. Teori Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2. Teori Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- 3) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- 4) Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

3. Teori WHO (1984)

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah :

- 1) Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).

- a) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
 - b) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - c) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- 2) Tokoh penting sebagai Panutan. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
 - 3) Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
 - 4) Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradapan umat manusia.

2.1.7 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku/ Tindakan

1. Hubungan Pengetahuan dan Sikap

Sujana (2005) mengatakan bahwa sikap merupakan kesiapan dan kesediaan seseorang untuk menerima atau menolak suatu objek berdasarkan penilaian terhadap objek itu apakah berarti atau tidak bagi dirinya. Hal itu menyebabkan sikap berhubungan dengan pengetahuan dan perasaan seseorang tentang objek. Sikap juga dapat dipandang sebagai kecenderungan seseorang untuk berperilaku.

Sunaryo (2004) menyebutkan bahwa pembentukan dan perubahan sikap karena sudah dimilikinya pengetahuan, pengalaman, intelegensia faktor emosional dan bertambahnya umur.

2. Hubungan pengetahuan dengan perilaku

Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh pengetahuan, sikap dan kepercayaan dari orang tersebut. Perilaku juga memiliki instrumental artinya seseorang dapat bertindak positif demi kebutuhan- kebutuhannya, sebaliknya jika tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan negative

3. Hubungan sikap dengan perilaku/ tindakan

Notoatmodjo (2003) mengatakan, bahwa sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata karena sikap akan terwujud di dalam tindakan tergantung pada situasi saat itu. Sikap akan diikuti/ tidak diikuti mengacu pada pengalaman orang lain berdasarkan banyak/ sedikit pengalaman seseorang.

Menurut Ajzen & fishbein dalam Azwar (2003), mengemukakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan dan berdampak pada tiga hal, yaitu:

- 1) Perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu.
- 2) Perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap, tapi juga oleh norma- norma subjektif yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat.
- 3) Sikap terhadap suatu perilaku bersama norma- norma subjektif membentuk suatu niat untuk berperilaku tertentu.

2.2 Konsep Mobilisasi

2.2.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Kozier, 1995), sebaliknya keadaan imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring (Garrison, 2004).

Pada pasien pembedahan abdomen mobilisasi di lakukan segera mungkin (24-48 jam post operasi) untuk mencegah komplikasi post operasi terutama atelektasis dan pneumonia hipostatis, eliminasi alvi maupun urine menjadi baik,

dan luka operasi akan lebih cepat sembuh (Pelatihan Asuhan Keperawatan RSU dr. Soetomo, 2003).

2.2.2 Tujuan mobilisasi

Ada beberapa tujuan dilakukannya mobilisasi pasca operasi. Adapun tujuan dari mobilisasi menurut Garrison (2004) adalah sebagai berikut:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi Alvi dan Urin
6. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
7. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

Menurut Mochtar (1995) ada beberapa manfaat mobilisasi dini, yaitu sebagai berikut:

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.

Bergerak sedini mungkin akan membuat otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit sehingga ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Selain itu, juga akan merangsang peristaltic usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

- 2) Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan segera untuk ibu merawat anaknya.

Perubahan yang terjadi pada ibu pasca operasi akan cepat pulih misalnya kontraksi uterus, dengan demikian ibu akan cepat merasa sehat dan bisa merawat anaknya dengan cepat.

- 3) Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli.

Bergerak sedini mungkin paska operasi akan membuat mobilisasi sirkulasi darah normal/ lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan.

Masih menurut Mochtar (1995), kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini adalah sebagai berikut.

- 1) Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
- 2) Perdarahan yang abnormal karena kontraksi uterus kurang baik sehingga fundus uteri kurang keras sehingga tidak terjadi penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
- 3) Involusi uterus yang tidak baik karena tidak melakukan mobilisasi dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus

Menurut Carpenito (2000) dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu :

1) Rentang gerak pasif.

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2) Rentang gerak aktif.

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

3) Rentang gerak fungsional.

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

Menurut Kasdu (2003) mobilisasi dini harus dilakukan secara bertahap, yaitu:

- 1) 6 jam pertama ibu pasca operasi *sectio caesar* harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
- 2) 6-10 jam pasca operasi, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.
- 3) 24 jam pasca operasi, ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- 4) Hari kedua, ibu dapat duduk 5 menit, bernafas dalam- dalam lalu menghembuskannya disertai batuk- batuk kecil yang gunanya untuk

melonggarkan pernapasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada ibu/pasien bahwa dia mulai pilih, kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk.

- 5) Hari ketiga, setelah ibu dapat duduk dianjurkan ibu belajar berjalan dengan bantuan orang lain. Setelah mampu berjalan dengan bantuan, ibu dianjurkan berjalan sendiri. Dengan melakukan mobilisasi sesegera mungkin, hari perawatan pasien akan lebih singkat dan komplikasi pos operasi tidak terjadi.

2.2.3 Macam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2000), mobilisasi terbagi ke dalam dua macam, yaitu sebagai berikut:

1. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh ini menunjukkan syaraf motorik dan sensorik mampu mengontrol seluruh area tubuh. Mobilisasi penuh mempunyai banyak keuntungan bagi kesehatan, baik fisiologis maupun psikologis bagi pasien untuk memenuhi kebutuhan dan kesehatan secara bebas, mempertahankan interaksi sosial dan peran dalam kehidupan sehari hari.

2. Mobilisasi sebagian

Pasien yang mengalami mobilisasi sebagian umumnya mempunyai gangguan syaraf sensorik maupun motorik pada area tubuh. Mobilisasi sebagian dapat dibedakan menjadi:

- 1) Mobilisasi temporer yang disebabkan oleh trauma reversibel pada sistim muskuloskeletal seperti dislokasi sendi dan tulang
- 2) Mobilisasi permanen biasanya disebabkan oleh rusaknya sistim syaraf yang reversibel.

2.2.4 Kontra Indikasi Mobilisasi

pada kasus tertentu istirahat di tempat tidur diperlukan dalam periode tidak terlalu lama seperti pada pada kasus infark Miokard akut, Disritmia jantung, atau syok sepsis, kontraindikasi lai dapat di temukan pada kelemahan umum dengan tingkat energi yang kurang (Garrison, 2004).

2.2.5 Cara melakukan mobilisasi

Tabel 2.1 Cara Melakukan Mobilisasi menurut Brunner & Suddart (2002)

Tahap	Kegiatan	Uraian	Frekuensi	Waktu
I	Mobilisasi awal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas dalam : menghisap udara lewat hidung perlahan-lahan sampai perut mengembang keluar ditahan dan dikeluarkan lewat bibir dengan mengkontraksikan otot perut. 2. Batuk : menempatkan jari-jari tangannya atau bantal kecil atau gulungan handuk menekan diatas insisi luka, lakukan nafas dalam dan batukkan. 3. Pergerakan ekstremitas : lakukan gerakan kaki fleksi dan ekstensi setiap persendian, utamanya lutut, paha. siku, kemudian gerakan memutar. 	4x/hari	0-5 jam pasca operasi
II	Mobilisasi berputar miring kanan dan miring kiri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dengan tangan kanan dan kaki kanan membuat suatu gerakan melewati badannya ke arah kiri. 2. Pasien menggerakkan tangan kanannya ke arah tepi tempat tidur dimana ia memegangnya, kaki kanan ditubuhnya ke keadaan tertekuk pindah ke bagian kiri tempat tidur nya. 3. Pasien berbaring miring stabil pada sisi kirinya. 	Setiap 2 jam secara bergantian	6 jam pasca operasi

III	Mobilisasi duduk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien pindah dari posisi tidur ke posisi duduk karena ia ingin tidur lebih tinggi. 2. Pasien menempatkan kakinya dalam keadaan tertekuk kemudian menempatkan tangannya ke samping kanan badannya. 3. Pasien sekarang mempunyai 4 tumpuan, sehingga dapat mengayunkan badannya ke arah depan. 4. Melalui gerakan ini pasien sekarang berada lebih tinggi ditempat tidur. 	Setiap 4 jam secara Bertahap	12 jam
IV	Mobilisasi turun dari tempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien duduk tegak lurus di atas tempat tidur dan dari posisi ini ia membuat gerakan yang dapat membuat dirinya turun dari tempat tidur 2. Pasien mneggerakkan kakinya kesamping tempat tidur mengarah keluar tempat tidur .pada gerakan ini ia memanfaatkan kedua tangannya sebagai alat untuk menumpu 3. Dengan suatu gerakan mengayaun ia akhirnya ia dapat keluar dari tepi tempat tidur juga pada gerakan ini ia memakai kedua tangannya sebagai penopang 4. Oleh karena pasien dapat mendorong badannya dengan kedua tangannya dari tempat tidur maka ia dapat membawa badannya turun dari tempat tidur 5. Pasien sekarang berdiri disamping tempat tidur dan masih tetap berpegangan pada tempat tidur untuk memperoleh rasa aman. 	1-2 kali sehari sesuai kondisi pasien	Setelah 24 jam operasi
V	Mobilisasi berjalan dengan bantuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan dengan memegang tangan pasien tanpa tongkat 2. Berjalan dengan memegang tangan pasien dibantu tongkat pada tangan lainnya 	2-3 kali perhari	Setelah berdiri stabil

VI	Mobilisai naik ketempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berdiri posisi keluar dari tempat tidur dengan memegang kasur , dengan tangannya dan menyentuh dengan bagian belakang kaki bagian atas pinggiran tempat tidur. 2. Dari posisi keluar tempat tidur ia mendorong badanya keatas melalui bantuan tangan dan kakinya 3. Sekarang pasien duduk lurus diatas tempat tidur 4. Pasien mebiarkan dirinya jatuh miring kebelakang dan posisi tegak lurus tadi. Kakinya menjadi suatu beban tanding dari badan bagian atasnya 5. Karena jatuh miring kebelakang suatu tindakan yang lurus, maka kaki juga digerakkan pada saat yang bersamaan 	2-3kli perhari	Setelah berjalan dan pasien akan tidur
VII	Mobilisasi bangkit dari duduk ditempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membungkuk kedepan dimana ia bertumpu dengan ccara menempatkan tanganya pada pinggir tempat dududk / kursi.dngan cara demikian ia berada disuatu posisi yang seimbang. 2. Pasien keluar dari posisi seimbang tadi dan menekan badanya keatas dengan kedua tangan dan kakinya 3. Hasil dari kedua gerakan sebelumnya adalah bahwa pasien sekarang dapat berdiri 	1-2 kali prhari	Setelah duduk dan pasien akan tidur/berj alan

2.3 *Sectio Caesar*

2.3.1 Pengertian *Sectio Caesar*

Sectio Caesar adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2005). Menurut Sarwono (1991), *Sectio Caesar* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan

melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

2.3.2 Jenis *Sectio Caesar*

Ada beberapa jenis *Caesarean Sections* (CS) yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

1. Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan hari ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.

Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

2. Histerektomi caesar yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim. Bentuk lain dari bedah caesar seperti *extraperitoneal CS* atau Porro CS.
3. Bedah caesar berulang dilakukan ketika pasien sebelumnya telah pernah menjalani bedah caesar. Umumnya sayatan dilakukan pada bekas luka operasi selamanya (Mansjoer, 2005).

2.3.3 Indikasi

Dokter spesialis kebidanan akan menyarankan bedah caesar ketika proses kelahiran melalui vagina kemungkinan akan menyebabkan resiko kepada ibu atau bayi. Hal-hal lainnya yang dapat menjadi pertimbangan disarankannya bedah caesar antara lain: Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses

persalinan normal (*dystosia*), detak jantung janin melambat (*fetal distress*), adanya kelelahan persalinan, komplikasi pre-eklampsia.

Indikasi dilakukannya pembedahan *sectio Caesar* menurut Mansjoer (2005) adalah sebagai berikut

1. *Disproporsi sevalopelvik*, yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.
2. *Placenta previa sentralis* dan *lateralis (posterior)*
3. Pernah *sectio caesar* sebelumnya
4. Malpresentasi janin, yaitu:
 - 1) Letak lintang
 - Bila ada kesempitan panggul, maka *sectio Caesar* adalah cara yang terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa.
 - Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan *sectio caesar* walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit.
 - Multipara dengan letak lintang dapat lebih duluditolong dengan cara- cara lain.
 - 2) Letak bokong, yaitu apabila ada panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.
 - 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara- cara lain tidak berhasil.
 - 4) Gemelli, yaitu:
 - Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentatin*)

- Bila terjadi interlock (*locking of twins*)
 - Distosia oleh tumor
 - Gawat janin
5. *Incoordinat uterine action*
 6. Panggul sempit

Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin *vias naturalis* ialah CV= 8 cm. panggul dengan CV = 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin yang normal, harus diselesaikan dengan *sectio caesar*. CV antara 8-10 cm boleh dicoba dengan partus percobaan, baru setelah gagal dilakukan *sectio caesar* sekunder.

7. Hipertensi, yaitu tekanan darah atau denyut jantung yang lebih tinggi dari normal karena penyempitan pembuluh darah atau gangguan lainnya.

2.4 Anestesi Spinal (*Spinal Anestesi Block/ SAB*)

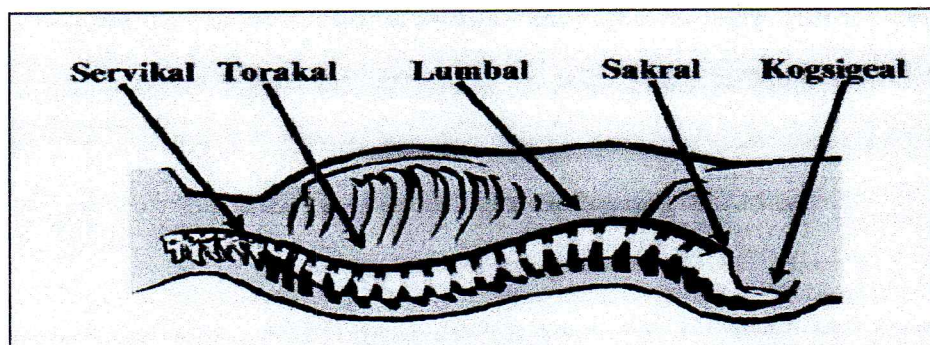
2.4.1 Definisi

Anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) adalah anestesi regional dengan tindakan penyuntikan obat anestesi lokal ke dalam ruang sub arachnoid melalui punksi lumbal antara vertebra L2-L3, L3-L4 atau L4-L5 (Kristanto, 1998). Agar bagian tertentu tidak merasakan nyeri saat operasi dan bila perlu melumpuhkan otot sementara penderita tetap sadar. Hal ini dicapai dengan menghambat hantaran impuls saraf ke bagian tubuh tersebut (Purwadianto, 2000). Anestesi SAB berasal dari pernyataan *local anesthetic drugs* memasuki ruang *sub arachnoid* dilumbal interspace. Blok saraf yang dihasilkan merupakan blok yang tidak permanen dari cabang-cabang saraf ganglion anterior, posterior dan bagian dari medula spinalis

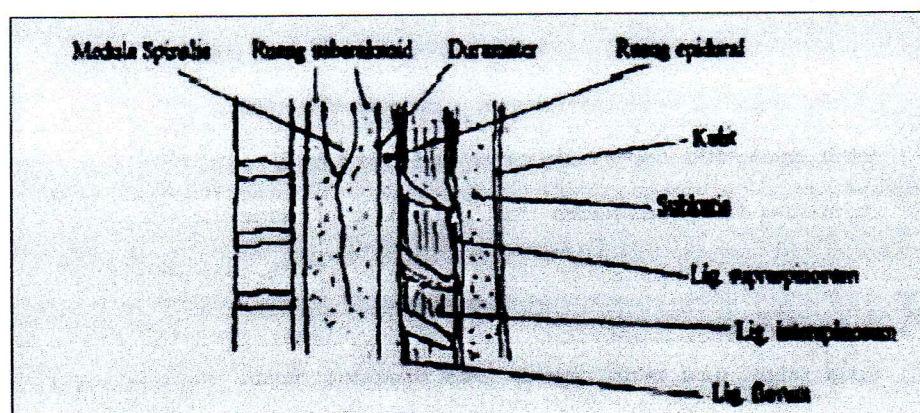
dengan pengaruh hilangnya aktivitas otonomik sensorik dan motorik (Drajat, 1985).

2.4.2 Anatomi tulang belakang

Tulang punggung (kolumna vertebralis) terdiri dari : 7 vertebra servikal, 12 vertebra torakal, 5 vertebra lumbal, 5 vertebra sakral dan 4-5 vertebra koksigeal. Prosesus spinosus teraba langsung di bawah oksipital. Prosesus spinosus C7 menonjol dan disebut sebagai vertebra prominens. Garis lurus yang menghubungkan kedua krista iliaka tertinggi akan memotong prosesus spinosus vertebra L4 atau antara L4-L5 (Latief, 2002).



Gambar 2.1 Anatomi Tulang Punggung (Latief, 2002, hal 87)



Gambar 2.2 Anatomi Lapisan Punggung Lumbal (Mansjoer, 2005, hal 264)

Pada lapisan jaringan punggung, untuk mencapai cairan *cerebrospinalis* maka jarum suntik akan menembus : kulit, subkutis, ligament supraspinosum, ligament interspinosum, ligament flavum, ruang epidural, duramater, ruang *sub arachnoid*.

Medula spinalis (korda spinalis, *the spinal cord*) berada dalam kanalis spinalis dikelilingi oleh cairan *cerebrospinalis*, dibungkus meningen (duramater, lemak, dan pleksus venosus). Pada dewasa berakhir setinggi L1, pada anak L2 dan pada bayi L3, dan saccus duralis berakhir di vertebra sacralis ke 2. Cairan *cerebrospinalis* merupakan *ultra* filtrasi dari plasma yang berasal dari pleksus arteria koroidalis yang terletak di ventrikel 3-4 lateral. Cairan ini jernih tak berwarna mengisi *sub arachnoid* dengan jumlah 100-150 ml, sedangkan yang di punggung 24-25 ml.

Ketinggian segmental anatomi yaitu : C3-C4 clavícula, T2 ruang interkostal kedua, T4-T5 garis puting susu, T7-T9 arcus sub kostalis, T10 umbilicus, L1 daerah inguinal, S1-S4 diperinium. Ketinggian segmental refleksinal yaitu T7-T8 epigastric, T9-T12 abdominal, L1-L2 remaster, L2 - L4 lutut, S1-S2 plantar, pergelangan kaki, S4-S5 spingter anus, reflek kejut (Dachlan, dkk, 2002)

2.4.3 Jenis obat anestesi

Obat anestesi SAB, bila diberikan dengan tepat dosis dan tepat lokasi, merupakan obat yang cukup aman. Intoksikasi akan terjadi bila secara tidak sengaja masuk ke dalam intra vaskuler atau melampaui dosis maksimal. (Wahyuningsih, dkk, 2006).

1. Procaine

Procaine adalah golongan ester dengan onset atau mulai kerja cepat dan efek kerja pendek (45-60 menit). Pemanjangan waktu kerja didapatkan bila ditambahkan dengan vasopresor. Prosedur yang pendek prokain dapat memberikan efek yang cepat dan blok yang penuh dan dapat dikombinasikan dengan *lefracam* untuk prosedur yang lama (Morgan et.al, 1996).

2. Tetracaine (*Pontocaine, Amethocaine*)

Mempunyai kekuatan yang lebih tinggi, daya kerjanya lebih lama, toksisitas sistemik lebih besar dibanding prokain. Hal ini dikarenakan oleh hidrolisa secara perlahan di dalam plasma. *Tetracaine* untuk injeksi, dalam larutan 0,1% untuk satu kali pemakaian. Dosis maksimal adalah 100 mg. (Dobson, 2002).

3. Lidocaine (*xylocaine*)

Keuntungan utama *lidocaine* adalah mulainya cepat, bebas iritasi lokal. Sebagian obat dimetabolisir di hepar dan sebagian lagi di keluarkan melalui *urine* dalam bentuk yang tidak berubah. Obat ini dua kali lebih toksik daripada *procaine*. Untuk injeksi digunakan konsentrasi 0,2-2,0%, sedangkan untuk topikal anestesi, digunakan 4%. Dosis maksimal adalah 3 mg/ kg berat badan (tanpa adrenalin) dan 7 mg/ kg berat badan bila dengan adrenalin. *Lidocaine* dikatakan bebas dari reaksi alergi, sehingga dipakai sebagai golongan pengganti ester, bila alergi terhadap golongan ester (Dobson, 2002).

4. Bupivacaine

Obat ini lebih kuat dan lebih lama kerjanya dibandingkan *lidocaine*. Menggunakan konsentrasi 0,25-0,75% jumlah total, untuk satu kali pemberian maksimal 200-500 mg. Dalam konsentrasi rendah, blok motonk kurang adekuat.

Penggunaan untuk operasi abdominal diperlukan konsentrasi 0,75% mulai anestesi lebih lambat daripada *lidocain*, tetapi lama kerjanya 2 -3 kali lebih lama (Dobson, 2002).

2.4.4 Indikasi anestesi SAB (*Sub Arrachnoid Blok*)

Beberapa indikasi untuk jenis anestesi SAB (*Sub Arrachnoid Blok*) untuk pembedahan menurut (Latif, 2002).

- 1) Bedah ekstrimitas bawah.
- 2) Bedah panggul.
- 3) Tindakan sekitar rektum dan perinium.
- 4) Bedah obstetri-ginekologi.
- 5) Bedah urologi.
- 6) Bedah abdomen bawah.

2.4.5 Teknik SAB (*Sub Arrachnoid Block*)

Posisi pasien waktu dilakukan anestesi SAB adalah duduk atau miring dengan *vertebra lumbal fleksi*. Setelah obat anestesi disuntikkan, akan memblok hantaran impuls - impuls, dimana saraf otonom dan saraf nyeri diblok paling awal dan kemudian motorik. Jadi meskipun sudah terjadi vasodilatasi dan tekanan darah turun, mungkin masih nyeri bila operasi dimulai. Lebih baik menjepit kulit pasien dengan klem arteri untuk menilai hilangnya sensasi nyeri, dibanding pasien ditanya, sebab hal ini akan mengurangi kecemasan.

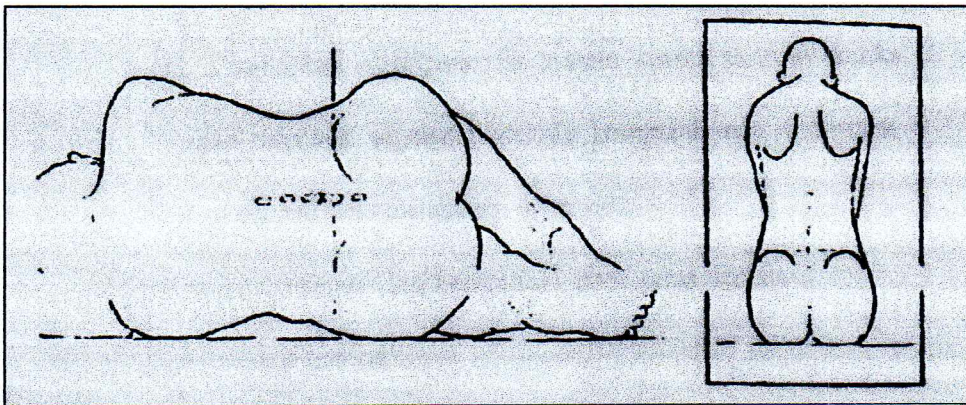
Lidodex adalah larutan *lidocaine* 5% dalam dextrose 5 -10% (agar bersifat hiperbarik hingga lebih mudah untuk mengatur ketinggian blok). Baik untuk pembedahan di daerah kaki sampai umbilikus (Torakal 10). pemberian lidodex selalu ditambah adrenalin dengan maksud untuk memperpanjang masa kerja

obat anestesi yang bisa mencapai 1,5-2 jam, antara lain juga mengurangi toksisitas dari obat anestesi SAB.

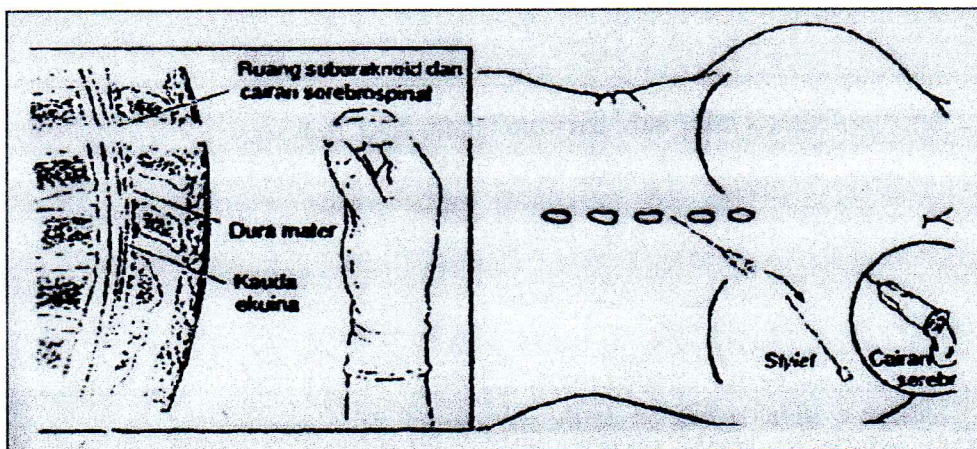
Pada lengan yang sehat dipasang infus dan tensimeter lebih dahulu. Penyuntikan dilakukan dengan pasien berbaring miring (lateral dukubitus) pada meja operasi yang mendatar atau arah kepala lebih ditinggikan (sedikit *head up*) dengan punggung melengkung ke depan, wajah mencium lutut. Setelah kulit punggung didesinfeksi dengan teliti (larutan yodium 2% dan dibilas alkohol 70%), punksi secara steril dilakukan pada celah L3 - L4 atau L4-L5 dengan menggunakan sarung tangan steril. Semakin kecil ukuran jarum maka resiko terjadinya penyulit nyeri kepala makin kecil. Jika jarum masuk rongga *sub arachnoid*, cairan *cerebrospinal* akan nampak menetes keluar pangkal jarum. *Lidocaine* 5% sebanyak 50-100 mg yang dicampur adrenalin 0,2 mg disuntikkan secara pelan-pelan. Makin tinggi dosisnya atau makin cepat penyuntikan, maka semakin tinggi blok terjadi. Penderita hendaknya tidak batuk, tidak mengejan dan khusus bagi penderita impartu tidak sedang his pada waktu penyuntikan atau 2-3 menit sesudahnya, sebab hal itu akan menyebabkan blok menjadi sangat tinggi.

Setelah penderita diterlentangkan kembali, tekanan darah segera diukur. *Lidocaine* bekerja sangat cepat dan tekanan darah "*drop*" cepat sekali. Jika tekanan darah turun lebih dari 20-30 mmHg, diberikan ephedrin 10-15 mg i.v, oksigen nasal 2-3 L/menit. Ketinggian blok diukur dengan mengoleskan kasa yang dibasahi eter. Jika perlu blok lebih tinggi, posisi meja arah kepala rendah atau sebaliknya jika diperlukan blok lebih rendah.

Perubahan posisi harus dilakukan dalam 10 menit pertama sebab setelah itu tinggi blok tidak dapat berubah lagi. Blok yang terlalu tinggi (Thorakal 4 atau lebih tinggi) menyebabkan kelumpuhan otot-otot *intercostalis* sehingga penderita sukar bempas (Dobson, 2002).



Gambar 2.3 Macam-macam posisi anestesi SAB (Mansjoer, 2005, hal 263)



Gambar 2.4 Teknik anestesi SAB (Mansjoer, 2005, hal 263)

2.4.6 Keuntungan dan kerugian SAB (*Sub Arrachnoid Blok*)

Obat anestesi SAB merupakan obat yang bila sudah masuk didalam tubuh harus ditunggu sampai dilakukan metabolisme, sehingga pemilihan jenis

anestesi harus disesuaikan dengan macam tindakan operasi (Wirjoatmodjo, 2000).

1. Keuntungan

- a. Pasien tetap sadar
- b. Tanpa iritasi paru atau komplikasi paru post operasi.
- c. Kurangnya perdarahan pada waktu operasi

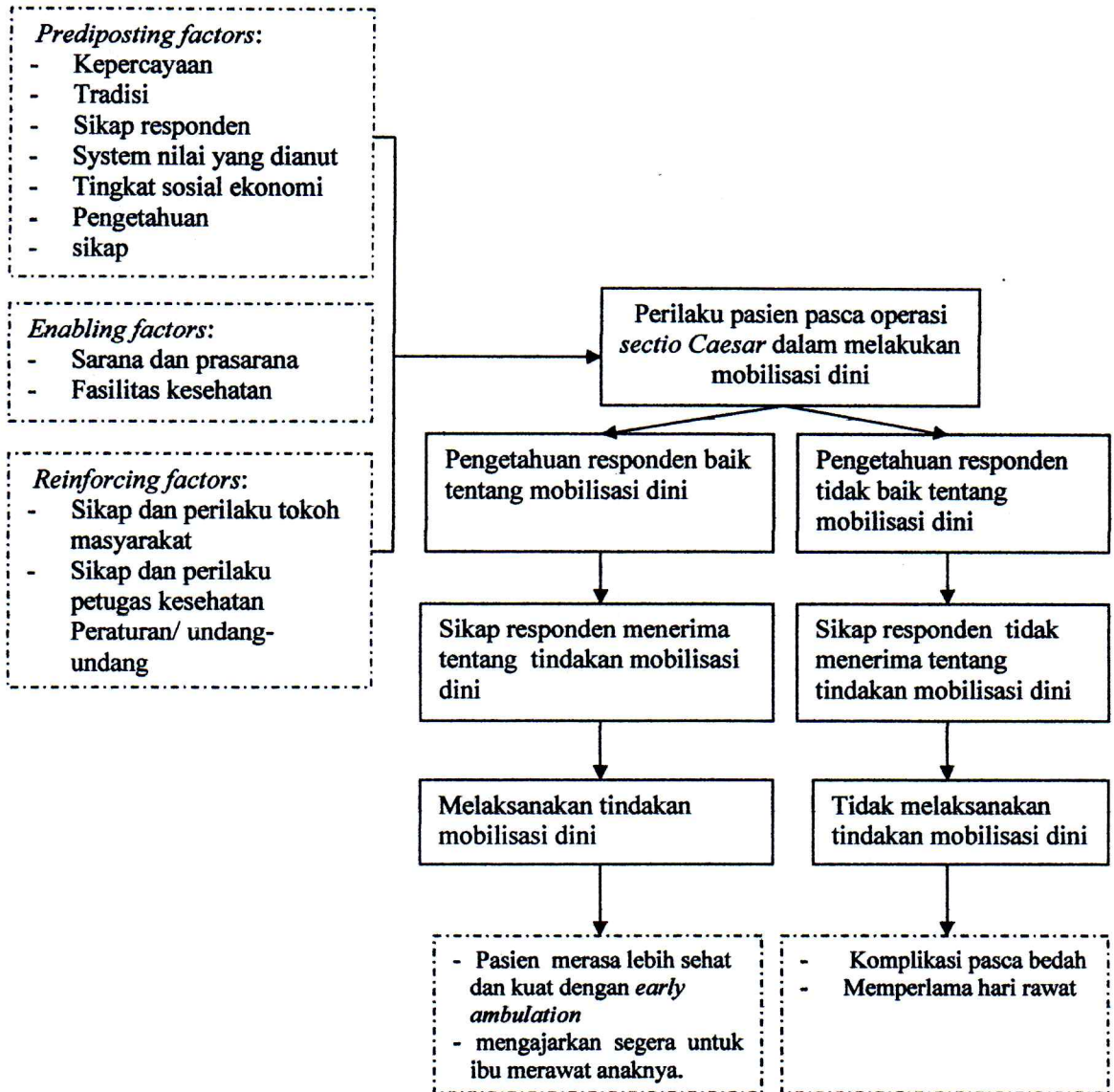
2. Kerugian

- a. Tekanan darah sangat menurun, yang berkaitan dengan tingkat blok spinal. Disebabkan oleh paralisis sistem saraf simpatis ketika ketinggian mencapai segmen thorakalis kesepuluh atau di atasnya. Selain itu adrenal akan mengalami denervasi.
- b. Muntah post operasi dan komplikasi paru sama lazimnya seperti setelah anestesi general.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian.



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di Ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun (Teori Green, 1980, dikutip oleh Notoatmojo, 2003).

□ : Diteliti

□ : Tidak diteliti

Menurut Green (1980) dikutip oleh Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa perilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predispose (*predisposing factor*), yaitu yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku berupa kepercayaan, tradisi, system nilai yang dianut, tingkah laku, social ekonomi, pengetahuan dan sikap.
2. Faktor pendukung (*enabling factor*), yaitu faktor yang memungkinkan motivasi atau keinginan terlaksana termasuk ketersediaan sumber-sumber/ fasilitas kesehatan.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap, perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku ibu melahirkan *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) dalam melaksanakan tindakan mobilisasi dini pasca operasi. Perilaku ada tiga domain, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Bila seseorang memiliki pengetahuan baik dan bersikap menerima, maka akan melaksanakan tindakan mobilisasi dini agar penderita merasa lebih sehat dan kuat, dengan *early ambulation* mengajarkan segera untuk ibu merawat, namun jika seseorang memiliki pengetahuan yang tidak baik dan bersikap tidak menerima maka akan ,meningkatkan komplikasi pasca bedah dan memperlama hari rawat.

3.1 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

HI :

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap mobilisasi dini pasien post operasi *Sectio Caesar*
2. Ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *Sectio Caesar*
3. Ada hubungan sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *Sectio Caesar*

BAB 4

METODE PENELITIAN

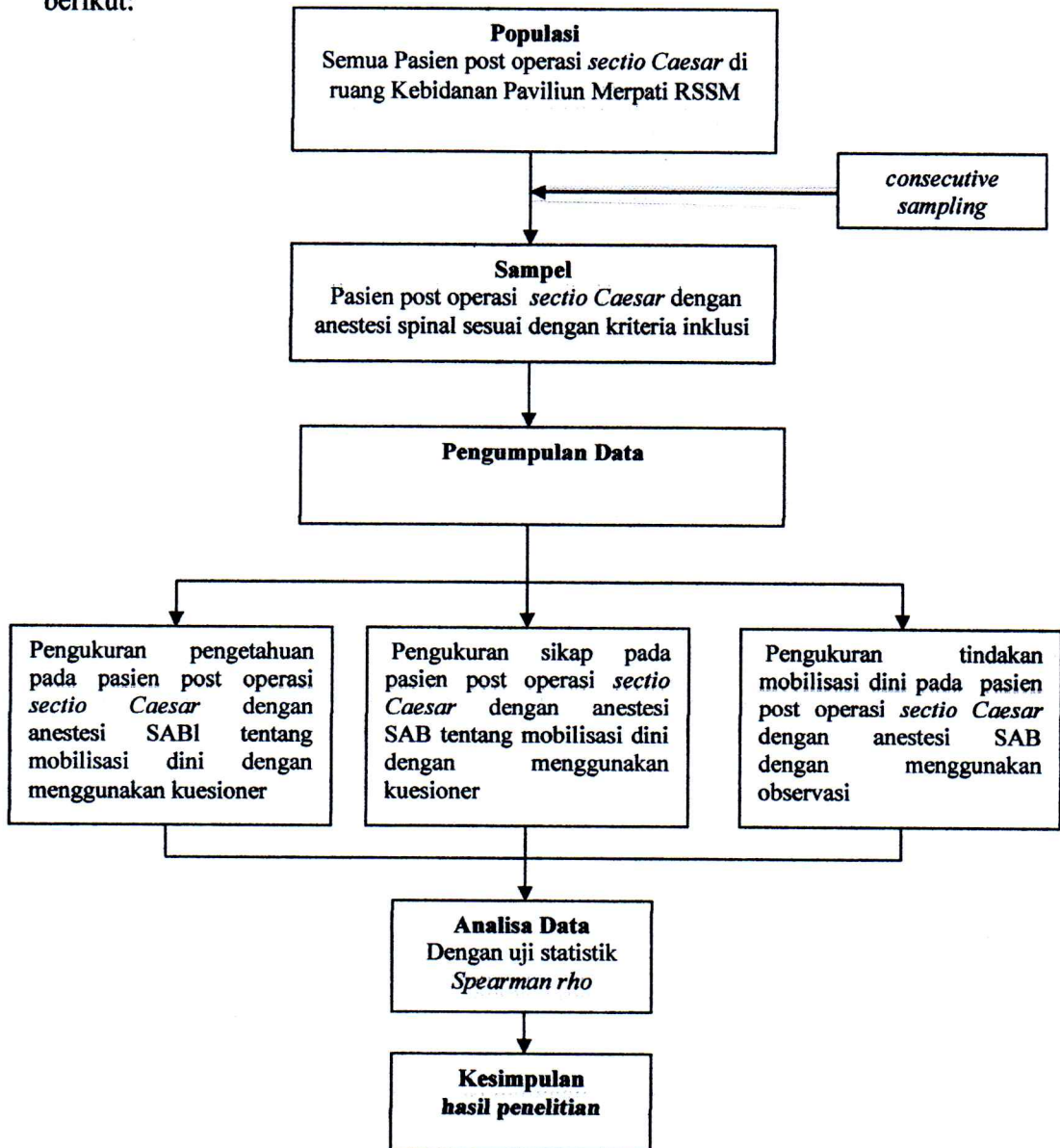
4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2003)

4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan salah satu tahap dalam penelitian. Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2008).

Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian ini disajikan sebagai berikut:



Gambar 4.1 : Kerangka kerja penelitian hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di Ruang Kebidanan Merpati RSU. Dr. Soedono Madiun

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang di tetapkan (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien post operasi *sectio caesar* di ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada saat penelitian berlangsung. Pasien *sectio caesar* terencana rata-rata 284 pertahun atau rata-rata 24 kasus perbulan.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang telah di pilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam, 2008).

Sampel yang dipakai dalam penelitian ini adalah pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di Ruang Kebidanan Merpati dari tanggal 07 januari 2010 – 31 Januari 2010 yang ditetapkan berdasarkan kriteria inklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008)

Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu:

- a. Pasien yang baru pertama kali dilakukan operasi *Sectio Caesar*
- b. Pendidikan pasien SMA dan Perguruan tinggi
- c. Pasien tidak cacat fisik, misalnya tuli, buta.
- d. Pasien bisa baca tulis
- e. Usia di antara 20 -35 tahun

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/ mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu:

- a. Pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi general
- b. Pasien post operasi dengan gangguan kesadaran.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *konsekutif sampling*, yaitu sampel diambil dari semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah subjek terpenuhi (Saryono, 2008)

4.4 Identifikasi variabel

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen a. Pengetahuan	Wawasan yang dimiliki pasien untuk memahami tentang mobilisasi dini post operasi	Pengetahuan pasien tentang 1. Pengertian mobilisasi dini post operasi. 2. Tujuan mobilisasi dini post operasi 3. Keuntungan melakukan mobilisasi dini 4. Kemungkinan yang timbul bila tidak melakukan mobilisasi dini 5. Cara melakukan mobilisasi dini yang baik	Kuesioner	Ordinal	Jawaban benar=1 Jawaban salah =0 Skor : $P = \frac{f}{n} \times 100\%$ (Azwar, 2003) Kategori -Baik = 75 - 100 % -cukup = 50 - 74 % -Kurang = <50 %
b. Sikap	Respon atau reaksi pasien tentang mobilisasi dini	sikap pasien dalam mobilisasi dini post operasi: 1. Mobilisasi awal (napas dalam, batuk, pergerakan ekstremitas 2. Mobilisasi miring kiri miring kanan 3. Mobilisasi duduk 4. Mobilisasi turun dari TT 5. Mobilisasi berjalan	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan positif -Sangat setuju =4 -Setuju =3 -Tidak setuju = 2 -Sangat tidak setuju =1 Pernyataan negative -Sangat setuju =1 -Setuju =2 -Tidak setuju = 3 -Sangat tidak setuju =4 $T = 50 + 10 \frac{(x - \bar{x})}{SD}$ Negatif : $T < \text{mean data}$ Positif : $T \geq \text{mean data}$ (Azwar, 2003)
c. Tindakan	Kemampuan pasien untuk melakukan mobilisasi dini post operasi sesuai dengan ke lima jenis latihan	Tindakan klien dalam melaksanakan mobilisasi dini post operasi : 1. Mobilisasi awal (napas	Observasi	Ordinal	Pernyataan positif: Jawaban ya =1 Jawaban tidak =0 Skor:

		dalam, batuk, pergerakan ekstremitas			$P = \frac{f}{n} \times 100\%$ (Azwar, 2003)
		2. Mobilisasi miring kiri miring kanan			Kategori -baik: 76-100%
		3. Mobilisasi duduki			-cukup : 56-75%
		4. Mobilisasi turun dari TT			-Kurang $\leq 55\%$
		5. Mobilisasi berjalan			(Arikunto, 1998)

Tabel 4.5 Definisi operasional variabel penelitian hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Aracnoid Block*) di Ruang Kebidanan Merpati RSU. Dr. Soedono Madiun

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen pengukuran pengetahuan dengan memilih jawaban yang benar pada 10 pertanyaan, yang terdiri dari 5 pertanyaan positif yaitu pada nomor 1,4,6,7,9 dan 5 nomor pertanyaan negatif yaitu pada nomor 2,3,5,8,10. Pada pengukuran sikap dengan mengisi 10 pernyataan. Ada 4 pilihan yang digunakan untuk mengisi pernyataan tersebut, yaitu: "Sangat Setuju", "Setuju", "Tidak Setuju", "Sangat Tidak Setuju" (Nursalam, 2003). Ada 10 pernyataan yang harus dipilih pada pengukuran sikap, yang terdiri dari 5 pernyataan positif (*Favorable*) yaitu pada nomor 1,3,5,7,9, dan 5 nomor pernyataan negatif (*UnFavorable*) yaitu pada nomor 2,4,6,8,10. Pada instrumen pengukuran tindakan digunakan observasi yaitu menilai mobilisasi pasien post operasi caesar jawaban ya atau tidak.

Sistem penilaian akhir kuesioner tingkat pengetahuan dengan menjumlah jawaban yang benar, dibagi 10 dikalikan 100% dan diklasifikasikan dengan 76-

100% = baik, 56-75% = cukup, $\leq 55\%$ = kurang (Arikunto, 1998). Penilaian kuesioner sikap diklasifikasikan dengan sikap positif bila $T > \text{mean data}$ dan sikap negatif bila $T < \text{mean data}$ (Azwar, 2003). Penilaian observasi tindakan dengan cara menjumlah jawaban "ya" dibagi 10 kemudian dikalikan 100% dan diklasifikasikan dengan 76-100% = baik, 56-75% = cukup, $\leq 55\%$ = kurang (Arikunto, 1998).

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan wawancara serta mengisi kuesioner yang menggunakan *check list* dan melakukan observasi. Pada lembar kuesioner digunakan peneliti untuk mengetahui data demografi. Selanjutnya untuk evaluasi peneliti melakukan observasi post operasi *sectio caesar*.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 07 Januari 2010 – 31 Januari 2010

4.6.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memperoleh rekomendasi dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR dan permintaan ijin ke Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun, tembusan disampaikan kepada Bagian Penelitian dan Pengembangan setelah mendapat ijin penelitian dari Direktur melalui bagian Penelitian dan Pengembangan yang di teruskan ke ruang Merpati selanjutnya kepada kepala Ruangan Kebidanan. Peneliti mulai mengumpulkan data pada pasien Pre Operasi pembedahan *sectio caesar*. Responden yang sesuai kriteria inklusi diberikan kuesioner tentang pengetahuan dan sikap mobilisasi dini, selanjutnya responden di evaluasi 3 hari post operasi

(mulai hari pertama post operasi) untuk menilai hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *Sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)

4.6.4 Analisis Data

Data yang telah diperoleh diolah, kemudian dianalisis dengan menggunakan:

1) Analisa Deskriptif

(a) Variabel Pengetahuan

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

n = Jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar.

Setelah prosentase diketahui, kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria :

- Baik : 76 % - 100 %
- Cukup : 56 % - 75 %
- Kurang : < 56 % (Arikunto, 1998)

(b) Variabel Sikap

Untuk mengukur sikap pasien, diukur dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 jawaban yaitu : Sangat setuju = 4, Setuju = 3, Tidak setuju = 2, Sangat tidak setuju = 1.

Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

$$T - 50 + 10 \frac{(x - \bar{x})}{SD}$$

Dimana :

X = Skor responden

\bar{X} = Nilai rata-rata kelompok

SD = Standar deviasi (Azwar, 2003)

Setelah itu sikap dikatakan positif bila nilai skor : $T \geq T \text{ Mean}$

Sikap dikatakan negatif apabila nilai skor : $T < T \text{ Mean}$

(c) Tindakan mobilisasi dini

Tindakan mobilisasi dini diukur dengan observasi dengan menggunakan

rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

f = Jumlah tindakan yang dilakukan

n = Jumlah skor maksimal observasi

(Azwar, 2003)

Setelah prosentase diketahui, kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan

kriteria :

Baik : 76 % - 100 %

Cukup : 56 % - 75 %

Kurang : < 56 % (Arikunto, 1998)

3. Analisis Statistik

Analisa data disini dimaksudkan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini. Untuk mengetahui hubungan dan seberapa kuat hubungan tersebut, diuji dengan menggunakan uji statistik korelasi *Spearman rho* dengan nilai kemaknaan jika *Spearman correlation* > hitung α (0,05), maka H1 ditolak. Jika *Spearman correlation* < hitung α (0,05), maka H1 diterima. Bila H1 ditolak, berarti tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini. Bila H1 diterima, berarti ada hubungan bermakna antara pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini (Trihendradi, 2005).

Sugiyono (2004) menyebutkan bahwa untuk mengetahui kekuatan hubungan dapat menggunakan pedoman sebagai berikut:

0,00 - 0,19 = sangat lemah

0,20 - 0,39 = lemah

0,40 - 0,59 = sedang

0,60 - 0,79 = kuat

0,80 - 1,00 = sangat kuat.

4.7 Etik Penelitian

4.7.1 Persetujuan (*Informed consent*)

Responden ditetapkan setelah terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang kegiatan penelitian, tujuan dan dampak bagi pasien, serta setelah responden menyatakan setuju untuk dijadikan responden secara tertulis melalui

Informed Consent. Calon responden yang tidak menyetujui untuk dijadikan responden tidak akan dipaksa

4.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Seluruh responden yang dijadikan dalam sampel penelitian tidak akan disebutkan namanya baik dalam kuesioner maupun dalam penyajian pelaporan penelitian.

4.7.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Responden yang dijadikan sampel dalam penelitian akan dirahasiakan identitas spesifiknya (nama, gambar/foto, ciri-ciri fisik) dan hanya informasi tertentu saja yang ditampilkan.

4.8 Keterbatasan

Alimul (2002) menyebutkan bahwa keterbatasan merupakan kelemahan-kelemahan dalam penulisan riset. Adapun keterbatasan yang ada dalam penelitian riset. Adapun keterbatasan yang ada dalam penelitian meliputi:

4.8.1 sampel dan jumlah sampel

Sampel yang digunakan terbatas pada pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun, dan jumlah sampel termasuk jumlah minimal sehingga masih perlu dikembangkan di tempat lain dalam jumlah yang lebih banyak lagi.

4.8.2 Instrumen

Instrument pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri, oleh karena itu validitas dan reabilitasnya masih perlu diuji coba.

4.8.3 Waktu

Waktu penelitian terbatas, akibatnya hasil penelitian kurang sempurna dan kurang memuaskan.

4.8.4 Pengambilan Data

Data diambil pada saat 1-2 jam setelah operasi jadi masih terdapat efek dari anestesi, yang memungkinkan adanya gangguan kesadaran.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan variabel penelitian yang meliputi data pengetahuan responden tentang mobilisasi dini, sikap responden tentang mobilisasi dini dan tindakan responden tentang mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi *Sub Arachnoid Block* (SAB) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun, serta hubungan pengetahuan dengan sikap, hubungan pengetahuan dengan tindakan mobilisasi dini, dan hubungan sikap dengan tindakan mobilisasi dini.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 gambaran Umum Lokasi Penelitian

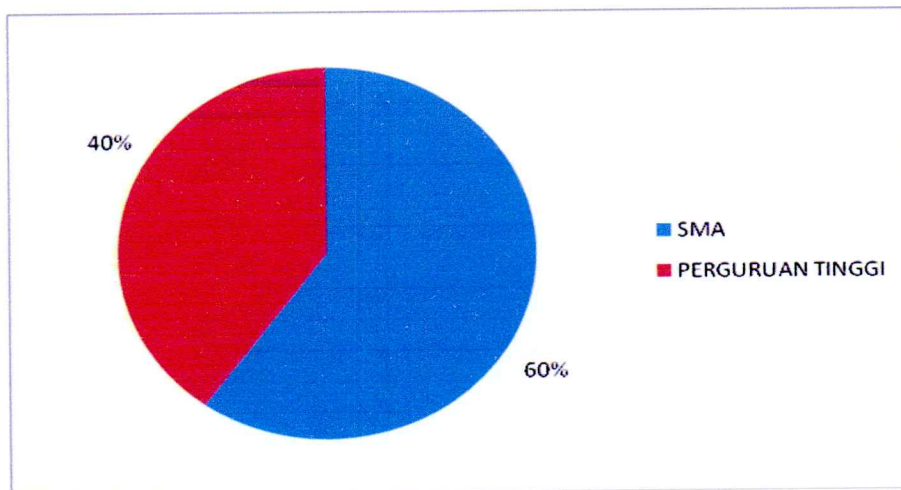
Penelitian ini dilakukan di Ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun yang berada di Jalan Dr. Sutomo Madiun. RSUD Dr. Soedono merupakan Rumah Sakit Tipe C milik Pemerintah Propinsi Jawa Timur. Ruang Bersalin Merpati merupakan ruangan yang merawat pasien dengan masalah kandungan yang meliputi *Abortus*, *Mola Hidatidosa*, *KET*, *Myoma Uteri*, *Kista Ovarii*, *Menometroragi*, persalinan normal, persalinan abnormal yang meliputi *vacuum ekstraksi* dan *sectio Caesar*. Ruang bersalin terdiri dari 3 dokter spesialis kebidanan, 1 dokter spesialis kandungan konsultan, 12 tenaga D3 kebidanan, 1 bidan kontrak dan 1 orang tenaga non medis. Ruang bersalin terdiri dari 2

Ruang tindakan, 1 Ruang tindakan Ginekologi, 5 ruang pasien. Ruang perawatan bercampur dengan ruang perawatan.

5.1.2 Data Umum

Data umum menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi : 1) Pendidikan; 2) Usia; 3) Pekerjaan; 4) Jumlah anak. Data umum yang didapat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

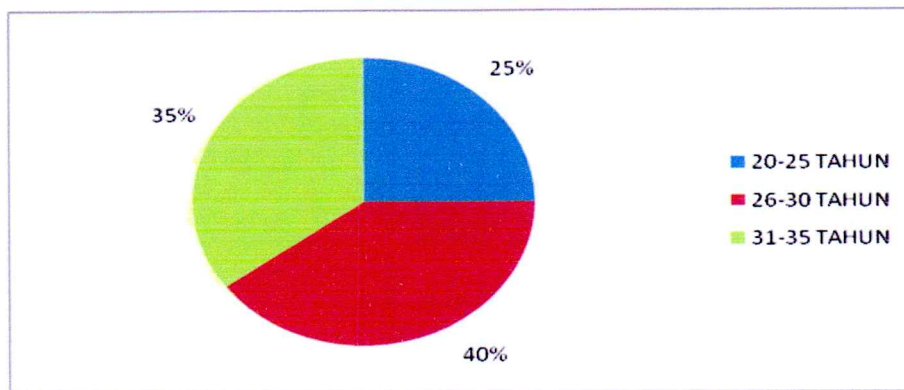
1) Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan pendidikan di ruang kebidanan Merpati RSUD dr. Soedono Madiun pada tanggal 7- 31 januari 2010.

Berdasarkan gambar di atas, dapat dilihat bahwa dari 20 responden sebanyak 12 orang/ 60% berpendidikan SMA/ Sederajat dan 40% / sebanyak 8 orang berpendidikan Perguruan Tinggi.

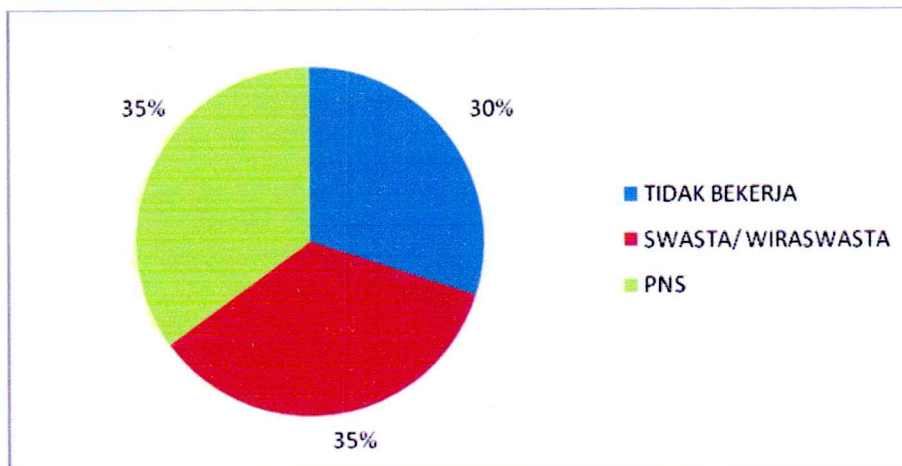
2) Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan usia di ruang kebidanan Merpati RSUD dr. Soedono Madiun pada tanggal 7- 31 januari 2010.

Gambar 5.2 menunjukkan dari 20 responden sebanyak 25 % berusia 20-25 tahun, 40 % berusia 26-30 tahun, dan 35 % berusia 31-35 tahun.

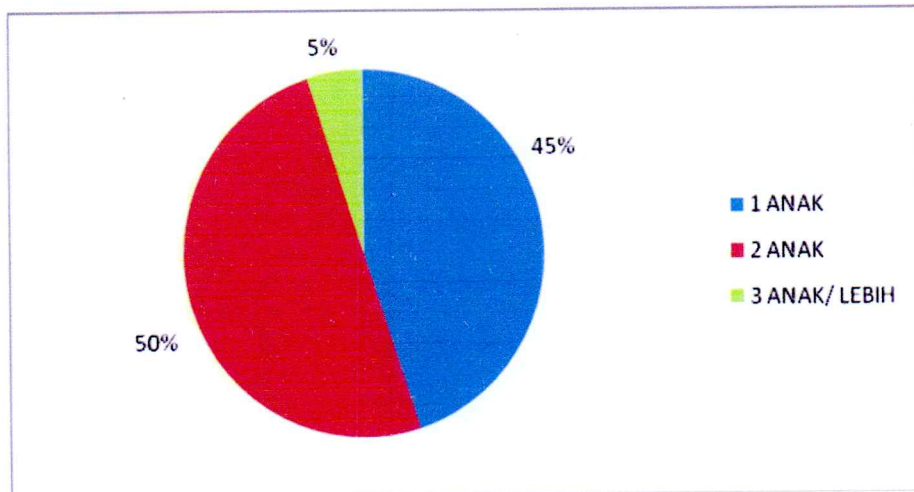
3) Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di ruang kebidanan Merpati RSUD dr. Soedono Madiun pada tanggal 7- 31 januari 2010.

Gambar menunjukkan dari 20 responden sebanyak 30% merupakan ibu rumah tangga yang tidak bekerja, 35% bekerja di bidang swasta/wiraswasta dan 35% sisanya bekerja sebagai PNS.

4) Distribusi responden berdasarkan jumlah anak

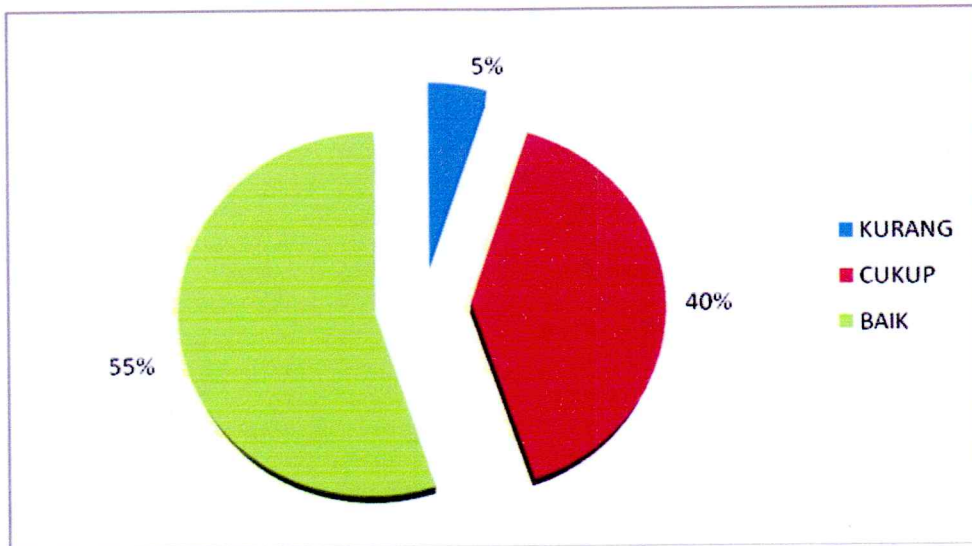


Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan jumlah anak di ruang kebidanan Merpati RSUD dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010.

Gambar 5.4 menunjukkan dari 20 responden, sebanyak 45% baru memiliki 1 orang anak, 50% memiliki 2 orang anak, dan 5% memiliki 3 orang anak.

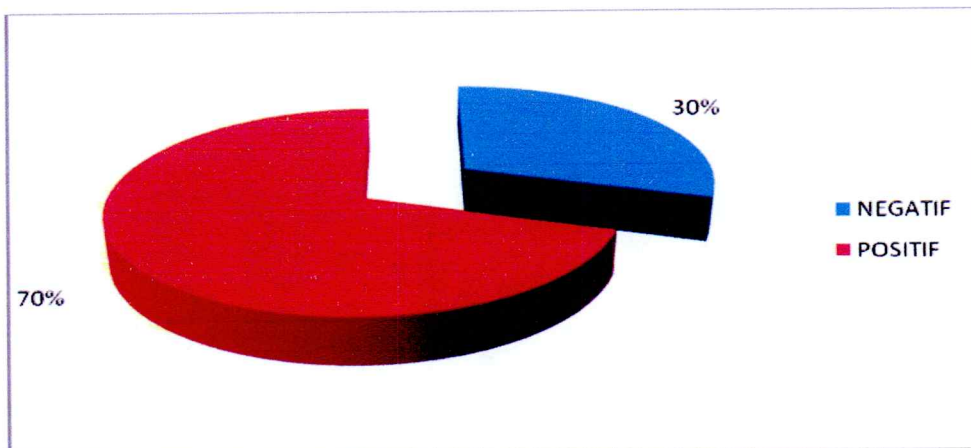
5.1.3 Data Khusus

Data khusus menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi tingkat pengetahuan responden, sikap, tindakan mobilisasi dini, hubungan pengetahuan dan sikap, hubungan pengetahuan dan tindakan mobilisasi dini dan hubungan sikap dengan tindakan mobilisasi dini. Secara lebih jelas hasil penelitian adalah sebagai berikut:



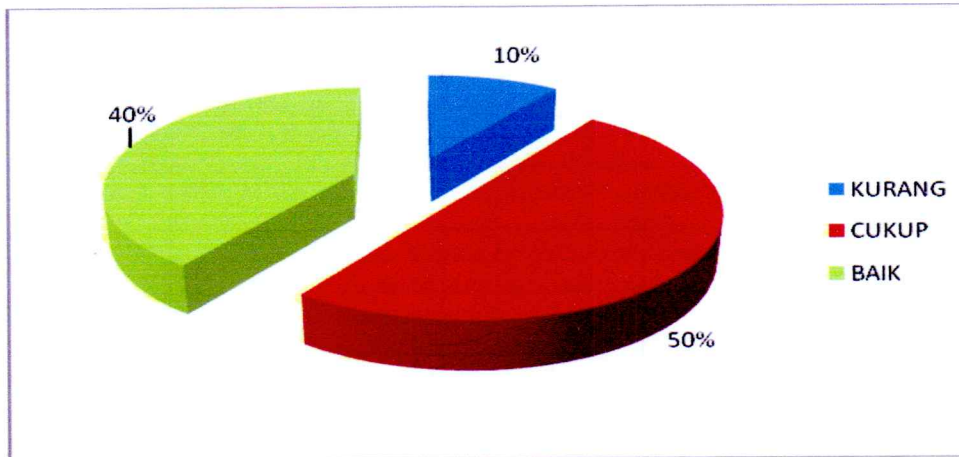
Gambar 5.5 Distribusi pengetahuan responden tentang mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010.

Gambar 5.5 menunjukkan dari 20 responden, 5% mempunyai pengetahuan kurang, 40% mempunyai pengetahuan cukup dan 55% mempunyai pengetahuan yang baik mengenai mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)



Gambar 5.6 Distribusi sikap responden tentang mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010.

Gambar 5.6 menunjukkan dari 20 responden sebanyak 85% memiliki sikap positif dalam melakukan mobilisasi dini dan sisanya yaitu 15% responden mempunyai sikap negatif dalam mobilisasi dini post operasi *sectio Caesar*.



Gambar 5.7 Distribusi responden tentang tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010.

Gambar 5.7 menunjukkan dari 20 responden, 50% responden sudah melakukan tindakan mobilisasi dini dengan baik, 40% responden melakukan mobilisasi dini cukup dan 10% kurang melakukan mobilisasi dini.

Tabel 5.1 Hubungan antara pengetahuan dengan sikap pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010

Pengetahuan Responden	Sikap				Jumlah	
	Positif		Negatif		N	%
	N	%	N	%		
Baik	11	55%	-	0%	11	55%
Cukup	3	15%	5	25%	8	40%
Kurang	-	0%	1	5%	1	5%
Jumlah	14	70%	6	30%	20	100%
Spearman rho r=0.865				p= 0.000		

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 11 responden yang mempunyai pengetahuan baik, didapatkan semua responden memiliki sikap positif, 8 responden memiliki pengetahuan cukup didapatkan 3 responden memiliki sikap positif dan 5 responden memiliki sikap negatif, dan dari 1 responden yang memiliki pengetahuan kurang, didapatkan memiliki sikap yang negatif pula. Koefisien korelasi pengetahuan dengan sikap adalah 0.865. Angka ini menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara pengetahuan dan sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif). Sedangkan signifikansi 0.000 yang lebih kecil dari 0.01 ($0.000 < 0.01$) maka H_0 diterima, Jadi dapat diartikan bahwa semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio Caesar, dan semakin kurang pengetahuan, maka semakin kurang juga sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio Caesar.

Tabel 5.2 Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010

Pengetahuan Responden	Tindakan Mobilisasi Dini						Jumlah	
	Baik		Cukup		Kurang		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Baik	7	35%	4	20%	-	0%	11	55%
Cukup	7	35%	1	5%	-	0%	8	40%
Kurang	-	0%	-	0%	1	5%	1	5%
Jumlah	14	70%	5	25%	1	5%	20	100%
Spearman rho $r = 0.732$ $p = 0.000$								

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa dari 11 responden yang mempunyai pengetahuan baik didapatkan 7 responden memiliki tindakan mobilisasi dini yang baik, 4 responden memiliki tindakan mobilisasi dini cukup, 8 responden memiliki pengetahuan cukup didapatkan 7 responden melakukan

tindakan mobilisasi dini baik dan 1 responden memiliki tindakan mobilisasi dini cukup, 1 responden memiliki pengetahuan kurang didapatkan memiliki tindakan mobilisasi dini kurang juga. Dari hasil uji hubungan korelasi *spearman rho* didapatkan koefisien korelasi 0.723 yang menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara pengetahuan dan tindakan mobilisasi dini sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif). Sedangkan signifikansi 0.000 yang lebih kecil dari 0.01 ($0.000 < 0.01$) menunjukkan bahwa H_0 diterima yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar*. Jadi, dapat diartikan bahwa semakin meningkat pengetahuan, maka semakin baik tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun.

Tabel 5.3 Hubungan antara sikap dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun pada tanggal 7-31 Januari 2010

Sikap Responden	Tindakan Mobilisasi Dini						Jumlah	
	Baik		Cukup		Kurang		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Positif	7	35%	6	30%	1	5%	14	70%
Negatif	-	-	5	25%	1	5%	6	30%
Jumlah	7	35%	11	55%	2	10%	20	100%
Spearman rho $r = 0.632$ $p = 0.003$								

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa dari 14 responden yang mempunyai sikap positif didapatkan 7 responden memiliki tindakan mobilisasi dini yang baik, 6 responden memiliki tindakan mobilisasi dini cukup dan 1 responden memiliki tindakan mobilisasi dini kurang, 6 responden yang mempunyai sikap negatif didapatkan 5 responden memiliki tindakan mobilisasi

dini cukup dan 1 responden memiliki tindakan mobilisasi dini kurang. Dari hasil uji hubungan korelasi *spearman rho* didapatkan koefisien korelasi 0.632. Angka ini menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara sikap dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif positif). Signifikansi 0.003 lebih kecil dari 0.01 ($0.003 < 0.01$) menunjukkan bahwa H_0 diterima yang berarti ada hubungan antara sikap dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar*. Jadi dapat diartikan bahwa semakin baik sikap maka semakin baik pula tindakan mobilisasi dini post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun.

5.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan disajikan pembahasan hasil penelitian yang meliputi pengetahuan tentang mobilisasi dini, sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*), hubungan antara pengetahuan dengan sikap, hubungan antara pengetahuan dengan tindakan mobilisasi dini, dan hubungan antara sikap dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB .

Berdasarkan hasil penelitian, pada gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebanyak 11 responden mempunyai pengetahuan baik, 8 responden mempunyai pengetahuan cukup dan 1 orang mempunyai pengetahuan kurang. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah pendidikan. Gambar 5.1 menunjukkan responden berpendidikan SMA dan sarjana. Pada tabel tabulasi data, juga menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik

berpendidikan sarjana adalah 6 responden dari 8 responden. Responden yang mempunyai pengetahuan baik berpendidikan SMA adalah 5 responden dari 12 responden, berpengetahuan cukup sebanyak 6 responden dan berpengetahuan kurang sebanyak 1 responden.

Menurut Sunaryo (2004) pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan. Kegiatan pendidikan formal maupun informal berfokus pada proses belajar mengajar dengan tujuan agar terjadi perubahan yaitu dari tidak tahu menjadi tahu. Slameto (2003) mengatakan bahwa informasi fakta dan pengetahuan verbal dikenal/ dipelajari dengan cara mendengarkan orang lain/ dengan jalan membaca. Selain itu, menurut Herawani (2001) menyebutkan bahwa ada juga faktor yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan antara lain kurang keterampilan informasi, kurang mengulang pelajaran, adanya salah penafsiran, dan tidak familiernya dengan sumber informasi.

Dari uraian di atas, jelas terlihat bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, akan semakin luas pengetahuan yang dimiliki. Namun tidak menutup kemungkinan seseorang berpendidikan rendah juga mempunyai pengetahuan yang cukup atau baik karena selain dari pendidikan, seseorang juga banyak mengenal hal-hal baru dengan membaca, pengalaman dari orang lain, maupun dari sumber informasi lainnya.

Gambar 5.6 merupakan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebanyak 14 responden memiliki sikap positif dan 6 orang mempunyai sikap negatif terhadap mobilisasi dini post operasi *sectio Caesar*. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah pengalaman dan pengetahuan seseorang. Gambar 5.4 menunjukkan bahwa 10 responden mempunyai anak 2 orang dan 1

responden memiliki 3 orang anak. Tabel tabulasi data juga menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap negatif keseluruhan adalah responden yang baru memiliki 1 orang anak, dan dari 6 responden yang bersikap negatif 1 responden mempunyai pengetahuan yang kurang dan 5 responden pengetahuan cukup.

Menurut Kusnanto (2004) manusia sebagai titik sentral pelayanan keperawatan dan sebagai penerima asuhan keperawatan berhak mengambil keputusan bagi dirinya. Nursalam (2003) mengatakan bahwa tingkat respon antara individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu dan stressor yang diberikannya. Sejalan dengan itu, Sunaryo (2004) mengatakan bahwa pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap, berpengaruh terhadap sikap individu terhadap objek sikap tersebut. Azwar (2003) mengatakan bahwa pembentukan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan pengaruh faktor emosional.

Berdasarkan pembahasan tersebut di atas, diketahui bahwa sikap dipengaruhi oleh pengalaman seseorang. Selain itu, umur juga mempengaruhi sikap seseorang berdasarkan gambar 5.2 terlihat dari 6 responden yang memiliki sikap negatif 3 diantaranya merupakan responden dengan usia 20-25 tahun. Orang muda umumnya kurang perhitungan dengan akal dibandingkan orang tua yang penuh dengan kehati-hatian.

Hasil penelitian pada gambar 5.7 menunjukkan bahwa sebanyak 7 responden melakukan tindakan mobilisasi dengan baik, 11 responden tindakan mobilisasi dini cukup, dan 2 responden tindakan mobilisasi kurang. Ada beberapa

faktor yang mempengaruhi hal tersebut, diantaranya adalah pengalaman. Dari tabel tabulasi data bisa dilihat bahwa dari 7 responden yang melakukan tindakan mobilisasi dini dengan baik, 4 diantaranya telah mempunyai anak 2 orang.

Menurut Sunaryo (2004), tindakan individu tidak ada yang sama karena adanya perbedaan kepribadian yang dimiliki individu yang dipengaruhi oleh aspek kehidupan seperti pengalaman, usia, watak, tabiat, system norma, nilai dan kepercayaan yang dianutnya.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1, menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan hasil uji hubungan korelasi *spearman rho* didapatkan nilai kemaknaan $\rho = 0.000$ dengan koefisien korelasi 0.865.

Sudjana (2005) mengatakan bahwa sikap merupakan kesiapan dan kesediaan seseorang untuk menerima atau menolak suatu objek berdasarkan penilaian terhadap objek itu apakah berarti atau tidak bagi dirinya. Itulah sebabnya sikap berhubungan dengan pengetahuan dan perasaan seseorang tentang objek sikap juga dapat dipandang sebagai kecenderungan seseorang berperilaku. Hasil belajar sikap juga juga Nampak dalam bentuk kemauan, minat, perhatian, perubahan perasaan dll. Sikap dapat dipelajari dan dapat diubah melalui proses belajar. Ada juga pendapat lain, Sunaryo (2004) menyebutkan bahwa pembentukan dan perubahan sikap karena sudah dimilikinya pengetahuan, pengalaman, intelegensi, faktor emosional dan bertambahnya umur.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, di dapat hasil bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*). Pasien dengan pengetahuan kurang

akan bersikap negatif dan pasien dengan pengetahuan cukup/ baik akan bersikap positif. Akan tetapi, dalam beberapa kasus ada pasien yang memiliki pengetahuan cukup tetapi sikapnya negatif. Hal ini bisa terjadi karena faktor kepercayaan yang berasal dari pengalaman orang lain. Selain itu, ada juga pasien dengan pengetahuan kurang akan tetapi mempunyai sikap positif. Hal bisa terjadi karena perasaan takut kalau tidak melakukan mobilisasi dini akan terjadi infeksi atau luka jahitan yang tidak segera sembuh.

Berdasarkan hasil penelitian tabel 5.2 menunjukkan bahwa terdapat 7 responden berpengetahuan cukup memiliki tindakan mobilisasi dini baik. Dari hasil uji hubungan dengan menggunakan *spearman rho* didapatkan nilai kemaknaan $\rho = 0.000$ dengan koefisien korelasi 0.723 berarti ada hubungan kuat antara pengetahuan tentang mobilisasi dini dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun.

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku seseorang ditentukan oleh pengetahuan, sikap dan kepercayaan dari orang tersebut. Perilaku juga memiliki instrumental artinya seseorang dapat bertindak positif demi kebutuhan-kebutuhannya, sebaliknya jika tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan bertindak negatif. Pendapat Carl Roger yang dikutip oleh Nana Sudjana (2005) menyebutkan bahwa seseorang yang telah menguasai tingkat kognitifnya maka Perilaku orang tersebut sudah bisa diramalkan.

Pasien post operasi *sectio Caesar* yang memiliki pengetahuan baik tentang mobilisasi dini akan lebih mudah mendalami apa yang diketahui sehingga dapat membantu dalam upaya pembentukan tindakan mobilisasi dini. Meskipun pada kenyataannya ada pasien dengan pengetahuan cukup, namun tindakan mobilisasi

kurang hal .ini dikarenakan kurangnya pengalaman yang disebabkan baru pertama melakukan tindakan operasi *section caesar*

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.3 ada hubungan bermakna antara sikap dengan tindakan mobilisasi dini. Terdapat 6 responden sikap positif yang melakukan tindakan mobilisasi dini cukup, 5 responden sikap negative yang melakukan tindakan mobilisasi dini cukup dan 1 responden sikap positif memiliki tindakan mobilisasi dini kurang. Hasil uji hubungan *spearman rho* menunjukkan tingkat kemaknaan yang diperoleh $\rho = 0.003$ dengan koefisien korelasi 0.632.

Notoatmodjo (2003) mengatakan dalam teori WHO bahwa sikap positif terhadap nilai- nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata karena sikap akan terwujud di dalam tindakan tergantung pada situasi saat itu. Menurut Ajzen dan Fishbein (1980) yang dikutip Azwar (2003) mengemukakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang diteliti dan beralasan dan dampaknya terbatas pada hal- hal berikut, yaitu perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu, perilaku dipengaruhi oleh sikap dan norma- norma/ keyakinan, dan sikap, perilaku serta norma- norma subjektif membentuk suatu niat untuk berperilaku tertentu. Seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain agar ia melakukannya. Ada 3 postulat menurut warner dan DeFleur(1969) dikutip azwar (2003) yaitu (1) Postulat konsistensi mengatakan bahwa sikap verbal merupakan petunjuk yang cukup akurat untuk memprediksikan apa yang dilakukan seseorang bila ia dihadapkan pada suatu objek sikap. Postulat ini mengasumsikan adanya hubungan langsung antara sikap

dan perilaku. (2) postulat variasi independen mengatakan bahwa tidak ada alasan menyimpulkan bahwa sikap dan perilaku berhubungan secara konsisten. Sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dari diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku. (3) Postulat konsistensi tergantung mengatakan bahwa hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu. Norma-norma, keanggotaan, kelompok, kebudayaan merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah sikap dan perilaku. Oleh karena itu, sejauh mana prediksi perilaku dapat disandarkan pada sikap akan berbeda dari waktu ke waktu dan dari satu ke situasi kesituasi lainnya.

Pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) yang memiliki sikap negatif akan cenderung kurang dalam melakukan tindakan mobilisasi dini. Sebaliknya, apabila pasien memiliki sikap positif akan cenderung melakukan tindakan mobilisasi dini cukup/ baik. Namun, ada juga responden yang bersikap negatif dapat melakukan tindakan mobilisasi dini dengan baik, dan ada juga responden yang bersikap positif tetapi tindakan mobilisasi dini kurang. Hal ini dikarenakan sikap tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata dan sikap akan terwujud di dalam tindakan tergantung pada situasi saat itu. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti mengacu pada pengalaman orang lain, berdasarkan banyak/ sedikit pengalaman seseorang.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan melalui pengumpulan data di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono pada tanggal 7-31 Januari 2010, maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

1. Lebih dari 50% pasien post operasi *sectio Caesar* di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun mempunyai pengetahuan yang cukup dan baik mengenai mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)
2. Lebih dari 50% pasien post operasi *sectio Caesar* di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun mempunyai sikap positif dalam melakukan mobilisasi dini post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*)
3. Lebih dari 50% pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono melakukan tindakan mobilisasi dini dengan baik.
4. Pengetahuan berhubungan kuat dengan sikap tentang tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono. Pasien yang mempunyai

pengetahuan kurang akan cenderung bersikap negative dan yang mempunyai pengetahuan cukup atau baik akan bersikap positif.

5. Pengetahuan berhubungan kuat dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono. Semakin baik pengetahuan akan semakin baik pula tindakan mobilisasinya.
6. Sikap berhubungan kuat dengan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi *sectio Caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono. Sikap yang positif akan menunjukkan tindakan mobilisasi yg cukup atau baik sedangkan sikap yang negative menunjukkan tindakan mobilisasinya kurang.

6.2 Saran

1. Rumah Sakit harus menyusun SOP (*Standart Operasional Procedur*) mengenai mobilisasi dini pasien post operasi *section caesar* sehingga akan ada acuan dalam memberikan intervensi tindakan mobilisasi dini post operasi.
2. Rumah Sakit melaksanakan sosialisasi tentang prosedur - prosedur tindakan mobilisasi dini kepada tenaga kesehatan (bidan) untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan *health education* tentang mobilisasi dini kepada pasien

3. Tenaga kesehatan (bidan) yang bertugas di ruang kebidanan hendaknya selalu memberikan pendidikan kesehatan khususnya mengenai mobilisasi dini pada pasien yang akan melakukan operasi *sectio Caesar* maupun pasien post operasi *sectio Caesar* serta mengobservasi secara langsung dan berkala mengenai tindakan mobilisasi dini pasien sehingga bisa mempercepat proses penyembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 141, 246.
- Azwar S. (2003). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal 5, 24-27, 30-36, 87, 90-99.
- Bisri T. (2006). *Majalah Anestesi dan Critical Care*, Volume 24. Hal 24-27.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.1*. Jakarta: Buku Penerbit Kedokteran EGC. hal 463-476.
- Capernito. (2000). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia. Lippincott, hal 29.
- Dachlan, Latief dan Suryadi. (2002). *Petunjuk Praktis Anestesiologi Edisi 2*. Jakarta: Bagian Anestesiologi FKUI, hal 87-91.
- Dobson, MB. (2002). *Anestesi Konduksi, Penuntun Praktis Anestesi, Anesthesiat The Distric Hospital*, Alih Bahasa Adji Dharma. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, hal 124-125.
- Drajat, MT. (1985). *Kumpulan Kuliah Anestesiologi, Edisi Pertama*. Jakarta: Kelompok Minat penulisan Ilmiah kedokteran Salemba, hal 54.
- Garrison, SJ. (2004). *Dasar- dasar Terapi Rehabilitasi Fisik*. Widjaya CA. Jakarta: hal 49.
- Hendrardi. (2005). *Step By Step SPSS 13 Analisis Data Statistik*. Yogyakarta: Andi, hal 82.
- Kasdu. (2003). *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Jakarta: Pustaka pembangunan Swadaya Nusantara, hal 54.
- Keraf S dan Mikhael D. (2001). *Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis*. Jakarta: Kanisius, hal 35, 44, 49.
- Kozier. (1995). *Fundamental of Nursing, Concept, Process and Practice*. Redwood City California, hal 129.
- Latief. (2002) *Petunjuk Praktis Anestesiologi Edisi 2*. Jakarta: bagian Anestesiologi FKUI, hal 87-91.

- Mansjoer, A. (2005). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aescupalis, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 243-249, 261-264.
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC, hal 116, 415.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 96, 108, 128
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta, hal 114-116, 120-1331, 167-168.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 17, 81, 85-104.
- Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 89-95.
- Oswari, E. (2005). *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta:PT Gramedia, hal 20.
- Saryono. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendekia Press, hal 66-68.
- Sujana. (2005). *Dasar-dasar Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Sinar Baru Algensido, hal 48.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal 8-13, 201-205.
- Syaifuddin. (2003). *Buku Dewan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, hal 64.
- Wahyuningsih, dkk. (2006). *Modul Anestesi Regional, Bagian/ SMF Anestesiologi dan Reanimasi, FK Unair/ RSU. Dr. Soetomo Surabaya*, hal 4.
- Wirjoatmodjo. (2000). *Anestesiologidan Reanimasi, Modul Dasar untuk Pendidikan S1 Kedokteran*, Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi, Depdiknas. Jakarta, hal 24.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Ibu-ibu calon responden

di Ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono

Madiun

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, saya akan melaksanakan penelitian tentang “ Hubungan antara pengetahuan, sikap dan pelaksanaan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari tentang hubungan antara pengetahuan, sikap dan pelaksanaan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun.

Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan Ibu-ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaan Ibu-ibu mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban yang Ibu-ibu berikan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian permohonan saya, atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Edy Purwanto

NIM 010830377

KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilalukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan fakultas keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul “Hubungan antara pengetahuan, sikap dan pelaksanaan tindakan mobilisasi dini pada pasien post operasi *Sectio caesar* dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*) di ruang Kebidanan Merpati RSUD Dr. Soedono Madiun”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan kejelasan, sehingga saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

Madiun, Januari 2010

Responden

(.....)

LEMBAR KUESIONER

Tanggal pengisian :

No kode responden :

A. Data Demografi Pasien

Berilah tanda V pada jawaban yang anda pilih!

1. Pendidikan

- 1) SMA
- 2) Perguruan Tinggi

2. Umur

- 1) 20-25 tahun
- 2) 26-30 tahun
- 3) 31-35 tahun

3. Pekerjaan

- 1) Tidak bekerja
- 2) Swasta/ Wiraswasta
- 3) PNS

4. Jumlah anak

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3 atau lebih

B. Pengetahuan Pasien

Petunjuk : Berilah tanda v pada jawaban yang anda anggap benar!

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Mobilisasi dini adalah bergerak sesegera mungkin setelah operasi		
2.	Mobilisasi dini dilakukan dengan tidur/ istirahat sampai luka bekas operasi tidak sakit lagi.		
3.	Mobilisasi dini tidak bisa mengembalikan fungsi aktifitas tertentu yang membuat pasien kembali normal.		
4.	Tujuan mobilisasi adalah memperlancar peredaran darah dan membantu pernapasan agar menjadi lebih baik		
5.	Jika kita melakukan mobilisasi dini akan memperparah kondisi pasca operasi		
6.	Dengan melakukan mobilisasi dini, memungkinkan pasien untuk segera merawat anaknya.		
7.	Jika tidak melakukan mobilisasi dini akan menyebabkan pendarahan yang abnormal karena kontraksi uterus kurang baik.		
8.	Suhu tubuh akan tetap normal meskipun tidak melakukan mobilisasi dini.		
9.	Tahap I mobilisasi dini adalah dengan melakukan mobilisasi awal yang terdiri dari nafas dalam, duduk dan melakukan gerakan tangan dan kaki.		
10.	Mobilisasi turun dari tempat tidur dapat dilakukan oleh pasien pada saat 2 hari setelah operasi.		

C. Sikap Pasien

Petunjuk pelaksanaan : Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda anggap benar

NO	PERNYATAAN	SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
1.	saya akan melakukan mobilisasi awal nafas dalam dengan cara menhirup udara pelan- pelan sampai ke perut kemudian mengeluarkan lewat bibir dengan pelan- pelan.				
2.	Latihan gerakan kaki dan tangan tidak perlu dilakukan dalam mobilisasi dini				
3.	Saya melakukan gerakan latihan miring kiri dan miring kanan setiap 2 jam sekali secara bergantian 6 jam setelah operasi.				
4.	Meskipun tidak melakukan mobilisasi miring kiri dan miring kanan, tidak berpengaruh pada kesembuhan saya setelah operasi.				
5.	Latihan duduk setelah operasi dilakukan jika derakan miring kiri dan miring kanan sudah bisa saya lakukan dengan baik.				
6.	Mobilisasi duduk tidak perlu dilakukan karena jika luka setelah operasi sudah kering saya akan bisa duduk meskipun tanpa latihan.				
7.	Gerakan turun dari tempat tidur dilakukan dilakukan 1-2 kali sehari sesuai dengan kondisi pasien 24 jam setelah operasi.				
8.	Jika melakukan mobilisasi turun dari tempat tidur pada saat 1 hari setelah operasi akan mengakibatkan luka kembali membuka.				
9.	Mobilisasi berjalan yang pertama dilakukan adalah berjalan dengan dipegangi dan bantuan tongkat.				
10.	Mobilisasi berjalan dilakukan setelah luka bekas operasi mengering				

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

LEMBAR OBSERVASINO : **A. Identitas Pasien**

1. Nama :
2. Umur :
3. Pekerjaan :
4. Pendidikan :
5. Jumlah Anak :

B. Tindakan Mobilisasi Dini

NO	WAKTU	TINDAKAN PASIEN	YA	TIDAK
1.	0-5 jam	Pasien melakukan tindakan nafas dalam dengan benar		
2.	0-5 jam	Pasien melakukan mobilisasi awal batuk dengan benar		
3.	0-5 jam	Pasien dapat mobilisasi awal melakukan pergerakan ekstremitas dengan benar		
4.	6 jam	Pasien melakukan mobilisasi berputar miring kiri dan kanan secara bergantian dengan benar		
5.	12 jam	Pasien melakukan mobilisasi duduk tegak dengan benar		
6.	24 jam	Pasien dapat melakukan mobilisasi turun dari tempat tidur dengan benar		
7.	24-48 jam	Pasien dapat melakukan mobilisasi berjalan dengan bantuan dengan benar		

8.	48 jam	Pasien dapat naik ke tempat tidur dengan benar		
9.	48 jam	Pasien mampu melakukan mobilisasi bangkit dari tempat duduk dengan benar		
10.	48-72 jam	Pasien mampu berjalan tanpa bantuan		

Nonparametric Correlations

Correlations

			TINDAKAN	SIKAP	PENGTH
Spearman's rho	TINDAKAN	Correlation Coefficient	1.000	.632**	.723**
		Sig. (2-tailed)	.	.003	.000
		N	20	20	20
	SIKAP	Correlation Coefficient	.632**	1.000	.865**
		Sig. (2-tailed)	.003	.	.000
		N	20	20	20
	PENGTH	Correlation Coefficient	.723**	.865**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	20	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Tabel .. Hubungan antara pengetahuan dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar dengan anestesi SAB

Resp.	Variabel	
	Tindakan	Pengetahuan
1	70	80
2	80	80
3	70	60
4	50	50
5	70	60
6	70	60
7	80	80
8	70	60
9	80	80
10	70	70
11	70	70
12	80	80
13	70	80
14	70	60
15	50	60
16	80	80
17	80	80
18	70	80
19	80	80
20	70	80
Koef. Korelasi	0,723	
Signifikansi	0,000	

Koefisien korelasi pengetahuan terhadap tindakan adalah 0,723 Angka ini menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara pengetahuan terhadap tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif). Jadi dapat diartikan bahwa semakin meningkat pengetahuan maka semakin baik tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar, begitu juga sebaliknya.

Untuk signifikansi

Hipotesis:

Ho : tidak ada hubungan pengetahuan terhadap tindakan.

Hi : ada hubungan pengetahuan terhadap tindakan.

Dasar pengambilan keputusan:

1. Jika probabilitas $> 0,01$, maka Ho diterima

2. Jika probabilitas $< 0,01$, maka H_0 ditolak

Keputusan :

Berdasarkan tabel di atas diketahui signifikansinya adalah 0,000. Karena 0,000 lebih kecil dari 0,01 ($0,000 < 0,01$), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan antara pengetahuan terhadap tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar.

Tabel .. Hubungan antara sikap dan tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar dengan anestesi SAB

Resp.	Variabel	
	Tindakan	Sikap
1	70	53.35
2	80	58.15
3	70	36.57
4	50	36.57
5	70	48.89
6	70	34.17
7	80	53.35
8	70	36.57
9	80	60.55
10	70	53.35
11	70	53.35
12	80	55.75
13	70	55.75
14	70	31.77
15	50	50.96
16	80	55.75
17	80	58.15
18	70	62.95
19	80	58.15
20	70	55.75
Koef. Korelasi	0,632	
Signifikansi	0,003	

Koefisien korelasi sikap terhadap tindakan adalah 0,632 Angka ini menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara sikap terhadap tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif). Jadi dapat diartikan bahwa semakin baik sikap maka semakin baik pula tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar, begitu juga sebaliknya.

Untuk signifikansi

Hipotesis:

Ho : tidak ada hubungan sikap terhadap tindakan.

Hi : ada hubungan sikap terhadap tindakan.

Dasar pengambilan keputusan:

1. Jika probabilitas $> 0,01$, maka Ho diterima
2. Jika probabilitas $< 0,01$, maka Ho ditolak

Keputusan :

Berdasarkan tabel di atas diketahui signifikansinya adalah 0,003. Karena 0,003 lebih kecil dari 0,01 ($0,003 < 0,01$), maka Ho ditolak dan Hi diterima, artinya ada hubungan antara sikap terhadap tindakan mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar.

Tabel .. Hubungan antara pengetahuan dan sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar dengan anestesi SAB

Resp.	Variabel	
	Pengetahuan	Sikap
1	80	53.35
2	80	58.15
3	60	36.57
4	50	36.57
5	60	48.89
6	60	34.17
7	80	53.35
8	60	36.57
9	80	60.55
10	70	53.35
11	70	53.35
12	80	55.75
13	80	55.75
14	60	31.77
15	60	50.96
16	80	55.75
17	80	58.15
18	80	62.95
19	80	58.15
20	80	55.75
Koef. Korelasi	0,865	
Signifikansi	0,000	

Koefisien korelasi pengetahuan terhadap sikap adalah 0,865. Angka ini menunjukkan hubungan (korelasi) yang kuat antara pengetahuan terhadap sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar sebab koefisien korelasinya mendekati 1 (dengan arah hubungan positif). Jadi dapat diartikan bahwa semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar, begitu juga sebaliknya.

Untuk signifikansi

Hipotesis:

H_0 : tidak ada hubungan pengetahuan terhadap sikap.

H_1 : ada hubungan pengetahuan terhadap sikap.

Dasar pengambilan keputusan:

1. Jika probabilitas $> 0,01$, maka H_0 diterima
2. Jika probabilitas $< 0,01$, maka H_0 ditolak

Keputusan :

Berdasarkan tabel di atas diketahui signifikansinya adalah 0,000. Karena 0,000 lebih kecil dari 0,01 ($0,000 < 0,01$), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan antara pengetahuan terhadap sikap mobilisasi dini pasien post operasi sectio caesar.