

# SKRIPSI

## HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KLIEN PERI APPENDICULAR INFILTRAT TERHADAP TIRAH BARING PENELITIAN KORELASI DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD SIDOARJO

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Sarjana Sains Terapan (S.ST) Perawat Pendidik  
Keperawatan Medikal Bedah  
Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik



Disusun Oleh:

EKA KURNIA J R  
NIM. 010110262 R

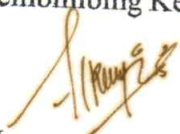
PROGRAM STUDI D-IV PERAWAT PENDIDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2002

## LEMBAR PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui Untuk Dipertahankan  
Pada Ujian Sidang Skripsi

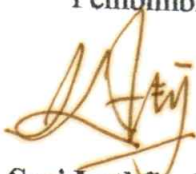
Menyetujui,  
Surabaya, 24 Juli 2002

Pembimbing Ketua



**Harmayetty, SKp**  
NIP : 132 276 198

Pembimbing



**Sari Luthfiah, SKp**  
NIP : 140 299 257

Mengetahui

Ketua Program Studi D IV Perawat Pendidik/PSIK  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya



**Prof. Eddy Soewandojo, dr, Sp.PD**  
NIP : 130 325 831

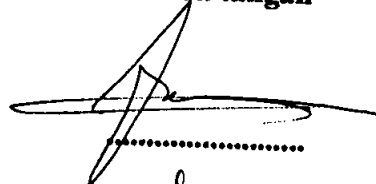
**LEMBAR PENGESAHAN**

**Telah Dipertahankan Didepan Tim Penguji  
Sidang Skripsi pada Program Studi D IV Perawat Pendidik  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Pada tanggal 25 Juli 2002**

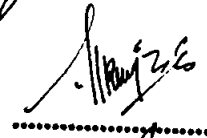
**Tim Penguji**

**Tanda tangan**

**Ketua : Nursalam, MNurs (HONS)**



**Anggota : Harmayetty, S.Kp**



**Anggota : Sari Luthfiyah, S.Kp**



**Mengetahui  
Ketua Program Studi D IV Perawat Pendidik/PSIK  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya**



**Prof. Eddy Soewandojo Dr.Sp.PD  
NIP : 130 325 831**

## **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

**Penulis**

**Eka Kurnia JR**

## MOTTO

*Manusia yang paling dicintai Allah adalah mereka yang  
paling bermanfaat bagi orang lain*

*Amal yang paling dicintai Allah adalah kegembiraan yang  
dimasukkan dalam jiwa seorang muslim*

## KATA PENGANTAR

Atas berkat rahmat Allah SWT yang telah melimpahkan karuniaNya sehingga penyusunan skripsi yang berjudul “ Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien Periappendicular Infiltrat terhadap Tirah Baring di Ruang Perawatan Bedah RSUD Sidoarjo” dapat terselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari semua pihak terkait, skripsi ini tidak dapat terselesaikan. Untuk itu, dengan segala hormat perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. Sp THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas pendidikan yang sedang diikuti.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr., SpPD selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAIR atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D IV Perawat Pendidik – FK UNAIR.
3. Soedarmadji, dr., direktur RSUD Sidoarjo yang telah memberikan bantuan dan fasilitas untuk terlaksananya pengumpulan data hingga selesai.
4. Harmayetty S.Kp, selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, pemikiran dan saran-saran serta pengarahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Sari Luthfiyah S.Kp, selaku pembimbing II yang penuh kesabaran untuk memberikan dorongan, bimbingan , pengarahan serta saran-saran dalam pembuatan skripsi ini.

6. Semua teman sejawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Sidoarjo yang telah berpartisipasi dalam memberikan data penelitian.
7. Para responden yang telah bersedia untuk menjadi obyek dalam penelitian ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa D IV Perawat Pendidik Angkatan V yang telah memberikan dukungan dalam menyusun skripsi ini.
9. Suami dan anak-anakku tercinta yang telah berkorban waktu, biaya dan memberikan dorongan moral serta semangat yang luar biasa kepada penulis dalam mengikuti pendidikan dan menyelesaikan skripsi ini.

Akhirnya, semoga bimbingan dan bantuan beliau mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT dan harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, Juli 2002

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.2.1 Pernyataan Masalah.....	3
1.2.2 Pertanyaan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Relevansi.....	5



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Konsep Penyuluhan .....	6
2.1.1. Tujuan Penyuluhan Kesehatan .....	6
2.1.2. Metode Penyuluhan Kesehatan .....	7
2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keefektifan Penyuluhan Kesehatan .....	9
2.2 Konsep Sikap .....	10
2.2.1 Ciri-ciri Sikap .....	10
2.2.2 Komponen Pokok Sikap .....	11
2.2.3 Tingkatan Sikap .....	12
2.2.4 Struktur Sikap .....	13
2.2.5 Pembentukan Sikap .....	14
2.3 Konsep Peri appendicular Infiltrat .....	16
2.3.1 Pathofisiologi .....	16
2.3.2 Ethnologi/Penyebab .....	17
2.3.3 Therapi.....	18
2.3.4 Komplikasi.....	19
2.4 Tirah Baring ( Bedrest Total ).....	20
2.5 Konsep Pengetahuan .....	21
2.5.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan .....	23
2.6 Kerangka Konsep .....	25
BAB 3 METODE PENELITIAN .....	26
3.1 Desain Penelitian.....	26
3.2 Kerangka Kerja / Framework.....	26

3.3	Identifikasi Variabel.....	27
3.3.1	Variabel Independent.....	27
3.3.2	Variabel Dependent.....	27
3.4	Definisi Operasional.....	28
3.5	Desain Sampling.....	31
3.5.1	Populasi.....	31
3.5.2	Sampel.....	31
3.5.3	Sampling .....	33
3.6	Pengumpulan dan Analisa Data.....	33
3.6.1	Instrumen.....	33
3.6.2	Tempat dan Waktu.....	34
3.6.3	Analisa Data.....	34
3.7	Etika Penelitian.....	35
3.7.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	35
3.7.2	Anonymity.....	35
3.7.3	Confidentially.....	35
3.8	Keterbatasan.....	36
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1	Hasil .....	37
4.1.1	Data Umum .....	37
4.1.2	Data Khusus .....	39
4.2	Pembahasan .....	46
4.2.1	Tingkat pengetahuan klien tentang tirah baring .....	46
4.2.2	Sikap klien terhadap tirah baring .....	47

4.2.3 Hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap klien terhadap tirah baring .....	48
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN.....	55

**DAFTAR TABEL**

	hal
<b>Tabel 4.1</b> Distribusi frekwensi umur dan jenis kelamin responden .....	38
<b>Tabel 4.2</b> Distribusi frekwensi tingkat pendidikan responden .....	39
<b>Tabel 4.3</b> Distribusi frekwensi tingkat pengetahuan responden .....	39
<b>Tabel 4.4</b> Tabulasi silang antara usia dan tingkat pengetahuan responden .....	40
<b>Tabel 4.5</b> Tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan responden .....	41
<b>Tabel 4.6</b> Tabulasi silang antara jenis kelamin dan tingkat pengetahuan responden .....	41
<b>Tabel 4.7</b> Distribusi frekwensi sikap responden .....	42
<b>Tabel 4.8</b> Tabulasi silang antara usia dan sikap responden .....	42
<b>Tabel 4.9</b> Tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan sikap responden .....	43
<b>Tabel 4.10</b> Tabulasi silang antara jenis kelamin dan sikap responden .....	44
<b>Tabel 4.11</b> Tabulasi silang antara tingkat pengetahuan dan sikap responden .....	45

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b>	<b>:</b>	<b>Lembar Persetujuan menjadi responden .....</b>	<b>55</b>
<b>Lampiran 2</b>	<b>:</b>	<b>Kuesioner .....</b>	<b>56</b>
<b>Lampiran 3</b>	<b>:</b>	<b>Tabulasi data .....</b>	<b>60</b>
<b>Lampiran 4</b>	<b>:</b>	<b>Analisa statistik .....</b>	<b>61</b>

## ABSTRACT

Periappendicular infiltrat is a complication kind of acute appendicitis with poor handling that cause mass formation in appendix. One type of conservative therapy for periappendicular infiltrat is total bedrest. It has to carry out for at least two weeks. A very long time and a monotonous measure resulted in surfeit for the client. As a result of the surfeit, the client has a wrong perception to the informations given by the nurse. One method to avoid this misinterpretation is by giving the client a right education about total bedrest.

As explanation above, researcher was interested to make a research about the relation between knowledge with the clients attitude toward total bedrest. This research took a place in surgical treatment room in District General Hospital (RSUD) of Sidoarjo.

Research design that was used was descriptive correlational. Samples were taken from clients with periappendicular infiltrat that was treated in surgical treatment room who had get health education and had not undergo surgery during Juni 2002. Total samples were 24 person, sample poll were taken by using non probability sampling type purposive sampling. The data were analyze by using Spearman statistical test with significancy level  $\rho \leq 0,05$  and Pearson's Chi-Square Test with significancy  $\alpha < 0,05$ .

The result of Spearman statistical test showed a positive correlation (0,660) and probability 0,000 which lied under standart numeral Spearman test probability (0,05). It meant that there were significant relation between health education with the clients attitude toward total bedrest.

Spearman correlation test result was 0,660 which lied above table numerical critic rho 0,409 that meant there were close relation between health education with the clients attitude.

Pearson's Chi-Square test result was 0,014 which lied under standart numeral Chi Square test ( 0,05 ). It meant that there were significant relation between health education with the clients attitude.

From this result, it can be concluded that an effective health education about total bedrest will make a better degree of succes in the treatment of clients with periappendicular infiltrat case.

**Key words** : periappendicular infiltrat, total bedrest, health education, client's attitude, knowledge

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Manusia adalah suatu sistem terbuka yang dapat berespon terhadap rangsangan, baik yang berasal dari lingkungan internal maupun eksternal darinya. Proses interaksi tersebut sering dikenal sebagai proses adaptasi. Adaptasi sendiri pada dasarnya sangat dipengaruhi oleh banyak faktor sehingga bentuk sikap/perilaku yang ditimbulkan juga beragam. Sebagai contoh, sikap penerimaan klien peri appendicular terhadap tindakan tirah baring. Karena tirah baring merupakan hal yang baru, maka klien perlu informasi yang jelas mengenai apa dan bagaimana tindakan tirah baring tersebut, sehingga klien akhirnya punya sikap positif/adaptif terhadap tindakan tersebut. Sebagaimana kita tahu bahwa pembentukan sikap dipengaruhi oleh faktor : orang lain, pengalaman pribadi, kebudayaan dan kepercayaan serta media massa. (Azwar,1995 )

Menurut data yang telah diperoleh peneliti dari rekam medik RSUD Sidoarjo, rata-rata penderita MRS dengan kasus bedah umum, 20% adalah kasus appendicitis dan 40%-nya adalah kasus peri appendicular infiltrat. Hal itu dapat dilihat sebagai berikut : tahun 2000, penderita MRS dengan kasus bedah umum sebanyak 3.102 orang, penderita appendicitis 610 orang dan 305 orang adalah penderita peri appendicular infiltrat. Pada tahun 2001 penderita MRS kasus bedah umum sebanyak 3.097 orang, penderita appendicitis 601 orang dan 298 orang adalah penderita appendicular infiltrat.

Bila peri appendiculer infiltrat sudah terjadi, maka tidak dianjurkan untuk melakukan tindakan pembedahan dengan alasan keamanan bagi penderita. Maka

terapi yang dianjurkan adalah terapi konservatif, yang berupa : total bedrest dalam posisi fowler, agar pus terkumpul di cavum douglasi selama 2 minggu, diet lunak bubur saring, dan pemberian antibiotika spektrum luas, observasi gejala kardinal serta pemantauan hasil laboratorium ( jumlah leukosit ) secara berkala. ( Ilmu bedah dan tehnik operasi I : 382 )

Pelaksanaan terapi konservatif yang memakan waktu relatif lama (minimal 2 minggu) bisa memicu timbulnya rasa jenuh, karena harus tirah baring di atas tempat tidur saja. Hal tersebut dapat mengakibatkan timbulnya sikap yang negatif terhadap segala bentuk prosedur perawatan/tindakan medis selanjutnya. Selain itu bisa disebabkan karena kurangnya pengetahuan klien tentang tirah baring itu sendiri. Dampak dari ketidaktahuan atau sikap negatif klien terhadap tirah baring bisa menyebabkan timbulnya komplikasi-komplikasi (peritonitis, abses, app. rekuren).

Salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap positif adalah pengetahuan, dalam hal ini pengetahuan terhadap manfaat sesuatu hal / tindakan sehingga klien mampu menentukan sikap dan mewujudkannya dalam suatu tindakan ( Djamaludin Ancok, 1985 ).

Pelaksanaan penyuluhan kesehatan terhadap klien peri appendicular infiltrat di ruang bedah menurut informasi dari perawat ruangan selalu diberikan saat klien masuk ruang rawat inap bedah, akan tetapi keefektifan dan sejauh mana pelaksanaan tersebut dilakukan belum pernah dilakukan suatu penelitian.

Berdasarkan hal tersebut di atas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian tentang : Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Klien Peri Appendicular Infiltrat Terhadap Tirah Baring Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Sidoarjo.



## **1.2 Rumusan Masalah**

### **1.2.1. Pernyataan Masalah**

Tirah baring adalah salah satu bentuk terapi konservatif pada klien peri appendicular ifiltrat, dimana dalam pelaksanaannya sering terlihat bahwa klien tidak mematuhi aturan yang telah ditetapkan. Penyebabnya bisa dikarenakan faktor usia, pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki oleh klien masih kurang.

Bertitik tolak dari hal tersebut maka pernyataan masalah dalam penelitian ini adalah sejauh mana faktor-faktor demografi bisa mempengaruhi pengetahuan klien dan apakah ada hubungan antara pengetahuan dan pembentukan sikap klien terhadap tirah baring.

### **1.2.2. Pertanyaan Masalah**

Adakah hubungan antara pengetahuan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tindakan tirah baring.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mempelajari hubungan antara pengetahuan dan sikap tirah baring penderita peri appendicular infiltrat di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengukur pengetahuan klien Peri appendiculer Infiltrat tentang tindakan tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo.
2. Mengukur sikap klien peri appendicular infiltrat setelah pelaksanaan penyuluhan kesehatan tentang tirah baring di ruang bedah RSUD Sidoarjo
3. Mengukur hubungan antara pengetahuan dan sikap tirah baring klien peri appendicular infiltrat di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo
4. Mengukur hubungan faktor demografi dengan pengetahuan dan sikap klien terhadap tirah baring.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Bagi profesi keperawatan dapat memberikan informasi mengenai faktor faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap yang adaptif terhadap tirah baring pada klien peri appendicular infiltrat.
2. Bagi institusi pelayanan dapat sebagai masukan dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan kepada klien peri appendicular infiltrat.
3. Bagi peneliti dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan sikap dan perilaku ketaatan pada klien peri appendiculer infiltrat.

### **1.5 Relevansi**

Sikap penerimaan yang negatif dalam hal ini perilaku ketaatan dapat diakibatkan oleh karena kurangnya pengetahuan dan informasi yang benar tentang tujuan dan manfaat tindakan tirah baring yang akan dilaksanakan. Untuk

menanggulangi masalah tersebut maka perlu dilakukan penyuluhan kesehatan pada saat klien masuk rumah sakit yang berisi tentang penatalaksanaan peri appendicular infiltrat, sehingga klien bisa menerima informasi dan tindakan tirah baring dengan sikap yang positif.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Penyuluhan

Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perorangan/kelompok dan meminta pertolongan bila perlu. (Depkes RI, 1995)

Watsor (1985) menekankan bahwa penyuluhan menyediakan informasi bagi klien dan dengan demikian membantu mereka mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. (Friedman, 1998:487)

Menurut *Committe President on Health Education (1997)* yang dikutip Soekidjo Notoatmodjo (1997), penyuluhan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan.

##### 2.1.1. Tujuan Penyuluhan Kesehatan

Friedman dalam bukunya *Keperawatan Keluarga* menyebutkan sebagai berikut :

- a) Untuk memberikan informasi sehingga klien mampu membuat keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.

- b) Untuk membantu klien agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- c) Untuk membantu klien beradaptasi terhadap realita penyakit dan pengobatannya.
- d) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974) yang dikutip Tafal (1984) sebagai berikut :

- a) Agar penderita ( masyarakat ) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan, keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
- b) Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
- c) Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
- d) Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

### **2.1.2. Metode Penyuluhan Kesehatan**

Metode atau cara penyuluhan tergantung pada tujuan penyuluhan yang ingin dicapai (I B Mantra, 1989 :55), dimana dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

- a) Bila tujuan yang dicapai dalam hal pengertian, maka pesan bisa disampaikan secara langsung dengan ceramah / tanya jawab, atau bisa juga disampaikan secara lisan dengan bentuk tulisan.
- b) Bila tujuannya untuk mengembangkan sikap positif, maka diperlukan alat pembantu supaya sasaran bisa melihat kenyataan/kejadian tersebut.
- c) Bila tujuannya untuk mengembangkan ketrampilan, maka selain diberikan penyuluhan juga harus ada alat dan kesempatan untuk mencoba sendiri sesuai petunjuk yang sudah diberikan.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan perawat sebagai tenaga pengajar, kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan serta kesediaan fasilitas pendukung.

Berikut adalah beberapa pengertian tentang metode penyuluhan kesehatan

a) Metode Ceramah

Ceramah pada hakekatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajaran dan sasaran belajar.

b) Metode Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan di antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin.

c) Metode Permainan Peran

Permainan peran adalah pemeranan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan analisis oleh kelompok.

d) Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suatu prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, dan cara berinteraksi. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media, seperti video dan film.

### 2.1.3. **Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keefektifan Penyuluhan Kesehatan :**

Menurut Friedman (1998:489), faktor-faktor yang mempengaruhi penyuluhan kesehatan adalah :

a) Faktor Klien :

- Motivasi anggota keluarga. Motivasi merupakan kekuatan/pendorong yang sangat penting untuk mengaktifkan individu tersebut untuk berubah.
- Usia
- Keadaan Psikologi
- Persepsi klien/anggota keluarga terhadap masalah-masalah kesehatan.

b) Faktor Komunikasi :

- Kurangnya pemahaman terhadap masalah
- Rentangan bahasa dan kebudayaan

- Rentangan sosioekonomi
  - Ketidakmampuan berkomunikasi secara jelas
- c) Faktor-faktor Situasional :
- Lingkungan
  - Waktu
  - Modalitas pengajaran yang digunakan

## 2.2. Konsep Sikap

Menurut disiplin ilmu psikologi, sikap ( attitude ) selalu berkenaan dengan objek tertentu yang dapat merupakan sikap pandangan/sikap perasaan dan itu memberi kecenderungan kepada seseorang untuk bertindak/berbuat sesuai dengan sikapnya terhadap sesuatu objek (Gerungan, W.A, 1981)

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tersebut ( Berkowitz, 1932 )

Newcomb pada tahun 1967 menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesedian untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka.

### 2.2.1 Ciri-ciri Sikap

Sikap mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a) Sikap bukan dibawa orang sejak lahir, melainkan dibentuk atau



dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan objeknya.

- b) Sikap itu dapat berubah-ubah, karena itu sikap dapat dipelajari orang/sebaliknya. Sikap dapat dipelajari karena sikap dapat berubah bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah berubahnya sikap tersebut.
- c) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mengandung relasi tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari/berubah senantiasa berkenaan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- d) Sikap itu dapat berkenaan dengan satu objek saja, tetapi dapat juga berkenaan dengan sederetan objek-objek yang serupa.

Dalam beberapa hal, sikap merupakan penentu yang penting dalam tingkah laku manusia, karena pembentukan sikap tidak terjadi dengan sendirinya atau dengan sembarangan saja, tetapi pembentukannya senantiasa berlangsung dalam interaksi manusia dan berkenaan dengan objek tertentu. Sebagai reaksi maka selalu berhubungan dengan dua alternatif yaitu senang atau tidak senang, mendukung atau tidak mendukung, menjauhi atau mendekati (Azwar,S, 1998)

### **2.2.2 Komponen pokok sikap**

Dalam bagian lain Allport ( 1954 ) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu :

- Kepercayaan ( keyakinan ), ide dan konsep terhadap suatu objek
- Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek

- Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen itu secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh, dimana penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

### 2.2.3 Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan, menurut Benyamin Bloom ( 1958 ) sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

1. Menerima ( receiving ), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
2. Merespon (responding), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau menjawab tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (valuing), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu sikap tingkat 3.
4. Bertanggung jawab (responsible), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

#### 2.2.4 Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari 3 komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, afektif dan konotatif. (Azwar,1995)

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan ini terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengertian seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari objek tertentu. Tentu saja kepercayaan itu berbentuk justru dikarenakan karena kurang/tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi
2. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subjektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi obyek yang termasuk.
3. Komponen konotatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak dipengaruhi perilaku. Maksudnya bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu adalah logis

untuk mengaharapkan bahwa sikap seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk tendensi perilaku terhadap obyek.

### **2.2.5 Pembentukan Sikap**

Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pangalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi / lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. (Azwar, 1995)

Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor tersebut dalam ikut membentuk sikap manusia.

#### **a) Pengalaman pribadi**

Apa yang telah dan sedang kita alami ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif, akan tergantung pada berbagai faktor.

#### **b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting**

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Seseorang memiliki sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat reinforcement (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

d) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dll mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal yang memberikan landasan berfikir baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat, akan memberi dasar efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman tentang baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

Hubungan antara sikap, pengetahuan dan perilaku yang dikemukakan oleh Djamaludin Ancok (1985 : 1) adalah sebagai berikut : Adanya pengetahuan tentang sesuatu hal dan adanya pengetahuan terhadap manfaat sesuatu hal menyebabkan orang mempunyai sikap positif atau negatif terhadap hal tersebut. Sikap positif akan menimbulkan keinginan untuk berbuat. Perbuatan yang sudah dilaksanakan disebut perilaku. Kalau seseorang tidak mengetahui sesuatu hal dengan jelas maka sulit bagi seseorang tersebut untuk menentukan sikap dalam mewujudkannya dalam suatu perbuatan.

### 2.3. Konsep Peri appendicular infiltrat

*Peri appendicular infiltrat* sendiri merupakan bentuk komplikasi dari *appendicitis acut* yang tidak tertangani ( terlambat penanganan ), dimana appendiks telah mengalami pendindingan sehingga berupa massa yang terdiri dari kumpulan appendiks sekum dan keluk usus. Pada massa *peri appendicular* yang pendindingannya belum sempurna dapat terjadi penyebaran pus ke seluruh rongga peritoneum, jika perforasi diikuti peritonitis purulenta generalisata. (Sjamsuhidayat,1997)

Bila teraba massa, berarti sudah terjadi suatu peri appendicular infiltrat atau suatu peri appendicular abscess. ( Infiltrat biasanya terjadi pada hari ke-3, sedang absess umumnya terjadi pada hari ke 4 – 5 )

#### 2.3.1 Pathofisiologi

Appendicitis acut pada dasarnya adalah suatu proses obstruksi ( fecolith, benda asing, stricture, tumor) yang disusul dengan proses infeksi. Secresi yang

banyak meningkatkan tekanan intra luminal dengan akibat obstruksi vena dan trombosis sehingga terjadi oedema dan ischemi appendic, yang disebut fase suupurative appendicitis.

Seterusnya proses patologis mungkin mengenai sistem arterial appendic, dimana dengan vascularisasi yang sangat kurang akan mengalami ganggrene / infarct yang dapat menimbulkan perforasi appendicitis.

Jika appendic tidak terjadi secara progressive maka terbentuklah perlekatan pada lubang usus, peritoneum dan omentum yang mengelilingi appendic. Kecepatan rentetan peristiwa tersebut tergantung pada : virulensi mikroorganisme, daya tahan tubuh, fibrosis pada dinding appendic, omentum dan organ lain yang mencoba membatasi dan melokalisir proses peradangan. Bila proses melokalisir ini belum selesai dan sudah terjadi perforasi maka timbul peritonitis. Walaupun proses melokalisir sudah selesai tetapi masih belum cukup kuat menahan tarikan/tegangan dalam cavum abdominalis, karena itu pasien harus benar-benar bedrest.

Kadang-kadang appendiscitis terjadi bukan karena obstruksi tetapi karena penyebaran infeksi dari organ lain secara hematogen ke appendic, sehingga terjadi mutiple abses pada apendic dan pembesaran lnn mesentrica regional.

### **2.3.2 Ethnologi/penyebab**

Karena peri appendicular infiltrat adalah bentuk komplikasi dari appendicitis acut, maka penyebabnya merupakan penyebab dari appendicitis acut, yaitu :

1. Adanya sumbatan lumen appendic oleh karena : hiperplasi jaringan limfe, fekolit, tu.appendic dan cacing askaris

2. Adanya erosi mukosa appendic karena parasit
3. Faktor kebiasaan makan makanan yang rendah serat

Sedangkan gejala / tanda-tanda terjadinya peri appendicular infiltrat adalah sebagai berikut : didahului gejala-gejala appendicitis akut, yaitu : perasaan kurang enak, mual, nyeri tekan dan nyeri lepas serta defans muskuler setempat di titik McBurney. Nyeri timbul terutama bila dipakai untuk berjalan, batuk, dan mengejan, serta adanya massa dalam fossa iliaka kanan yang mobil. (Sjamsuhidayat, 1997 : 866)

### 2.3.2. Therapi

Bila telah terjadi *peri appendicular infiltrat* maka dilarang membuka perut dan terapi sementara untuk 6 – 8 minggu adalah konservatif. Dalam kelompok ini, jika selama terapi demam tidak menghilang, nyeri tekan menetap atau pasien mengalami obstruksi maka appendektomi segera dilakukan.

Terapi konservatif pada *peri appendicular infiltrat* :

1. Total *bedrest* posisi fowler, agar pus terkumpul di *cavum douglassi*, selama 2 minggu
2. Diet lunak bubur saring
3. Antibiotika spektrum lebar dengan resolusi demam 36 – 48 jam selama 5 – 7 hari, baru antibiotika oral selama 2 minggu. Analgesic kalau perlu.
4. Observasi suhu dan nadi
5. Laboratorium : - BBS (LED) < 20 mm, jumlah leukosit < 10.000/lp



*Peri appendicular infiltrat* dianggap tenang ( suatu keadaan dimana klien sudah siap dilakukan tindakan pembedahan), bila :

1. Anamnesa : Penderita tidak mengeluh sakit/nyeri abdomen
2. Pemeriksaan fisik :
  - a) Keadaan umum baik (suhu normal diukur rektal dan axilar)
  - b) Tanda-tanda appendicitis hilang
  - c) Mass sudah mengecil/hilang
3. Laboratorium
  - a) LED kurang dari 30 mm
  - b) Leukosit normal ( < 10.000 /lp )

Bila tanda-tanda tersebut di atas terpenuhi, maka operasi bisa dilakukan.

Kira-kira sepertiga pasien yang diterapi secara non operatif akan menderita *appendicitis rekuren*. Dengan demikian, pasien yang diterapi secara non operatif harus menjalani appendektomi dengan interval 6 – 8 minggu setelah *appendicitis* awal. (Cameron, 1997 : 293)

Insiden *appendicitis* rekurens adalah 10% dari spesimen appendektomi yang diperiksa secara patologik. (Sjamsuhidajat, 1997 : 874)

### 2.3.3. Komplikasi

1. Perforasi .

Disebabkan karena dinding *appendic* mengalami ganggrene, sehingga dapat menyebabkan timbulnya abscess lokal ataupun suatu peritonitis generalisata. Tanda-tanda bila terjadi perforasi adalah :

- a. Nyeri lokal berganti menjadi nyeri menyeluruh pada abdomen

- b. Suhu tubuh tinggi ( $> 39^{\circ}$ )
  - c. Nadi semakin cepat
  - d. Bising usus berkurang
  - e. Perut distended
2. Abscess

Abscess terbentuk bila ada omentum atau usus lain yang dengan cepat membendung daerah appendix yang mengalami ganggrene. uatu abscess perlu waktu 3-4 hari untuk pembentukkannya, dengan tanda-tanda :

- a. Nyeri fossa iliaca kanan selama 3-4 hari itu
- b. Massa yang fixed, nyeri tekan dan tepi atas massa bisa diraba
- c. Suhu yang meningkat
- d. Leukositosis
- e. Bila appendic intrapelvinal, maka massa dapat diraba pada rectal touche sebagai massa yang hangat

#### **2.4. Tirah baring ( Bedrest Total )**

Menurut SOP ruang bedah RSUD Sidoarjo, yang dimaksud dengan tirah baring adalah keadaan pembatasan mobilitas fisik dalam jangka waktu yang telah ditentukan yang disebabkan oleh karena keadaan sakitnya.

Khusus untuk penderita peri appendicular infiltrat, dijelaskan bahwa :

- a) Lamanya tirah baring minimal selama 2 minggu
- b) Posisi yang diperbolehkan adalah telentang, miring ke kanan dan kiri
- c) Posisi kepala harus lebih tinggi dari letak kaki ( $30 - 45^{\circ}$ )

Beberapa keuntungan yang diperoleh dari pelaksanaan tindakan tirah baring adalah :

- a) Waktu perawatan semakin pendek
- b) Biaya perawatan lebih sedikit / ringan
- c) Mencegah timbulnya komplikasi
- d) Proses penyembuhan lebih cepat

Sedangkan kerugian bila tidak melaksanakan tirah baring sesuai SOP adalah hal sebaliknya, yaitu :

- a) Waktu perawatan menjadi lebih lama
- b) Biaya perawatan semakin mahal / tinggi
- c) Kemungkinan bisa timbul komplikasi
- d) Proses penyembuhan menjadi lebih lama

Berbagai masalah baik psikologis maupun fisik dapat terjadi pada saat pelaksanaan tirah baring, diantaranya adalah :

- a) Klien mengalami penurunan motivasi belajar ( sulit menerima anjuran, sulit menerima penyuluhan/pendidikan kesehatan yang diberikan )
- b) Ekspresi emosi yang berlebihan ( menarik diri, apatis, agresif )
- c) Gangguan gastrointestinal ( anoreksia, diare / konstipasi )
- d) Gangguan saluran perkemihan ( stasis urine, retensi urine )

( Robert Priharjo,1992 : 11 )

## **2.5. Konsep Pengetahuan**

Dalam taksonomi Bloom, pengetahuan merupakan level pertama yang mencakup ketrampilan sederhana atau tingkat pengetahuan pertama dari keenam

katagori yaitu pemahaman, penerapan, analisis, sintesis dan evaluasi. ( Paulina Pannen, 1997 )

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. ( Notoatmodjo,1993 :127-128 )

Pengetahuan itu sendiri banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adalah pendidikan formal. Jadi pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan adanya seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi bukan berarti yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Karena peningkatan pengetahuan bisa diperoleh di pendidikan non formal juga. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek mengandung dua aspek yaitu positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka menumbuhkan sikap makin terhadap objek tersebut. ( Ancok, 1985 ).

Menurut Notoatmodjo (1995) pengetahuan yang tercakup dalam domain pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1. Tahu ( Know )

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya adalah mengingat kembali ( recall )

terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan rangsangan yang telah diterima

2. Memahami ( Komprehension )

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan mampu menginterpretasikan kembali secara benar.

3. Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi / kondisi nyata (misalnya : penggunaan hukum-hukum, rumus, prinsip).

4. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan saling terkait.

5. Sintesis

Menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan/menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi

Adalah penilaian yang berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang ada.

### **2.5.1 Faktor - faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, yakni :

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah serta berlangsung seumur hidup

(Notoatmodjo,1993 : 2). Menurut I.B.Mantra (1994 : 2) makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain, media massa sehingga pengetahuan yang diterima semakin banyak.

## 2. Pengalaman

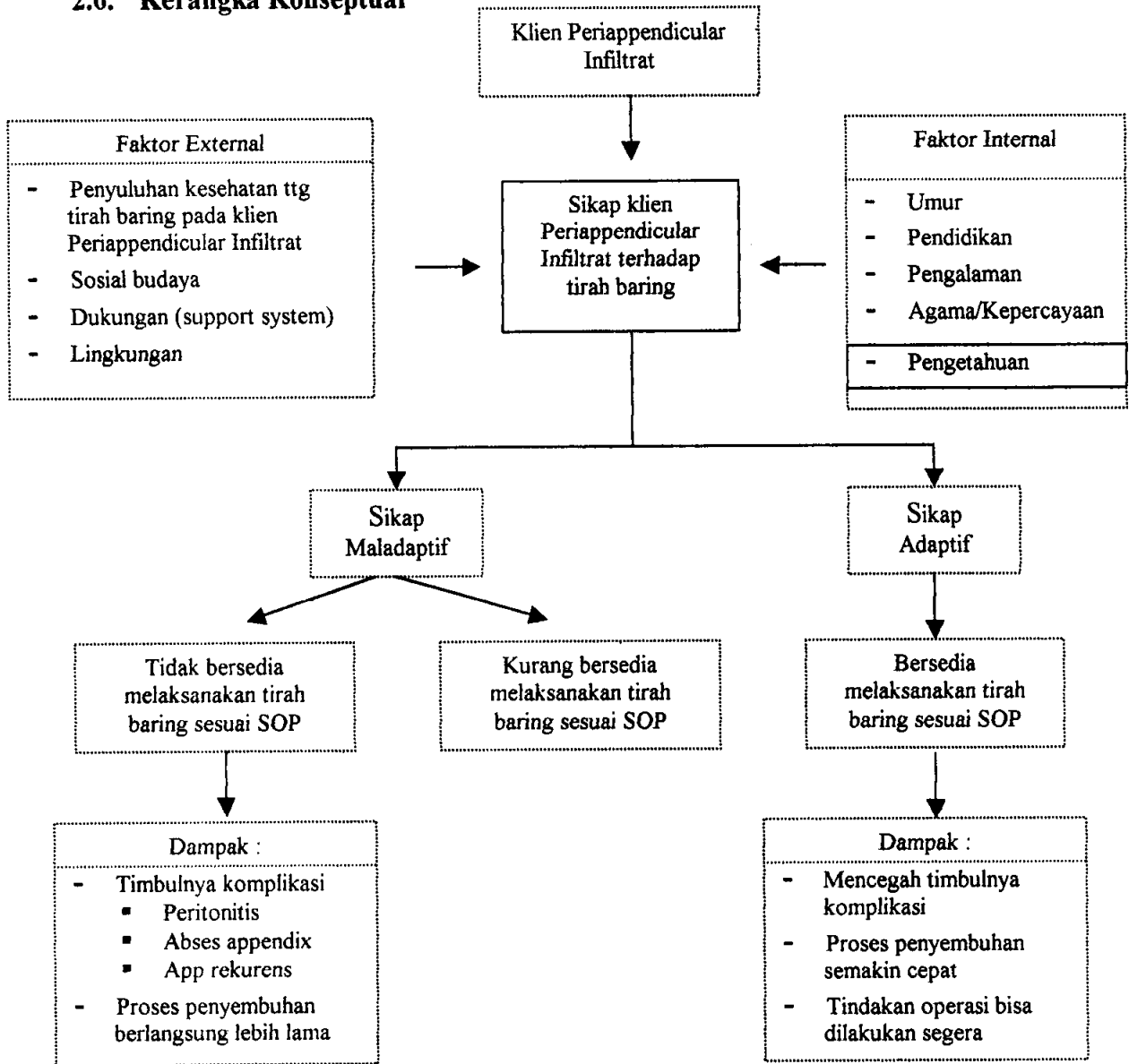
Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata. (Jones dan Beck,1996)

## 3. Umur

Berdasarkan dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup, maka :

- a) Semakin tua seseorang semakin bijaksana, semakin banyak informasi dan banyak hal yang dijumpai akan menambah pengetahuannya
- b) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua, karena akan mengalami kemunduran baik fisik maupun mental.

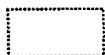
**2.6. Kerangka Konseptual**



Keterangan :



Diteliti



Tidak diteliti

**HIPOTESA**

Ho : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap klien periappendicular infiltrat terhadap tirah baring.

## BAB 3

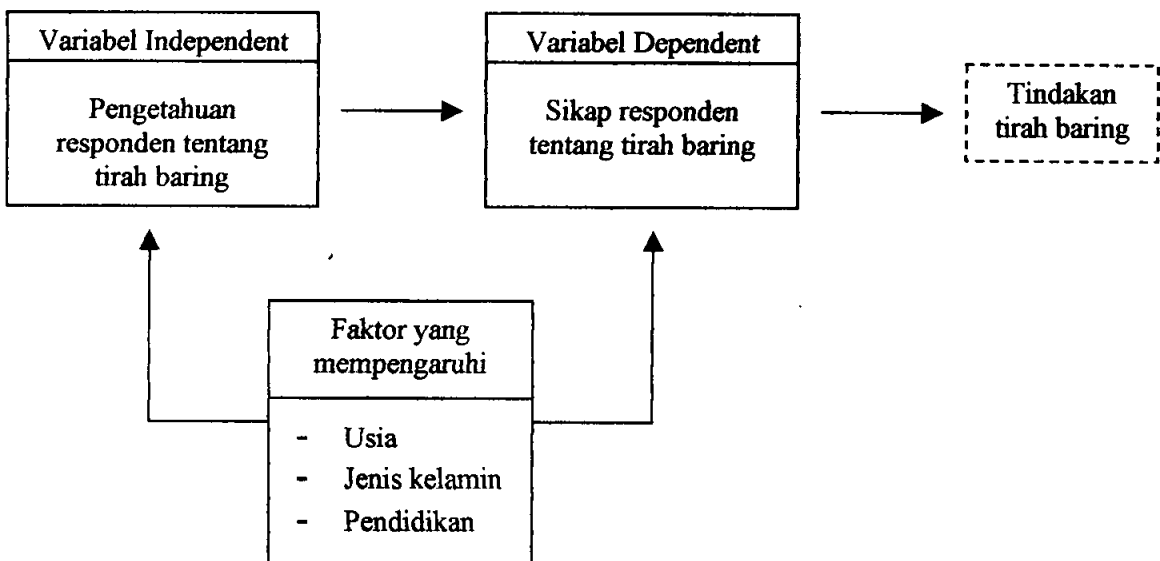
### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang mencakup identifikasi masalah, perumusan dan operasional hipotesa dan analisis data yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitiannya. (Sastroasmoro – Ismael, 1995 :52)

Dalam penelitian ini menggunakan desain Korelasional, yaitu suatu bentuk penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel. Peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, menguji berdasarkan teori yang ada. Hubungan korelatif mengacu pada kecenderungan bahwa variasi suatu variabel diikuti oleh variasi variabel yang lain ( Nursalam & Siti Pariani, 2001 ).

#### 3.2. Kerangka Kerja (Framework)



Keterangan :

▭ : diteliti

▭ : tidak diteliti



### **3.3. Identifikasi Variabel**

Variabel adalah karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subyek ke subyek lainnya. (Sastroasmoro – Ismael, 1995 :156)

#### **3.3.1 Variabel Independent**

Variabel independent atau variabel bebas adalah suatu stimulus aktifitas yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada dependent variabel. ( Nursalam, 2000 ) Variabel yang dimaksud adalah pengetahuan klien terhadap tirah baring.

#### **3.3.2 Variabel Dependent**

Variabel dependent atau variabel tergantung disebut juga efek adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. ( Sastro Asmoro, 1995 )

Variabel dependent pada penelitian ini adalah sikap klien terhadap tirah baring.

### **3.4. Definisi Operasional**

## 3.4. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Mengukur	Skala	Skor
Variabel Independent : Pengetahuan tentang tirah baring	Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penginderaan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. ( Notoatmodjo, 1993 )	Kemampuan klien untuk menjelaskan kembali sesuai protap penyuluhan peripendicular infiltrat yang berisi tentang : 1. Pengertian tirah baring 2. Maksud dan tujuan tirah baring 3. kerugian dan keuntungan tirah baring 4. Waktu/lamanya tirah baring 5. Pergerakan yang diperbolehkan selama tirah baring 6. Penyulit yang bisa timbul waktu tirah baring	Kuesioner	Ordinal	Terdiri dari 15 pertanyaan tertutup dengan nilai jawaban : Benar, nilai = 2 Salah, nilai = 1 Pengetahuan dikategorikan menjadi : Baik ( kode 3 ) , bila jawaban klien yang betul antara 12-15 dari 15 pertanyaan ( 76 – 100%) Cukup ( kode 2 ), bila jawaban klien yang betul antara 9 – 10 dari 15 pertanyaan ( 56 – 75%)

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Mengukur	Skala	Skor
	Tirah baring adalah keadaan dimana seseorang diharuskan untuk istirahat dan tidur (pembatasan aktivitas) dalam posisi tertentu dan dalam waktu yang telah ditentukan				Kurang ( kode 1 ), bila jawaban klien yang betul antara 1-8 dari 15 pertanyaan ( < 55% )
Variabel Dependent : Sikap	Sikap ( attitude ) adalah pandangan / perasaan yang memberi kecenderungan untuk bertindak / berbuat sesuai dengan sikapnya terhadap sesuatu obyek	Sikap klien mengenai tirah baring, yaitu : 1. Kemauan klien mengungkapkan kembali tentang : - pengertian tirah baring - maksud dan tujuan tirah baring - kerugian dan keuntungan selama tirah baring	Kuesioner	Ordinal	Terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai ; Sangat setuju ( SS ) = 5 Setuju ( S ) = 4 Ragu ( R ) = 3 Tidak setuju ( TS ) = 2 Sangat Tidak Setuju ( STS ) = 1

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Mengukur	Skala	Skor
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- lamanya pelaksanaan tirah baring</li> <li>- pergerakan yang diperbolehkan selama tirah baring</li> <li>- penyulit yang bisa timbul selama tirah baring</li> </ul>			<p>Maka sikap dikategorikan :            Adaptif ( kode 2 ), bila  <math>T &gt; \text{mean data}</math>            Kurang adaptif ( kode 1), bila  <math>T &lt; \text{mean data}</math>, dengan            penghitungan :  <math display="block">T = 50 + \frac{X - \bar{X}}{SD}</math>            Keterangan :  <math>X</math> = skor yang didapat klien  <math>\bar{X}</math> = skor rata-rata dalam kelompok  <math>SD</math> = standar baku deviasi ( 1,98 )</p>

### 3.5. Desain Sampling

#### 3.5.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari obyek penelitian atau obyek yang akan diteliti. (Notoatmojo, 1993 :35)

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita *Peri appendicular Infiltrat* yang dirawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Sidoarjo dalam kurun waktu penelitian dilaksanakan.

#### 3.5.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti. ( Suharsimi A, 1998 ).

Untuk menentukan besarnya sampel ada 4 faktor yang perlu dipertimbangkan, yaitu :

- a) Derajat keseragaman dari populasi. Semakin seragam populasi makin kecil sampel yang dapat diambil
- b) Presisi yang dikehendaki peneliti. Makin tinggi tingkat presisi yang dikehendaki, makin besar jumlah sampel yang harus diambil.
- c) Rencana analisa
- d) Tenaga, biaya dan waktu

Karena tidak adanya patokan yang baku mengenai pengambilan besar sampel, dengan mempertimbangkan ke-4 faktor diatas maka jumlah sampel yang akan diambil tergantung pada peneliti sendiri. ( Suharsimi A, 1991 )

Besar sampel dalam penelitian ini merupakan populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000 ( jumlah rata-rata penderita dirawat : 26 orang ), dapat menggunakan formula berikut ini :

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

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

D = Tingkat ketepatan yang diinginkan ( 0,05 )

( Metodologi penelitian Kesehatan, Dr Soekidjo N, 2002 )

Sehingga besar sampel pada penelitian ini :

N = 26 orang

$$n = \frac{26}{1 + 26 (0,05^2)}$$

n = 24,413

Jadi besar sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah 24 orang.

Kriteria inklusi :

Adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak untuk diteliti, yaitu :

1. Klien dengan diagnosa medis peri appendicular infiltrat
2. Klien peri appendicular infiltrat yang sudah mendapat penyuluhan kesehatan.
3. Klien belum dilakukan tindakan operasi.
4. Klien bersedia menjadi responden.

Kriteria Eksklusif :

Adalah klien yang tidak layak untuk diteliti menjadi sampel, yaitu :

1. Klien tidak bersedia untuk diteliti.
2. Klien peri appendicular infiltrat yang belum mendapat penyuluhan kesehatan.
3. Klien peri appendicular infiltrat yang sudah mengalami operasi.

### **3.5.3. Sampling**

Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling yaitu cara pengambilan sampel dengan cara setiap obyek yang memenuhi kriteria inklusi penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah obyek yang diperlukan terpenuhi. (Sastroasmoro & Ismail, 1995)

Jenis pengumpulan datanya adalah non-probability sampling, dimana setiap klien peri appendicular infiltrat yang dirawat di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo dan memenuhi kriteria inklusi penelitian dimasukkan dalam sampel penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi.

## **3.6 Pengumpulan dan Analisa Data**

### **3.6.1 Instrumen**

Cara pengumpulan data variabel independent dan variabel dependent menggunakan instrumen kuisioner, dimana sebelum pelaksanaan klien diberi

penjelasan terlebih dahulu oleh peneliti tentang maksud dan tujuan penelitian supaya responden bisa kooperatif.

### 3.6.2 Tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap bedah ( Bedah laki-laki, Bedah perempuan dan Bedah kelas ) RSUD Sidoarjo, selama bulan Juni tahun 2002.

### 3.6.3 Analisa data

Kuisisioner yang sudah diisi oleh responden diberi kode sesuai kriteria yang telah ditentukan, ditabulasi, dianalisa secara kuantitatif, selanjutnya data diolah dengan uji statistik Spearman untuk melihat hubungan antara pengetahuan dan sikap, dan datanya dalam bentuk jenjang ( strata ) dengan kemaknaan  $p \leq 0,05$ .

Setelah didapatkan nilai rho dari uji Spearman untuk korelasi, maka nilainya dibandingkan dengan nilai yang ada pada tabel rho. Jika nilai rho hasil uji Spearman  $\leq 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang berarti ada hubungan antara dua variabel, tetapi jika nilai rho Spearman  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara kedua variabel.

Pada penelitian ini selain dilakukan uji Spearman juga dilakukan uji Chi Square untuk melihat hubungan antara faktor-faktor demografi dengan pengetahuan dan sikap klien. Uji Chi Square dilakukan dengan cara Crostabs yaitu data yang sudah dikumpulkan dilakukan tabulasi data dengan teknik tabulasi silang, selanjutnya diuji dengan uji Chi Square Pearson. Untuk mengetahui tingkat signifikan hubungan bisa dilihat pada hasil angka alfa hitung uji Chi Square, jika



hasil yang didapatkan di bawah 0,05 maka dikatakan ada hubungan yang signifikan yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima dan jika angka alfa melebihi 0,05 maka tidak ada hubungan yang berarti  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak.

### **3.7 Etika Penelitian**

Setelah mendapat ijin dari pihak Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Direktur RSUD Sidoarjo untuk mendapatkan persetujuan guna pengambilan data, dengan menekankan pada masalah etik sebagai berikut :

#### **3.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden**

Lembar persetujuan diberikan kepada obyek yang akan diteliti disertai penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian. Bila obyek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan, sebaliknya bila obyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

#### **3.7.2 Anonimity ( tanpa nama )**

Untuk menjaga kerahasiaan, identitas responden tidak perlu mencantumkan nama, tetapi hanya diberi nomor / kode tertentu.

#### **3.7.3 Confidentially ( kerahasiaan )**

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga oleh peneliti, penyajian dan pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah penelitian.

### 3.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian ( Burns and Grove, 1991 )

Keterbatasan yang dihadapi peneliti dalam penelitian ini adalah :

- a) Waktu penelitian yang terbatas, sehingga jumlah sampel pun terbatas
- b) Jumlah sampel yang diteliti hanya 24 responden sehingga belum representatif untuk suatu penelitian
- c) Dengan menggunakan instrument kuisisioner untuk pengumpulan data, maka lebih dipengaruhi oleh subyektifitas responden
- d) Kurangnya pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian terutama dalam hal pengolahan dan analisa data
- e) Instrumen kuisisioner untuk pengumpulan data belum pernah diujicobakan, sehingga hasilnya kurang representatif

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisikan tentang hasil dan pembahasan penelitian yang pengambilan datanya telah dilaksanakan mulai tanggal 3 Juni 2002 sampai dengan 6 Juli 2002 di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo.

Analisa data dilakukan secara deskriptif analitik, dimana data terdiri dari data umum dan data khusus. Data umum meliputi usia, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin dan gambaran RSUD Sidoarjo secara umum, sedangkan data khusus mengenai cross tabulasi antara data demografi dengan variabel dependen dan antara variabel independent dengan variabel dependent. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap klien peri appendiculer infiltrat terhadap tindakan tirah baring peneliti menggunakan uji statistik korelasi Spearman ( $\rho$ ) dengan taraf signifikansi  $\rho < 0,05$ . Bila angka probabilitas  $\rho < 0,05$  maka terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima.

Selain menggunakan uji Spearman, peneliti juga menggunakan uji Chi Square untuk mengetahui tingkat kemaknaan / signifikan antara data demografi dengan sikap dengan tingkat kemaknaan  $\rho < 0,05$  dimana jika nilai  $\alpha$  hitung yang didapat dari uji Chi square lebih rendah dari  $\alpha$  hitung standar, maka terdapat hubungan yang signifikan dan  $H_1$  diterima.

#### 4.1. Hasil

##### 4.1.1. Data Umum

Data umum pada penelitian ini meliputi gambaran RSUD Sidoarjo secara umum, distribusi frekuensi jenis kelamin dan umur serta tingkat pendidikan

responden, disajikan dalam bentuk narasi dan tabel distribusi frekwensi sebagai berikut :

RSUD Sidoarjo adalah Rumah Sakit Umum Swadana tipe B non pendidikan yang terletak di Jalan Mojopahit 667 Sidoarjo. Kapasitas tempat tidur yang tersedia pada Instalasi Rawat Inap adalah sebanyak 321 tempat tidur dengan jumlah perawat sebanyak 223 orang yang terdiri dari pegawai negeri sipil dan tenaga kontrak. BOR pada bulan Mei 2002 adalah 79 %.

**Tabel 4.1 Distribusi frekwensi umur dan jenis kelamin responden di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.**

Umur	Jenis Kelamin				Prosentase	
	Laki-laki		Perempuan		N	%
	n	%	n	%		
< 20 thn	6	25%	2	8,3%	8	33,3%
21 – 29 th	5	20,8%	2	8,3%	7	29,2%
30 – 39 th	2	8,3%	3	12,5%	5	20,8%
> 40 th	1	4,2%	3	12,5%	4	16,7%
Total	14	58,3%	10	41,7%	24	100%

Berdasarkan data diatas, dari 24 responden jumlah responden terbanyak adalah laki-laki dengan usia di bawah 20 tahun yaitu sebanyak 6 orang ( 25 % ) dan paling sedikit di atas 50 tahun dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 1 orang ( 4,2 % ).

**Tabel 4.2 Distribusi frekwensi tingkat pendidikan responden di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.**

Pendidikan	Frekwensi	Prosentase
SD	4	16,7%
SLTP	5	20,8%
SLTA	10	41,7%
Sarjana	5	20,8%
Total	24	100%

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa dari 24 responden, responden terbanyak berpendidikan SLTA, yaitu sebanyak 10 orang (41,7%) dan responden dengan pendidikan SD paling sedikit yaitu 4 orang (16,7%)

#### 4.1.2. Data Khusus

Data khusus pada penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan, sikap klien terhadap tirah baring, hubungan antara pendidikan dan sikap serta hubungan antara pengetahuan dan sikap klien.

**Tabel 4.3 Distribusi frekwensi tingkat pengetahuan tentang tirah baring pada klien peri appendicular infiltrat di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.**

Katagori	Frekwensi	Prosentase
Baik	10	41,7%
Cukup	6	25%
Kurang	8	33,3%
Total	24	100%

Berdasarkan data diatas dari 24 responden yang mendapat penyuluhan, yang berpengetahuan baik sebanyak 10 orang (41,7%),

berpengetahuan cukup 6 orang (25%) dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 8 orang (33,3%).

**Tabel 4.4** Tabulasi silang antara usia dan tingkat pengetahuan klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Umur	Pengetahuan						Prosentase	
	Baik		Cukup		Kurang		n	%
	N	%	n	%	n	%		
< 20 thn			1	4,2%	7	29,2%	8	33,3%
21 – 29 thn	3	12,5%	3	12,5%	1	4,2%	7	29,2%
30 – 39 thn	3	12,5%	2	8,3%	-	-	5	20,8%
> 40 thn	4	16,7%			-	-	4	16,7%
Total	10	41,7%	6	25%	8	33,3%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 20,652$ $df = 6$ $p = 0,002$								

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa dari 24 responden berdasarkan usia, usia >40 tahun mempunyai pengetahuan baik sebesar 4 orang (16,7%), tidak ada nilai cukup dan kurang. Usia 30 – 39 tahun yang berpengetahuan baik sebesar 3 orang (12,5%), cukup 2 orang (8,3%) tidak ada nilai kurang. Usia 21-29 tahun yang berpengetahuan baik sebesar 3 orang (12,5%), berpengetahuan cukup sebanyak 3 orang (12,5%), dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 1 orang (4,2%). Usia < 20 tahun yang berpengetahuan baik tidak ada, berpengetahuan cukup 1 orang (4,2%) dan kurang 7 orang (29,2%).

Dengan uji Chi Square didapatkan  $\alpha$  hitung sebesar 0,002, lebih dari  $\alpha$  standar sebesar 0,05 yang berarti ada hubungan antara usia dengan pengetahuan.

**Tabel 4.5** Tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Pendidikan	Pengetahuan						Prosentase	
	Baik		Cukup		Kurang			
	n	%	n	%	n	%	N	%
SD	-	-	-	-	4	16,7%	4	16,7%
SLTP	1	4,2%	1	4,2%	3	12,5%	5	20,8%
SLTA	5	20,8%	4	16,7%	1	4,2%	10	41,7%
Sarjana	4	16,7%	1	4,2%	-	-	5	20,8%
Total	17	70,8%	5	20,9%	2	8,3%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 15,860$ $df = 6$ $p = 0,015$								

Berdasarkan data diatas tampak bahwa dari 24 responden yang berpengetahuan baik terbanyak dengan latar belakang pendidikan SLTA yaitu sebanyak 5 orang (20,8%), sedangkan yang berpengetahuan cukup dengan latar belakang SLTA sebanyak 4 orang (16,7%) dan berpengetahuan kurang terbanyak berpendidikan SD sebesar 4 orang (16,7%).

Hasil uji Chi Square menunjukkan  $p = 0,015$  yang berarti ada hubungan antara pendidikan dan pengetahuan.

**Tabel 4.6** Tabulasi silang antara jenis kelamin dan tingkat pengetahuan klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Jenis Kelamin	Pengetahuan						Total	
	Baik		Cukup		Kurang			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Laki-Laki	10	41,7%	3	12,5%	1	8,3%	14	58,3%
Perempuan			3	12,5%	7	29,2%	10	41,7%
Total	10	41,7%	6	25%	8	33,3%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 14,229$ $df = 2$ $p = 0,001$								

Berdasarkan hasil tabulasi diketahui bahwa jumlah 24 responden berdasarkan jenis kelamin, laki-laki yang berpengetahuan baik sebesar 10 orang (41,7%), cukup 3 orang (12,5%), kurang 1 orang (4,2%). Pada jenis kelamin perempuan tidak ada yang berpengetahuan baik, pengetahuan cukup 3 orang (12,5%) dan kurang 7 orang (29,2%).

**Tabel 4.7 Distribusi frekwensi sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.**

Kategori	Frekwensi	Prosentase
Adaptif	17	70,8%
Kurang adaptif	7	29,2%
Total	24	100%

Dari data diatas menunjukkan bahwa dari 24 responden yang bersikap adaptif terhadap tirah baring sebanyak 17 orang (70,8) dan yang bersikap kurang adaptif 7 orang (29,2%).

**Tabel 4.8 Tabulasi silang antara usia dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.**

Umur	Sikap				Prosentase	
	Adaptif		Kurang Adaptif		n	%
	n	%	n	%		
< 20 thn	2	8,3%	6	25%	8	33,3%
21 – 29 thn	6	25%	1	4,2%	7	29,2%
30 – 39 thn	5	20,8%	-	-	5	20,8%
> 40 thn	4	16,7%			4	16,7%
Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 12,591$ $df = 3$ $p = 0,006$						



Berdasarkan data tersebut, dari 24 responden sebanyak 70,8% menunjukkan sikap adaptif. Responden yang menunjukkan sikap adaptif terbanyak berada pada kelompok umur antara 21- 29 tahun yaitu sebanyak 6 orang (25 %) dan terkecil pada golongan usia < 20 tahun sebanyak 2 orang (8,3%), sedangkan sikap kurang adaptif paling banyak ditunjukkan oleh responden yang berusia <20 tahun yaitu sebanyak 6 orang ( 25%).

Dari hasil uji Chi Square didapatkan nilai  $p = 0.006$  yang berarti ada hubungan antara usia dan sikap.

**Tabel 4.9** Tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Pendidikan	Sikap				Prosentase	
	Adaptif		Kurang Adaptif		n	%
	n	%	n	%		
SD	1	4,2%	3	12,5%	4	16,7%
SLTP	3	12,5%	2	8,3%	5	20,8%
SLTA	8	33,3%	2	8,3%	10	41,7%
Sarjana	5	20,8%	-	-	5	20,8%
Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 6,817$ $df = 3$ $p = 0,078$						

Hasil tabulasi silang di atas menunjukkan bahwa dari 19 responden yang menunjukkan sikap adaptif, jumlah terbanyak yaitu 9 responden (37,5%) adalah responden yang berlatar pendidikan SLTA. Sedangkan pada kelompok responden yang menunjukkan sikap kurang

adaptif jumlah terbanyak dimiliki oleh responden yang berlatar belakang pendidikan SLTP yaitu sebanyak 3 orang (12,5%).

**Tabel 4.10** Tabulasi silang antara jenis kelamin dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Jenis Kelamin	Sikap				Prosentase	
	Adaptif		Kurang Adaptif		n	%
	n	%	n	%		
Laki-laki	12	50%	2	8,3%	14	58,3%
Perempuan	5	20,8%	5	20,*%	10	41,7%
Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 3,601$ $df = 1$ $p = 0.058$						

Dari data di atas menunjukkan bahwa dari 17 orang yang bersikap adaptif, 12 orang (50%) berjenis kelamin laki-laki dan 5 orang (20,8%) perempuan, sedangkan yang bersikap kurang adaptif sebanyak 5 orang (20,8%) perempuan dan 5 orang (20,8%) berjenis kelamin laki-laki.

Dengan uji statistik Chi Square didapatkan nilai  $p = 0,058$  yang berarti tidak ada hubungan antara sikap dan jenis kelamin.

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap responden dapat dilihat pada tabel berikut (4.11) yang berisi hasil tabulasi antara pengetahuan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring.

**Tabel 4.11** Tabulasi silang antara pengetahuan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo, bulan Juni 2002.

Pengetahuan	Sikap				Prosentase	
	Adaptif		Kurang Adaptif			
	N	%	n	%	n	%
Baik	10	41,7%			10	41,7%
Cukup	4	16,7%	2	8,3%	6	25%
Kurang	3	12,5%	5	20,8%	8	33,3%
Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100%
Uji Chi Square : $\chi^2 = 8,471$ $df = 2$ $p = 0,014$						

Dari data diatas menunjukkan bahwa dari 24 responden yang berpengetahuan baik dan bersikap adaptif sebanyak 10 orang (41,7%), yang berpengetahuan cukup dan bersikap adaptif sebanyak 4 orang (16,7%) dan yang bersikap kurang adaptif 2 orang (8,3%), sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan kurang, yang bersikap adaptif sebanyak 3 orang (12,5%) dan yang bersikap kurang adaptif sebanyak 5 orang (20,8%).

Dari hasil uji Chi Square didapatkan nilai  $p = 0,014$  yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dan sikap, sedangkan untuk melihat seberapa besar hubungan antara kedua variabel tersebut, dipergunakan uji statistik Spearman. Hasil uji Spearman didapatkan nilai  $\rho = 0,660$  dengan signifikasi 0,000. Karena nilai signifikasinya berada di bawah 0,05 maka  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring.

## 4.2. Pembahasan

### 4.2.1 Tingkat pengetahuan tentang tirah baring pada klien peri appendicular infiltrat.

Dari tabel 4.3 tentang tingkat pengetahuan klien terhadap tirah baring didapatkan bahwa dari 24 responden 17 orang mempunyai pengetahuan yang baik setelah mendapat penyuluhan kesehatan.

Mengacu pada teori tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, maka dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Ada hubungan yang bermakna antara usia dan tingkat pengetahuan klien yang dibuktikan dengan hasil uji Chi Square diperoleh  $p = 0,002$ . Hal ini sesuai dengan pendapat Huclock (1998) yang dikutip oleh Nursalam (2001 : 134) bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.
- b. Ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan yang dibuktikan dengan hasil uji Chi Square diperoleh  $p = 0,015$ . Hal ini sesuai dengan pendapat I B Mantra (1994 : 2) bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain, media massa sehingga pengetahuan yang diterima semakin banyak.
- c. Ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan tingkat pengetahuan yang dibuktikan dengan hasil uji Chi Square dimana nilai  $p = 0,001$ . Dari hasil tersebut jenis kelamin laki-laki lebih baik tingkat pengetahuannya. Hal itu

mungkin disebabkan kesempatan laki-laki untuk belajar lebih besar daripada perempuan.

#### **4.2.2 Sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring.**

Dari tabel 4.7 tentang Sikap Klien Peri appendicular Infiltrat terhadap Tirah Baring dapat dilihat bahwa sebagian besar klien peri appendicular infiltrat berlaku adaptif sebanyak 17 orang (70,8%) dan setengahnya yaitu 7 orang (29,2%) bersikap kurang adaptif. Sikap kurang adaptif ini dapat dipahami karena bila dilihat dari pendapat Fishbein dan Ajzen (1975) yang dikutip oleh Djamaludin Ancok (1985 : 1) menyatakan bahwa selain pengetahuan, faktor lain yang mempengaruhi sikap seseorang adalah keyakinan normatif terhadap hal tersebut. Artinya walaupun orang tersebut mempunyai pengetahuan baik / cukup, orang ini juga ingin mengetahui bagaimana orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya memandang hal tersebut. Kondisi inilah yang menimbulkan norma subyektif.

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk tabel didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Ada hubungan antara usia dan sikap yang dibuktikan dengan hasil uji Chi Square dimana nilai  $p = 0,006$ . Responden yang bersikap adaptif terbanyak pada usia 21 – 29 tahun. Hal ini bisa disebabkan mungkin karena adanya pengaruh orang lain / orang yang dipercaya, bisa juga karena keinginan untuk menghindari konflik dengan orang lain tersebut. ( Azwar, 1995 )
- b. Tidak ada hubungan antara pendidikan dan sikap seseorang yang bisa dilihat dari hasil uji Chi square dimana nilai  $p = 0,078$ . Dalam hal ini bisa dikatakan

bahwa pendidikan tinggi tidak mutlak bisa membentuk sikap seseorang menjadi baik ( adaptif ), karena pembentukan sikap sendiri dipengaruhi oleh keadaan lingkungan, kondisi dan emosi seseorang terhadap obyek tersebut.

- c. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan sikap bisa dilihat dari hasil uji Chi Square didapatkan nilai  $p = 0,058$ . Pada tabel 4.10 didapatkan hasil bahwa laki-laki lebih bersikap adaptif ( 58,3%) ini bisa dikarenakan tingkat emosi laki-laki lebih stabil dibanding perempuan. Pada penelitian ini didapatkan hasil tidak ada hubungan bisa dikarenakan usia responden laki-laki kebanyakan dibawah usia 20 tahun dimana tingkat emosinya masih labil.

#### **4.2.3 Hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring.**

Dari hasil cros tabulasi data antara sikap dan pengetahuan (tabel 4.10) didapatkan bahwa dari 10 responden (41,7%) yang mempunyai pengetahuan baik semuanya bersikap adaptif tidak ada yang bersikap kurang adaptif. Keadaan ini karena dengan adanya informasi yang jelas, seseorang akan dapat mengambil sikap yang baik juga terhadap obyek tersebut, seperti yang dikemukakan oleh Jamaludin Ancok (1985) sebagai berikut : Bahwa adanya pengetahuan tentang sesuatu hal dan adanya pengetahuan terhadap manfaat sesuatu hal menyebabkan orang mempunyai sikap positif atau negatif terhadap hal tersebut. Kalau seseorang tidak mengetahui sesuatu hal dengan jelas, maka sulit baginya untuk menentukan sikap dan mewujudkannya dalam suatu perbuatan. Jadi bisa dikatakan bahwa dengan mendapatkan penyuluhan kesehatan secara efektif tentang hal yang baru bagi klien akan menambah pengetahuannya sehingga klien mempunyai sikap yang

adaptif terhadap tirah baring. Bisa juga karena klien tidak ingin terjadi konflik dengan perawat atau petugas medis yang ada, sehingga klien bersikap adaptif, seperti dijelaskan dalam faktor pembentukan sikap yang disebabkan oleh pengaruh orang yang dianggap penting. Dikatakan disana bahwa orang lain di sekitar merupakan salah satu diantara komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis/searah dengan sikap orang yang penting karena dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang tersebut ( Azwar, 1995 : 32 )

Dari 8 orang (33,3%) yang mempunyai pengetahuan kurang, 20,8% diantaranya bersikap kurang adaptif. Hal ini bisa dikarenakan klien saat mendapat penyuluhan kesehatan situasi dan kondisinya tidak menunjang, misalnya masih dalam keadaan kesakitan, takut, belum adaptasi dengan lingkungan yang baru, sehingga reaksi emosinya timbul. Seperti dijelaskan pada pengaruh pembentukan sikap karena faktor emosional, bahwa kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego ( Azwar ,1995 : 36 ).

Untuk tingkat signifikansi dari hubungan antara efektifitas penyuluhan kesehatan dengan sikap klien terhadap tirah baring dapat dilihat dari hasil uji Spearman's didapatkan nilai  $\rho = 0,660$  dan signifikansi 0,000. Pada nilai signifikansi didapatkan hasil lebih kecil dari 0,05 yang berarti  $H_0$  ditolak, maka terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel, dimana korelasinya termasuk korelasi kuat dapat dilihat dari nilai  $\rho$  - nya

Berdasarkan hasil uji diatas bisa dikatakan bahwa dengan pemberian penyuluhan kesehatan tentang tirah baring dapat meningkatkan pengetahuan klien sehingga dapat membentuk sikap yang positif / adaptif klien peri appendicular infiltrat terhadap tindakan tirah baring.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan analisa data dengan verifikasi hipotesa yang telah dilakukan oleh peneliti maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan klien peri appendicular infiltrat tentang tirah baring didapatkan hasil baik sebesar 41,7%, cukup 25%, dan kurang 33,3%.
2. Responden yang bersikap adaptif sebanyak 70,8% dan kurang adaptif 29,2%.
3. Ada hubungan antara faktor-faktor demografi (usia, pendidikan dan jenis kelamin ) terhadap tingkat pengetahuan klien.
4. Faktor demografi yang mempengaruhi sikap adalah faktor pendidikan klien.
5. Ada hubungan bermakna yang kuat antara tingkat pengetahuan dan sikap klien, yang berarti semakin tinggi pengetahuan semakin positif (adaptif) sikap yang terbentuk. Bisa dilihat dengan hasil uji Spearman's dimana  $\rho = 0,660$  dan derajat kemaknaan  $p = 0,000$ .

#### 5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka peneliti mengemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Memberikan dorongan pada perawat di ruang perawatan bedah mengenai pentingnya penyuluhan kesehatan diberikan pada klien periappendicular infiltrat.
2. Penyediaan sarana yang menunjang untuk kegiatan penyuluhan kesehatan (poster, phantom, audio visual) guna meningkatkan pelayanan kepada klien.

3. Pada penelitian ini jumlah sampel 24 orang, sehingga kurang memadai untuk mewakili populasinya. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya jumlah sampel lebih banyak supaya benar-benar dapat mewakili populasi.
4. Karena instrumen yang digunakan oleh peneliti belum pernah diujicobakan, disarankan untuk penelitian berikutnya sebaiknya diujicobakan dahulu (studi pendahuluan) sehingga data yang diperoleh lebih akurat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Ancok, Djamaludin (1985), *Teknik Penyusunan Skala Pengukur*, Pusat Penelitian Kependudukan UGM, Yogyakarta.
- Arikunto, S, 1998, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta
- Azwar, Saifuddin, 1995, *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Yogyakarta
- Brockopp, D.Y., 1995, *Fundamentals of Nursing Research*, Jones & Bartlett Publishers Inc., Boston.
- Burns, N. and Grove SK, 1991, *The Practise of Nursing Research : Conduct, Critiques and Utilisation*, 2<sup>nd</sup> Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia.
- Cameron, J.L, 1997, *Terapi Bedah Mutakhir*, jilid 1, Edisi 4, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Chandra, B., 1995, *Pengantar Statistik Kesehatan*, Penerbit EGC, Jakarta.
- Friedman, M.M., 1995, *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*, Edisi 3, Penerbit EGC, Jakarta
- Ida Bagus Mantra, 1994, *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, Pusat Pendidikan Kesehatan Masyarakat Depkes RI, Jakarta.
- Leoni, S, 1990, *Psikologi Sosial Untuk Perawat*, Penerbit EGC, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Nursalam @ Siti Pariani, 2001, *Pendekatan Praktis Metodologis Riset Keperawatan*, CV Sagung Seto, Jakarta.
- Oswari, E., 1989, *Bedah dan Perawatannya*, PT Gramedia, Jakarta
- Paulina Pannen, 1997, *Strategi Kognitif dalam Mengajar di Perguruan Tinggi, Program Applied Approach*, Pusat antar Universitas untuk Peningkatan dan Pengembangan Aktivitas Instruksional, Direktorat Jenderal Pendidikan tinggi, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Priharjo, R, 1992, Editor: Yasmin Asih, SKp, *Perawatan Nyeri Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien*, penerbit EGC, Jakarta
- Sastroasmoro, S dan Ismael S, 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.

- Schwartz, S.I and Ellis H, 1990, *Maingot's Abdominae Operations*, Vol 3, Ninth Ed.
- Sjamsuhidajat, R., 1997, *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Penerbit EGC, Jakarta.
- Smet,Bart, 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT Grasindo, Jakarta.
- Sugiyono,DR, 1999, *Statistik Non Parametris untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung.

Lampiran 1

**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN****HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KLIEN PERI  
APPENDICULAR INFILTRAT TERHADAP TIRAH BARING  
PENELITIAN KORELASI DI RUANG PERAWATAN BEDAH  
RSUD SIDOARJO**OLEH :  
EKA KURNIA J R

Saya adalah mahasiswa Program Studi D – IV Perawat Pendidik Bidang Kekhususan Medikal Bedah Angkatan V, Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program D - IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini untuk mempelajari hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap klien peri appendicular infiltrat terhadap tirah baring di ruang perawatan bedah RSUD Sidoarjo. Partisipasi saudara dalam penelitian ini bermanfaat dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit umumnya dan pada klien peri appendicular infiltrat pada khususnya.

Kami mengharapkan tanggapan / jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pendapat saudara sendiri. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan (bidang kependidikan). Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat “volunter” (bebas), saudara bebas untuk ikut atau tidak tanpa sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta pada penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom dibawah ini :

Tanda tangan :  
Tanggal :  
No. Responden :

## Lampiran 2

## KUESIONER

## PETUNJUK :

1. Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda  pada kotak jawaban yang Anda pilih.

**I. DEMOGRAFI**

- |                          | <b>KODE</b>                                  |
|--------------------------|--|
| 1. Jenis kelamin :       | <input type="checkbox"/> Pria                |
|                          | <input type="checkbox"/> Wanita              |
|                          | <input type="text"/>                         |
| 2. Usia :                | <input type="checkbox"/> 40 tahun atau lebih |
|                          | <input type="checkbox"/> 30 tahun – 39 tahun |
|                          | <input type="checkbox"/> 20 tahun – 29 tahun |
|                          | <input type="checkbox"/> < 20 tahun          |
|                          | <input type="text"/>                         |
| 4. Pendidikan terakhir : | <input type="checkbox"/> SD                  |
|                          | <input type="checkbox"/> SLTP                |
|                          | <input type="checkbox"/> SLTA                |
|                          | <input type="checkbox"/> Diploma / Sarjana   |
|                          | <input type="text"/>                         |
| 5. Pekerjaan Anda :      | <input type="checkbox"/> Karyawan Swasta     |
|                          | <input type="checkbox"/> Pegawai negeri      |
|                          | <input type="checkbox"/> TNI / Polri         |
|                          | <input type="checkbox"/> Petani              |
|                          | <input type="checkbox"/> Rumah tangga        |
|                          | <input type="checkbox"/> Mahasiswa / pelajar |
|                          | <input type="text"/>                         |

**II. PENGETAHUAN**

Pilihlah dengan jawaban benar atau salah

No.	Pernyataan	jawaban		kode
		B	S	
1.	Tirah baring adalah pembatasan mobilitas fisik dalam waktu yang telah ditentukan			
2.	Tujuan tirah baring adalah melokalisir pus / nanah supaya tidak menyebar ( mengurangi perluasan infeksi )			
3.	Selama pelaksanaan tirah baring tidak boleh turun dari tempat tidur			
4.	Tirah baring dilakukan selama selama 2 minggu minimal			
5.	Sembelit (sukar buang air besar ) adalah salah satu penyulit dalam tirah baring			
6.	Keuntungan dari tirah baring adalah biaya perawatan yang lebih ringan			
7.	Klien periappendicular infiltrat boleh dilakukan operasi bila tidak ada demam, massa mengecil/hilang, nilai laborat normal			
8.	Kerugian bila tidak melaksanakan tirah baring adalah hari rawat semakin panjang dan proses penyembuhan semakin lama			
9.	Selama tirah baring hanya diperbolehkan miring kekanan dan kekiri serta telentang			
10.	Posisi selama tirah baring adalah kepala lebih tinggi dari kaki ( sudut kemiringan $30 - 45^{\circ}$ )			
11.	Tirah baring memang diharuskan pada semua kasus			

	periappendicular infiltrat			
12.	Selama menjalani tirah baring tidak diperbolehkan mandi, buang air besar dan kecil ke kamar mandi			
13.	Bila tidak melaksanakan tirah baring, kemungkinan untuk timbulnya komplikasi lebih besar			
14.	Tirah baring merupakan salah satu bentuk terapi konservatif pada klien periappendicular infiltrat			
15.	Tirah baring dilakukan sampai massa mengecil/hilang dan hasil laboratorium mendekati normal			

### III SIKAP PENERIMAAN KLIEN TERHADAP TINDAKAN TIRAH BARING

Pilihlah dengan jawaban sangat setuju, setuju, ragu, tidak setuju atau sangat tidak setuju.

No.	Pernyataan	Penerimaan				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Bagaimana sikap anda tentang keharusan tirah baring pada semua klien periappendicular infiltrat?					
2.	Bagaimana sikap anda mengenai pemberian penyuluhan kesehatan tentang tirah baring pada klien periappendicular infiltrat?					
3.	Bagaimana sikap anda terhadap lama waktu tirah baring ( 2 minggu )?					
4.	Bagaimana menurut anda jika harus tidu/istirahat total diatas tempat tidur selama proses					



	penyembuhan periappendicular infiltrat ?					
5.	Bagaimana sikap anda jika tidak boleh turun dari tempat tidur selama menjalani tirah baring?					
6.	Bagaimana menurut anda jika selama pelaksanaan tirah baring pemenuhan kebutuhan makan, minum, buang air besar/kecil dilakukan diatas tempat tidur ?					
7.	Bagaimana menurut anda jika harus istirahat dalam posisi kepala lebih tinggi dari kaki ( kemiringan $30 - 45^{\circ}$ ) ?					
8.	Bagaimana menurut anda jika pergerakan selama tirah baring hanya diperbolehkan untuk miring ke kanan dan kekiri serta telentang saja?					
9.	Penyuluhan kesehatan tentang pengelolaan periappendicular infiltrat berdampak pada perubahan sikap / perilaku klien dalam pelaksanaan tirah baring, bagaimana menurut anda ?					
10.	Bila tidak melaksanakan tirah baring akan memperluas proses infeksi, bagaimana menurut anda?					

	tahu	sikap	usia	seks	didik
1	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00
2	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00
3	3.00	2.00	4.00	2.00	4.00
4	2.00	2.00	3.00	1.00	3.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
6	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
8	3.00	2.00	4.00	2.00	4.00
9	2.00	1.00	1.00	1.00	3.00
10	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00
11	3.00	2.00	3.00	2.00	4.00
12	3.00	2.00	4.00	2.00	2.00
13	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00
14	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
15	3.00	2.00	4.00	2.00	3.00
16	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00
17	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00
18	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00
19	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00
20	2.00	2.00	2.00	2.00	4.00
21	1.00	2.00	1.00	1.00	3.00
22	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00
23	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00
24	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00
25					

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TAHU * USIA	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## TAHU \* USIA Crosstabulation

			USIA				Total
			20 th >	21-39 th	40-59 th	60 th <	
TAHU kurang	Count	7	1			8	
	% of Total	29.2%	4.2%			33.3%	
cukup	Count	1	3	2		6	
	% of Total	4.2%	12.5%	8.3%		25.0%	
baik	Count		3	3	4	10	
	% of Total		12.5%	12.5%	16.7%	41.7%	
Total	Count	8	7	5	4	24	
	% of Total	33.3%	29.2%	20.8%	16.7%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.652 <sup>a</sup>	6	.002
Likelihood Ratio	24.905	6	.000
Linear-by-Linear Association	14.262	1	.000
N of Valid Cases	24		

a. 12 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TAHU * DIDIK	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## TAHU \* DIDIK Crosstabulation

		DIDIK				Total
		SD	SMP	SLTA	Sarjana	
TAHU kurang	Count	4	3	1		8
	% of Total	16.7%	12.5%	4.2%		33.3%
cukup	Count		1	4	1	6
	% of Total		4.2%	16.7%	4.2%	25.0%
baik	Count		1	5	4	10
	% of Total		4.2%	20.8%	16.7%	41.7%
Total	Count	4	5	10	5	24
	% of Total	16.7%	20.8%	41.7%	20.8%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.860 <sup>a</sup>	6	.015
Likelihood Ratio	18.349	6	.005
Linear-by-Linear Association	11.890	1	.001
N of Valid Cases	24		

a. 12 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TAHU * SEKS	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## TAHU \* SEKS Crosstabulation

			SEKS		Total
			perempuan	laki-laki	
TAHU kurang	Count	7	1	8	
	% of Total	29.2%	4.2%	33.3%	
cukup	Count	3	3	6	
	% of Total	12.5%	12.5%	25.0%	
baik	Count		10	10	
	% of Total		41.7%	41.7%	
Total	Count	10	14	24	
	% of Total	41.7%	58.3%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.229 <sup>a</sup>	2	.001
Likelihood Ratio	18.255	2	.000
Linear-by-Linear Association	13.567	1	.000
N of Valid Cases	24		

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SIKAP * USIA	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## SIKAP \* USIA Crosstabulation

			USIA				Total
			20 th >	21-39 th	40-59 th	60 th <	
SIKAP	kg adaptif	Count	6	1			7
		% of Total	25.0%	4.2%			29.2%
	adaptif	Count	2	6	5	4	17
		% of Total	8.3%	25.0%	20.8%	16.7%	70.8%
Total		Count	8	7	5	4	24
		% of Total	33.3%	29.2%	20.8%	16.7%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.591 <sup>a</sup>	3	.006
Likelihood Ratio	14.236	3	.003
Linear-by-Linear Association	9.229	1	.002
N of Valid Cases	24		

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SIKAP * DIDIK	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## SIKAP \* DIDIK Crosstabulation

			DIDIK				Total
			SD	SMP	SLTA	Sarjana	
SIKAP	krng adaptif	Count	3	2	2		7
		% of Total	12.5%	8.3%	8.3%		29.2%
	adaptif	Count	1	3	8	5	17
		% of Total	4.2%	12.5%	33.3%	20.8%	70.8%
Total		Count	4	5	10	5	24
		% of Total	16.7%	20.8%	41.7%	20.8%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.817 <sup>a</sup>	3	.078
Likelihood Ratio	7.738	3	.052
Linear-by-Linear Association	6.384	1	.012
N of Valid Cases	24		

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SIKAP * SEKS	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## SIKAP \* SEKS Crosstabulation

			SEKS		Total
			perempuan	laki-laki	
SIKAP	krg adaptif	Count	5	2	7
		% of Total	20.8%	8.3%	29.2%
	adaptif	Count	5	12	17
		% of Total	20.8%	50.0%	70.8%
Total		Count	10	14	24
		% of Total	41.7%	58.3%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.601 <sup>b</sup>	1	.058		
Continuity Correction <sup>a</sup>	2.080	1	.149		
Likelihood Ratio	3.628	1	.057		
Fisher's Exact Test				.085	.075
Linear-by-Linear Association	3.451	1	.063		
N of Valid Cases	24				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.92.



## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TAHU * SIKAP	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%

## TAHU \* SIKAP Crosstabulation

			SIKAP		Total
			krng adaptif	adaptif	
TAHU kurang	Count	5	3	8	
	% of Total	20.8%	12.5%	33.3%	
cukup	Count	2	4	6	
	% of Total	8.3%	16.7%	25.0%	
baik	Count		10	10	
	% of Total		41.7%	41.7%	
Total	Count	7	17	24	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.471 <sup>a</sup>	2	.014
Likelihood Ratio	10.751	2	.005
Linear-by-Linear Association	8.109	1	.004
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.75.

## Correlations

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SIKAP	1.5000	.50990	26
TAHU	2.2692	.77757	26

### Correlations

		SIKAP	TAHU
SIKAP	Pearson Correlation	1	.656**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	Sum of Squares and Cross-products	6.500	6.500
	Covariance	.260	.260
	N	26	26
TAHU	Pearson Correlation	.656**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	Sum of Squares and Cross-products	6.500	15.115
	Covariance	.260	.605
	N	26	26

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Nonparametric Correlations

### Correlations

			SIKAP	TAHU
Spearman's rho	SIKAP	Correlation Coefficient	1.000	.660*
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	26	26
	TAHU	Correlation Coefficient	.660**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	26	26

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