

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA
AUDIO VISUAL TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN,
SIKAP DAN TINDAKAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN
PASCA OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG BEDAH
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

PENELITIAN PRA EXPERIMENTAL

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



Oleh :

AZIZ MAS'UDI

NIM : 010830400 B

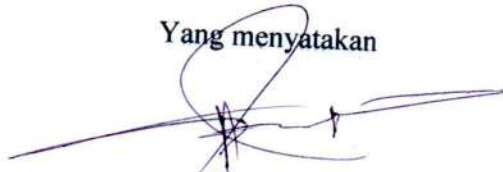
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

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, 29 Januari 2010

Yang menyatakan

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a horizontal line and some smaller scribbles.

Aziz Mas'udi

NIM : 010830400B

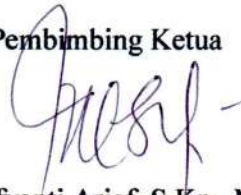
LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 29 JANUARI 2010

Oleh :

Pembimbing Ketua



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

NIP: 197806062001122001

Pembimbing



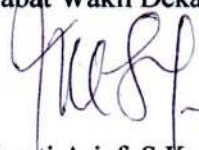
Adi Sukrisno, S.Kep.Ns

NIP: 19741006 199603 1001

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I



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

NIP : 197806062001122001

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji


Pada tanggal, 01 Februari 2010

PANITIA PENGUJI

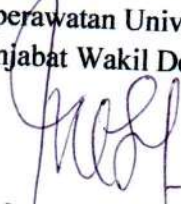
Ketua : Yuni Sufyanti Arief, S. Kp., M.Kes

Anggota : 1. Adi Sukrisno, S. Kep.,Ns

2. Sukma Randani Ismono, S.Kep. Ns



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



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

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media *Audio Visual* Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini Pada Pasien Paska Operasi Apendiktomi di Ruang Bedah Rumkital Dr Ramelan Surabaya”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

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. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sekaligus selaku Pembimbing I yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan serta memberikan bimbingan dan arahan kepada kami demi kesempurnaan penyusunan penelitian.
3. Laksamana Pertama TNI Dr. dr. Chairuddin Yunus, M.Kes, selaku Kepala Rumah Sakit TNI AL (Rumkital) Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melaksanakan penelitian di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

4. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyningrum, M.Kep., selaku Kepala Departemen Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk melaksanakan penelitian di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Adi Sukrisno, S.Kep., Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada kami demi kesempurnaan penyusunan dan penyelesaian penelitian.
6. Nurhamdanah, S.Kep, Maedi, S.Kep, Rizma, AMK, Sulistiyono, AMK, selaku Kepala Ruang G1, I1, G2, H1 yang telah memberikan bantuan dalam proses penelitian.
7. Rekan-rekan mahasiswa FKp B 11 UNAIR Surabaya yang telah memberikan dukungan sehingga skripsi ini dapat penulis selesaikan.
8. Istri dan anak-anakku tercinta yang selalu mendampingi dan memberikan dorongan selama penyusunan skripsi ini.
9. Para responden dan semua pihak yang telah membantu selama proses pembuatan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 29 Januari 2010

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION WITH THE AUDIO VISUAL AIDS TOWARD CHANGES OF PATIENT'S KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE TO GET ON EARLY MOBILIZATION OF POST OPERATION APENDICTOMY

Pre Experimental Study in G1, G2, H1 and I1 Room, Dr. Ramelan Naval Hospital
Surabaya

By : Aziz Mas'udi

Patient's behavior to get on early mobilization of post operation apendictomy still frequently do not appropriate. Unappropriateness of those patient's behavior is predicted because of less health knowledge of patient about early mobilization and information or health education which is given by health officer still less. The purposes of this research was analyse to give effect of health education with audio visual aids toward changes patient's knowledge, attitude and practice in early mobilization of post operation apendictomy at, G1, G2, H1 and I1 Surgical Room Dr. Ramelan Naval Hospital Surabaya.

Design which applied at this research is study pre experiment with approach "One group pretest-posttest design". The population was patient who will be get on operation apendictomy at G1, G2, H1 and I1 Surgical Room Dr. Ramelan Naval Hospital Surabaya, which fulfilling inclusion criteria. Sampling method which applied is non probability sampling type purposive sampling technique. Sample of this research total 7 respondent. The independent variable was health education with audio visual aids. The dependent variable were patient's knowledge, attitude, and practice in giving early mobilization post operation of apendictomy. Data were collected using questionnaire and observation to identify respondent's reaction. Analysed using in this research was statistic test Wilcoxon Signed Rank Test with degree of meaning $p < 0,05$.

Results of showed that health education with audio visual aids effect of knowledge changes with $p = 0,017$, there are effect of health education with audio visual aids to attitude change with $p = 0,018$ and there are health education with audio visual aids effect of practice change with $p = 0,017$.

It can be concluded that health education with audio visual aids was effected to patient's knowledge, attitude and practice changes in early mobilization of post operation apendictomy. Health Education with audio visual aids can be stimulating auditory sense and vision sense together to acceptance information. Further more need to be done research about the effect of health education with audio visual toward changes of patient's beviour in early mobilization of post operation abdomen.

Keywords : *Health education with the audio visual aids, patient's knowledge, attitude, practice, early mobilization, apendictomy*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terimakasih.....	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	1
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	7
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	8
2.1.4 Pentingnya Pendidikan Kesehatan Keperawatan	9
2.1.5 Metode Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan	10
2.2 Konsep Alat Bantu/Peraga Pendidikan Kesehatan.....	11
2.2.1 Pengertian.....	12
2.2.2 Faedah Alat Bantu/Peraga Pendidikan Kesehatan	14
2.2.3 Macam-macam Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	15
2.2.4 Sasaran yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	17
2.2.5 Merencanakan dan Menggunakan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan.....	18
2.2.6 Persiapan Penggunaan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	18
2.2.7 Cara Mempergunakan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	19
2.3 Konsep Perilaku	20
2.3.1 Pengertian	20
2.3.2 Jenis Perilaku	20
2.3.3 Domain Perilaku	20
2.3.4 Perubahan Perilaku	21
2.3.5 Faktor Utama yang mempengaruhi Perilaku.....	24
2.4 Konsep Mobilisasi	26
2.4.1 Pengertian	26
2.4.2 Tujuan Mobilisasi Dini	26
	27

2.4.3	Macam-macam Mobilisasi	27
2.4.4	Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi	27
2.4.5	Tahap-tahap Mobilisasi	28
2.4.6	Cara Melakukan Mobilisasi	28
2.5	Konsep Dasar Penyakit Apendisitis	31
2.5.1	Definisi Apendisitis	31
2.5.2	Patofisiologi	31
2.5.3	Gejala Klinis	32
2.5.4	Pemeriksaan dan <i>Diagnosis</i>	32
2.5.5	Diagnosis Banding	33
2.5.6	Penatalaksanaan	33
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		35
3.1	Kerangka Konseptual	35
3.2	Hipotesis	37
BAB 4 METODE PENELITIAN		39
4.1	Rancangan Penelitian	39
4.2	Kerangka Operasional	40
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling	41
4.3.1	Populasi	41
4.3.2	Sampel	41
4.3.3	Sampling	42
4.4	Identifikasi Variabel	43
4.4.1	Variabel independen	43
4.4.2	Variabel dependen	43
4.5	Definisi Operasional	44
4.6	Pengumpulan Data	45
4.6.1	Instumen penelitian	45
4.6.2	Lokasi, Waktu dan Prosedur Penelitian	46
4.6.3	Analisa Data	47
4.7	Etika Penelitian	49
4.8	Keterbatasan	49
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		51
5.1	Hasil Penelitian	51
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	51
5.1.2	Karakteristik Responden	52
5.1.3	Variabel yang diukur	56
5.2	Pembahasan	62
5.2.1	Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media <i>audio visual</i> terhadap perubahan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi	62
5.2.2	Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media <i>audio visual</i> terhadap perubahan sikap pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi	64
5.2.3	Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media <i>audio visual</i> terhadap perubahan tindakan	

pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.....	66
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	69
6.1 Kesimpulan	69
6.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	73

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1: Cara Melakukan Mobilisasi.....	28
Tabel 4.1: Definisi Operasional	44
Tabel 5.1: Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan.....	59
Tabel 5.2: Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Sikap.....	60
Tabel 5.3: Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tindakan	61

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1: Kerangka Konseptual	35
Gambar 4.1: Metode Penelitian.....	39
Gambar 4.2: Kerangka Operasional	40
Gambar 5.1: Diagram Pie Responden Berdasarkan Pendidikan.....	52
Gambar 5.2: Diagram Pie Responden Berdasarkan Umur.....	53
Gambar 5.3: Diagram Pie Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	53
Gambar 5.4: Diagram Pie Responden Berdasarkan Pekerjaan	54
Gambar 5.5: Diagram Pie Responden Berdasarkan Agama	54
Gambar 5.6: Diagram Pie Responden Berdasarkan Suku	55
Gambar 5.7: Diagram Pie responden Berdasarkan Status Perkawinan.....	55
Gambar 5.8: Diagram Batang Pengetahuan Responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan melalui media audio visual	56
Gambar 5.9: Diagram Batang Sikap Responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan melalui media audio visual.....	57
Gambar 5.10: Diagram Batang Tindakan Responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan melalui media audio visual.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1: Surat Ijin Penelitian.....	73
Lampiran 2: Surat Keterangan.....	74
Lampiran 3: Lembar Permintaan Menjadi Responden Pada Penelitian.....	75
Lampiran 4: Pernyataan Bersedia Menjadi Responden	76
Lampiran 5: Lembar Kuesioner	77
Lampiran 6: Lembar Observasi	83
Lampiran 7: Satuan Acara Pembelajaran.....	85
Lampiran 8: Tabulasi Data Umum.....	91
Lampiran 9: Tabulasi Data Khusus.....	93
Lampiran 10: Hasil Uji Statistik	95

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Konsep mobilisasi mula-mula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Roper,1996). Pasien paska operasi pada hampir semua jenis operasi, setelah 24-48 jam, pasien dianjurkan meninggalkan tempat tidur (Oswari, 2005). Mobilisasi dini harus dimulai sesegera mungkin setelah pembedahan, lebih baik 24 jam pertama dan dilakukan di bawah pengawasan untuk memastikan bahwa latihan tersebut dilakukan dengan tepat dan dengan cara yang aman (Brunner & Suddarth, 2002). Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu paska operasi akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi, termasuk diantaranya operasi Apendiktomi sangat membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin guna mengurangi komplikasi paska bedah serta mempercepat penyembuhan. Setelah pembedahan, pasien akan mengalami kondisi tubuh lemah dan akan cenderung sulit melakukan aktivitas, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain efek anestesi atau pembiusan. Selain hal itu juga dibebani dengan adanya luka bekas operasi yang dibalut serta pemasangan infus di tangan, hal ini yang menyebabkan pasien takut dan sering tidak mampu mengubah posisi tubuh. Keadaan seperti ini disebabkan kurangnya informasi tentang pentingnya mobilisasi dini paska operasi juga akibat belum maksimalnya pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat, seperti yang terjadi di Rumkital Dr. Ramelan selama ini

pendidikan kesehatan sudah dilakukan tetapi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien operasi apendiktomi dilakukan setelah operasi di ruang rawat inap dengan memberikan pendidikan kesehatan secara lisan tanpa menggunakan alat bantu/peraga. Sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan perawat kurang ditangkap secara baik oleh pasien dan keluarganya dan menyebabkan pasien memberikan sikap dan persepsi negatif tentang pelaksanaan mobilisasi dini paska operasi, seperti adanya anggapan bahwa tindakan mobilisasi dini akan memperparah luka operasi serta memperlambat proses penyembuhan. Adapun pendidikan kesehatan dengan menggunakan media *Audio Visual* di Rumkital Dr. Ramelan selama ini belum dilaksanakan. Oleh sebab itu dapat disimpulkan bahwa pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *audio visual* terhadap perubahan perilaku mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi sampai saat ini belum dapat dijelaskan.

Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Insiden ini tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada lelaki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun, insiden lelaki lebih tinggi (Sjamsuhidajat & Wim de Jong, 2005). Apabila ditemukan apendisitis akut maka satu-satunya pengobatan adalah operasi membuang usus buntu (apendiktomi), karena bila ditunda akan terjadi gangren dan perforasi (Oswari, 2005). Berdasarkan pengumpulan data awal yang didapatkan di ruangan rawat inap bedah, khususnya Paviliun G1, Paviliun G2, Paviliun H1 dan Paviliun I1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada bulan Agustus sampai Oktober tahun 2009 didapatkan sebanyak 29 orang yang mengalami kasus Apendisitis (Departemen Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, 2009). Selain hal tersebut juga berdasarkan pengamatan di ruangan, masih sering ditemukan kasus pasien paska operasi apendiktomi hari kedua masih dalam keadaan berbaring tidak

berdaya di tempat tidur. Menurut Perhimpunan Ahli Bedah Indonesia yang dikutip dari hasil Pertemuan Ilmiah Tahunan Ahli Bedah Indonesia tanggal 22-23 September 1995, bahwa 80% pasien operasi sedikit sekali dalam melakukan mobilisasi dini paska operasi.

Mobilisasi secara dini apabila tidak diantisipasi akan menimbulkan penyulit atau komplikasi, antara lain : atelektasis, pneumonia, sulit buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), distensi lambung (Oswari, 2005). Dampak akhir dari keadaan tersebut akan mengalami perpanjangan masa perawatan, dimana berdasarkan standar masa perawatan operasi Apendiktomi antara 2-3 hari (Standar Pelayanan Medis, Depkes, 1996). Berdasarkan pengamatan di klinik, komplikasi atau penyulit seperti sulit buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), distensi lambung dan masa perawatan lebih dari 3 hari, merupakan masalah yang sering ditemukan di ruangan.

Menurut *Committee President on Health Education* (1977) yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997), mengemukakan bahwa pendidikan 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. Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu pasien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya, melalui kegiatan pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik. Fokus pre operasi adalah pendidikan pre operatif bagi pasien dan keluarga untuk menurunkan kecemasan dan menurunkan resiko komplikasi paska operasi (Nurachman dan Masfuri, 1994). Dalam pendidikan kesehatan dikenal beberapa macam metode dan alat bantu yang digunakan

salah satu diantaranya metode dengan media *Audio Visual*. Pendidikan kesehatan melalui media *Audio Visual* merupakan salah satu metode pendidikan kesehatan yang menggunakan alat bantu pembelajaran yang lebih mudah ditangkap oleh peserta didik dalam hal ini pasien karena alat bantu tersebut akan menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses pembelajaran berlangsung (Herawani, 2002). Sehingga tercapai perubahan tindakan khususnya mobilisasi dini dalam membina dan memelihara tindakan sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan media *Audio Visual* Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini pada pasien paska operasi Apendiktomi.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perubahan perilaku tentang mobilisasi dini pada pasien paska apendiktomi setelah diberikan Pendidikan Kesehatan dengan media *Audio Visual* pada saat pre operasi?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan media *Audio Visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien paska operasi apendiktomi dalam melakukan mobilisasi dini.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pra dan paska Apendiktomi.
2. Mengidentifikasi sikap pasien tentang mobilisasi dini pra dan paska Apendiktomi.
3. Mengidentifikasi tindakan pasien tentang mobilisasi dini pra dan paska Apendiktomi.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* terhadap perubahan tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini.
5. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan *Audio Visual* terhadap perubahan sikap pasien tentang mobilisasi dini.
6. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* terhadap perubahan tindakan pasien tentang mobilisasi dini.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

1. Dilihat dari segi ilmiah penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan.
2. Sebagai wacana untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut di bidang keperawatan, khususnya dalam pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi.

1.4.2 Praktik

1. Sebagai dasar pertimbangan bagi perawat khususnya di ruangan dalam lingkup yang lebih luas pada penyelenggara pendidikan kesehatan melalui media *Audio Visual* tentang mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi.

2. Dapat digunakan sebagai masukan bagi perawat maupun tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep dasar, yaitu konsep dasar pendidikan kesehatan, konsep alat bantu/peraga, konsep dasar perilaku, konsep dasar mobilisasi dan konsep dasar penyakit Apendisitis.

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Pengertian

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di bidang kesehatan. (Notoatmodjo, 2007).

Menurut *Committee President on Health Education* (1977) yang dikutip Notoatmodjo (1997), pendidikan 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 buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan.

Menurut Herawani (2002) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan sebagai sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan ras. Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu pasien baik individu, kelompok maupun masyarakat

dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat sebagai perawat pendidik.

Pada kesimpulannya pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan tindakan secara terencana pada diri individu, keluarga atau masyarakat dari tidak tahu nilai kesehatan menjadi tahu dan dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri menjadi mandiri. Pendidikan kesehatan juga merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal (Herawani, 2002).

2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Secara umum tujuan pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan (WHO,1954) yang dikutip oleh Herawani (2002). Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut menjadi :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Secara operasional tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974) yang dikutip Herawani (2002) sebagai berikut :

1. Agar pasien (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, kesehatan lingkungan dan masyarakatnya.
2. 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.

3. Agar orang lain memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan system dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
4. Agar orang dapat mempelajari apa yang ia dapat lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada system pelayanan kesehatan yang formal.

2.1.3 Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain : dimensi sasaran, tempat pelaksanaan, dan tingkat pelayanan pendidikan kesehatan (Herawani, 2002).

1. Sasaran pendidikan kesehatan
 - a. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat
2. Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan
 - a. Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)
 - b. Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah
 - c. Pendidikan kesehatan pada tatanan tempat kerja
 - d. Pendidikan kesehatan di tempat umum
 - e. Fasilitas pelayanan kesehatan
3. Tingkat pelayanan pendidikan kesehatan

Dalam dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark, yaitu :

- a. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Pada tahap ini diperlukan misalnya : kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi, peningkatan gizi dan kebiasaan hidup sehat.

b. *Perlindungan Khusus*

Pada tingkat ini diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat misalnya imunisasi.

c. *Diagnosis dini dan pengobatan segera*

Pada tahap ini diperlukan karena tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan kesehatan dan penyakit yang terjadi di masyarakat, kegiatan pada tingkat pencegahan meliputi penyembuhan dan pencegahan berlanjutnya proses penyakit dan pencegahan komplikasi.

d. *Pembatasan cacat*

Pada tingkat ini diperlukan karena masyarakat sering di dapatkan tidak mau melanjutkan pengobatannya secara tuntas.

e. *Rehabilitasi*

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena setelah sembuh dari penyakit tertentu, seseorang menjadi cacat.

2.1.4 Pentingnya pendidikan kesehatan dalam keperawatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik. Berdasarkan perannya sebagai perawat pendidik, perawat mengalihkan pengetahuan, ketrampilan dan pembentukan sikap selama pembelajaran yang berfokus pada pasien. Perubahan tindakan pada pasien selama proses pembelajaran berupa perubahan pola pikir, sikap dan ketrampilan yang spesifik.

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbul penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan,

mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.

2.1.5 Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk menyampaikan pesan pada sasaran pendidikan kesehatan yaitu individu, kelompok, keluarga dan masyarakat (Herawani, 2001). Metode pembelajaran pada pendidikan kesehatan dapat berupa metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok dan metode pendidikan masa. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode ini. Bentuk pendekatan ini antara lain :

1. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien dengan sukarela berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

2. Wawancara

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

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

pendidikan kesehatan, serta ketersediaan fasilitas pendukung. Metode pendidikan kesehatan antara lain :

1. Metode ceramah
2. Metode diskusi kelompok
3. Metode panel
4. Metode forum panel
5. Metode permainan peran
6. Metode symposium
7. Metode demonstrasi

2.2 Konsep Alat Bantu/Peraga Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian

Alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran (Notoatmodjo, 2007). Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah pemahaman.

Seseorang atau masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu

permasalahan seseorang. Elgare Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitasnya tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut. Yaitu :

1. Kata-kata
2. Tulisan
3. Rekaman, Radio
4. Film
5. Televisi
6. Pameran
7. *Field trip*
8. Demonstrasi
9. Sandiwara
10. Benda tiruan
11. Benda asli

Dari urutan di atas dapat dilihat bahwa urutan yang paling bawah atau lapisan paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan. Sedangkan dengan penyampaian melalui kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitas paling rendah. Penggunaan alat peraga merupakan pengamalan salah satu prinsip proses pendidikan. Alat peraga akan sangat membantu di dalam melakukan penyuluhan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat pula. Alat peraga juga dapat membuat seseorang lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan bagi kehidupan.

2.2.2 Faedah alat bantu pendidikan kesehatan

Secara terperinci faedah alat peraga antara lain adalah sebagai berikut.

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
4. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
5. Mempermudah menyampaikan bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik.
6. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan. Seperti diuraikan di atas bahwa pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indera. Menurut penelitian para ahli, indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75 % sampai 87 % dari pengetahuan manusia diperoleh/dialurkan melalui mata. Sedangkan 13 % sampai 25 % lainnya tersalurkan melalui indra yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan. Akan tetapi apabila dapat menggunakan kombinasi lebih dari satu indra tentunya hasil yang diperoleh tentu akan lebih maksimal. Seperti contoh menggunakan indera penglihatan dan pendengaran secara bersama yang biasa dikenal dengan *Audio Visual*.
7. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik. Orang melihat sesuatu yang memang diperlukan tentu akan menarik perhatiannya, dan apa yang dilihat dengan penuh perhatian akan memberikan pengertian baru baginya, yang merupakan pendorong untuk melakukan/memakai sesuatu yang baru tersebut.

8. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Di dalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecenderungan melupakan atau lupa terhadap sesuatu pengertian yang telah diterima. Untuk mengatasi hal ini alat bantu akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang telah diterima akan lebih lama tersimpan dalam ingatan.

2.2.3 Macam-macam alat bantu pendidikan kesehatan

Adapun macam alat bantu pendidikan pada dasarnya ada 3 macam, yaitu :

1. Alat Bantu Lihat (*Visual Aids*)

Alat ini berguna di dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini di bagi 2 (dua) bentuk :

- a. Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, dan sebagainya.
- b. Alat yang tidak diproyeksikan, misalnya gambar, bagan, bola dunia, boneka dan sebagainya.

2. Alat Bantu Dengar (*Audio Aids*)

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pengajaran. Misalnya radio, piringan hitam dan sebagainya.

3. Alat Bantu Lihat Dengar atau *Audio Visual Aids*

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video kaset, televisi dan sebagainya.

Di samping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

1. Alat bantu yang rumit (*complicated*), seperti film, slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.

2. Alat peraga sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat dan mudah diperoleh seperti bambu, karton, kertas, koran dan sebagainya.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, media pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3, yakni :

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain :

- a. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik dalam bentuk tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian pesan kesehatan dengan lembaran yang dilipat.
- c. *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak dilipat.
- d. *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan dalam bentuk lembar balik.
- e. Rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas masalah kesehatan.
- f. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel ditempat umum.
- g. Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

2. Media Elektronik

Beberapa jenis media elektronik antara lain :

- a. Televisi
- b. Radio
- c. Video
- d. *Slide*
- e. *Film Strip*

3. Media Papan (*Billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi kesehatan.

2.2.4 Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan kesehatan

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran pendidikan kesehatan yang akan dicapai alat peraga tersebut.

1. Yang perlu diketahui tentang sasaran antara lain :
 - a. Individu atau kelompok.
 - b. Kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya.
 - c. Bahasa yang mereka gunakan.
 - d. Adat istiadat serta kebiasaan.
 - e. Minat dan perhatian.
 - f. Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.
2. Tempat memasang(menggunakan) alat peraga
 - a. Di dalam keluarga, antara lain pada kesempatan kunjungan rumah, pada waktu menolong persalinan, menolong orang sakit dan sebagainya.
 - b. Di masyarakat, antara lain pada saat arisan, pengajian, perayaan hari besar dan di pasang di tempat umum yang strategis.
 - c. Di instansi, antara lain puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah dan sebagainya.
3. Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat digunakan oleh :
 - a. Petugas kesehatan
 - b. Kader kesehatan
 - c. Guru-guru sekolah dan tokoh masyarakat
 - d. Pamong desa

2.2.5 Merencanakan dan menggunakan alat bantu pendidikan kesehatan

Sebelum menggunakan alat peraga, kita harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling penting dan tepat untuk digunakan. Untuk itu diperlukan perhatian antara lain hal-hal berikut ini.

Tujuan yang hendak dicapai antara lain:

1. Tujuan pendidikan
 - a. Menanamkan pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep.
 - b. Mengubah sikap dan persepsi.
 - c. Menanamkan tingkah laku atau kebiasaan yang baru.
2. Tujuan penggunaan alat peraga
 - a. Sebagai alat bantu dalam latihan/pendidikan.
 - b. Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah.
 - c. Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi.
 - d. Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.

Perencanaan dan pemilihan alat peraga ditentukan sebagian besar oleh tujuan di atas. Kalau tujuan yang hendak dicapai rumit maka akan mungkin diperlukan lebih dari satu macam alat peraga. Kemampuan penyampaian pesan masing-masing alat peraga berbeda-beda. Alat peraga yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan akan berbeda dengan alat peraga yang digunakan untuk meningkatkan ketrampilan.

2.2.6 Persiapan penggunaan alat bantu pendidikan kesehatan

Semua alat peraga yang dibuat, berguna sebagai alat bantu belajar. Tetapi harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi sebagai alat belajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan ketrampilan dalam memilih dan mengadakan alat bantu secara tepat sehingga akan mendapatkan hasil yang maksimal. Sebelum menggunakan alat peraga sebaiknya petugas mencoba terlebih dahulu alat-alat yang masih dalam

bentuk kasar atau *draft*, sebelum diproduksi seluruhnya. Tes ini berguna untuk mengetahui sejauh mana alat peraga ini dapat dimengerti oleh sasaran pendidikan.

Cara melakukan tes tersebut antara lain sebagai berikut :

1. Merencanakan terlebih dahulu tes pendahuluan untuk suatu media yang akan diproduksi.
2. Menentukan pokok-pokok yang akan dipesankan dalam media tersebut.
3. Menentukan gambar-gambar atau simbol-simbol pokok yang disesuaikan dengan ciri-ciri sasaran.
4. Memperlihatkan alat peraga/ media tersebut kepada sasaran ter coba.
5. Memperlihatkan kepada sasaran ter coba apakah mereka mengalami kesukaran dalam memahami pesan-pesan, menanyakan hal-hal yang tidak dimengerti, mencatat komentar sasaran, melakukan perbaikan alat peraga.
6. Mendiskusikan alat peraga yang dibuat tersebut dengan orang lain (teman) atau para ahli.

2.2.7 Cara mempergunakan alat bantu pendidikan kesehatan

Cara mempergunakan alat peraga sangat tergantung pada jenis alatnya. Mempergunakan alat peraga juga perlu mempertimbangkan faktor sasaran pendidikan. Adapun hal yang sangat penting adalah bahwa alat yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat pesertanya (Notoatmodjo,2007).

Pada saat menggunakan alat peraga dalam pendidikan kesehatan hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Senyum adalah hal yang baik untuk mencari simpati.
2. Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dipergunakan itu adalah penting.
3. Pandangan mata hendaknya ke pendengar agar mereka tidak kkehilangan kontrol pendidik.

4. Gaya bicara hendaknya bervariasi.
5. Ikut sertakan para peserta/pendengar dan berikan kesempatan untuk memegang alat atau mencoba alat tersebut.
6. Bila perlu berilah selingan humor guna menghidupkan suasana.

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Oleh sebab itu perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain-lain bahkan termasuk kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia (Notoatmodjo, 2007). Menurut Skinner dikutip oleh Notoatmodjo (2007) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

2.3.2 Jenis perilaku

Berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku tertutup (*Covert Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. (*Covert*). 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 seorang 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 praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Misalnya penderita TBC paru minum obat secara teratur.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan.

2.3.3 Domain perilaku

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara berbagai factor baik internal maupun eksternal, dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2007). Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain/ranah yakni kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni :

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang *Overt Behavior* (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya)

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek ke dalam komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis yaitu kemampuan untuk meletakkan/menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atas kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap

Sikap adalah bentuk evaluasi atau perasaan seseorang terhadap sesuatu obyek yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut (Azwar, 2003).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar,2003).

Dalam bagian yang lain Allport (1954) yang dikutip Notoatmoojo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- 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 atiga.

- d. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Selain factor fasilitas juga diperlukan factor dukungan (*support*) dari pihak lain misalnya suami atau istri, orang tua, mertua dan lain-lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2007).

a. Persepsi

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

b. Respon terpimpin

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

c. Mekanisme

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

d. Adopsi

Adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, bulan yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.3.4 Perubahan (Adopsi) perilaku

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relative lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap (Notoatmodjo, 2007).

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya dan keluarganya.

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut.

3. Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya.

Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi tindakan baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. Kesadaran (*Awareness*), yakni orang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*Interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Evaluasi (*Evaluation*), yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya
4. Mencoba (*Trial*), orang mulai mencoba tindakan baru.
5. Adopsi (*Adoption*), yakni subyek telah bertindak sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.3.5 Faktor utama yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence Green (1980) dikutip Notoatmodjo (2003) perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap kesehatan, nilai yang dianut, tingkat pendidikan dan social ekonomi.

2. Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Mencakup sikap dan tindakan tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, undang-undang, peraturan terkait kesehatan.

2.4 Konsep Mobilisasi

2.4.1 Pengertian

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan sehat dan penting untuk kemandirian (Barbara Kozier, 1995). Mobilisasi dini adalah bergerak dan berputar di tempat tidur segera, membantu untuk mencegah komplikasi sirkulasi paru-paru dan kardiovaskuler, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik dan mengurangi nyeri (C. Long, 1996). Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian (Carpenito, 2000).

Dampak imobilisasi :

1. Atelektasis

2. Pneumonia
3. Gangguan pada proses buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK).
4. Distensi lambung

2.4.2 Tujuan mobilisasi dini

Adapun tujuan mobilisasi dini paska operasi yaitu :

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

2.4.3 Macam-macam mobilisasi

Menurut Bayer dan Dubes (1997) mobilisasi dibagi menjadi 2 (dua), yaitu :

1. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh ini menunjukkan bahwa syarat motorik dan sensorik mampu mengontrol seluruh area tubuh.

2. Mobilisasi sebagian

Umumnya mempunyai gangguan syaraf sensorik dan motorik pada area tubuh.

Mobilisasi ini dibedakan menjadi dua, yaitu mobilisasi temporer dan permanen.

2.4.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Menurut Koziar (1995) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan mobilisasi dini, yaitu :

1. Gaya hidup
2. Proses penyakit atau trauma
3. Kebudayaan
4. Tingkat energi
5. Usia dan tingkat perkembangannya

2.4.5 Tahap-tahap mobilisasi

Untuk melakukan mobilisasi dini paska operasi pasien harus melakukan sesuai tahap-tahap mobilisasi yang benar, yaitu :

1. Tahap I : mobilisasi atau gerakan awal : nafas dalam dan batuk, ekstremitas
2. Tahap II : mobilisasi atau gerak berputar
3. Tahap III : mobilisasi atau gerakan duduk tegak
4. Tahap IV : mobilisasi atau gerakan turun dari tempat tidur (3x/hr)
5. Tahap V : mobilisasi atau gerakan berjalan dengan bantuan (2x/hr)
6. Tahap VI : mobilisasi atau gerakan naik ke tempat tidur
7. Tahap VII : mobilisasi atau gerakan bangkit dari duduk ditempat tidur.

2.4.6 Cara melakukan mobilisasi

Tabel 2.1 Cara melakukan mobilisasi menurut Brunner & Suddarth (2002)

Tahap	Kegiatan	Pelaksanaan	Frekuensi	Waktu
I	Mobilisasi awal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas dalam Menghisap udara lewat hidung perlahan-lahan sampai dada mengembang dan ditahan sebentar dan dikeluarkan melalui mulut. 2. Batuk Menempatkan jari tangan atau 	4x/hari	0-5 jam paska

		<p>bantal kecil sebagai bebat menekan di atas insisi luka. Lakukan nafas dalam dan tahan lalu batukkan.</p> <p>3. Pergerakan Ekstrimitas</p> <p>Lakukan pergerakan kaki dengan gerakan flexi dan ekstensi setiap persendian, utamanya lutut, paha dan kemudian gerakan memutar.</p>		operasi
II	Mobilisasi berputar miring kiri dan kanan	<p>Pasien Tidur terlentang dengan tangan kanan dan kaki kanan membuat suatu gerakan melewati badannya kearah kiri. Pasien menggerakkan tangan kanannya ke arah tepi tempat tidur, dimana ia memegangnya, kaki kanan keadaan tertekuk pindah ke bagian kiri tempat tidur.</p>	Setiap 2 jam secara bergantian	6 jam setelah operasi
III	Mobilisasi duduk tegak	<p>Pasien pindah dari posisi tidur ke posisi duduk, dengan menempatkan kakinya dalam keadaan tertekuk lebih dekat pada bagian bawah, dan menempatkan tangannya ke samping belakang badannya. Setelah itu dengan menggunakan 4 tempat tumpuan mendorong</p>	1-2 x /hari sesuai kondisi pasien	Setelah 12 jam operasi

IV	Mobilisasi turun dari tempat tidur	<p>badannya ke arah belakang.</p> <p>Pasien duduk tegak lurus di tempat tidur dan dari posisi ini membuat gerakan turun dari tempat tidur dengan menggerakkan kakinya ke samping keluar tempat tidur. Pada gerakan ini memanfaatkan kedua tangan sebagai alat tumpuan. Pasien mendorong badannya turun dari tempat tidur dan masih tetap berpegangan pada tempat tidur <i>untuk memperoleh rasa aman ketika bisa berdiri di samping tempat tidur.</i></p>	1-2x/hari sesuai kondisi pasien	Setelah 24 jam operasi
V	Mobilisasi berjalan dengan bantuan	Berjalan dengan memegang tangan pasien .	2-3x/hari	Setelah berdiri stabil
VI	Mobilisasi naik ke tempat tidur	Pasien berdiri dari posisi di luar tempat tidur memegang pinggir dengan tangan dan menyentuh dengan bagian belakang kaki bagian atas pinggiran tempat tidur. Gerakan berikutnya mendorong badan ke atas melalui bantuan kedua tangan dan	2-3x/hari	Setelah berjalan dan pasien akan tidur

VII	Mobilisasi bangkit dari duduk di tempat duduk	<p>kakinya. Setelah duduk tegak di tempat tidur, menjatuhkan badannya miring ke belakang dan kaki juga digerakkan pada saat yang bersamaan.</p> <p>Pasien membungkuk ke depan, dan bertumpu dengan menempatkan tangan pada pinggir tempat duduk.</p> <p>Pasien keluar dari posisi seimbang tadi dengan mengangkat badannya ke atas dengan kedua tangan dan kakinya hingga berdiri tegak.</p>	1-2x/hari	Setelah duduk dan akan berjalan
-----	---	--	-----------	---------------------------------

2.5. Konsep Dasar Penyakit Radang Usus Buntu (Apendisitis)

2.5.1 Definisi radang usus buntu (Apendisitis)

Apendisitis merupakan inflamasi apendiks, suatu bagian seperti kantung yang non fungsional dan terletak di bagian inferior sekum. Penyebab paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses, yang akhirnya merusak suplai darah dan merobek mukosa yang menyebabkan inflamasi (Wilson & Goldman, 1989) yang dikutip oleh Monica Ester (2002).

2.5.2 Patofisiologi

Patologi apendisitis dapat dimulai di mukosa dan kemudian melibatkan seluruh lapisan dinding apendiks dalam waktu 24 – 48 jam pertama. Usaha pertahanan tubuh adalah membatasi proses radang dengan menutup apendiks dengan omentum, usus halus atau adneksa sehingga terbentuk masa periapendikuler yang secara salah disebut

infiltrat apendiks. Bila apendiks tersumbat, tekanan intraluminal meningkat menimbulkan penurunan drainase vena, thrombosis, edema dan invasi bakteri dinding usus. Bila obstruksi berlanjut apendiks menjadi semakin hiperemik, hangat dan tertutup eksudat yang seterusnya menjadi gangren dan perforasi.

2.5.3 Gejala klinis

Apendisitis sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang member tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke kanan bawah ke titik McBurney. Di sini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya. sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Kadang tidak ada nyeri epigastrium tetapi terdapat konstipasi. Bila terdapat perangsangan peritoneum biasanya pasien mengeluh sakit perut bila berjalan dan batuk. Demam biasanya ringan dengan suhu sekitar 37,5 – 38,5 ° C. Bila suhu lebih tinggi mungkin terjadi perforasi. Pada inspeksi perut tidak ditemukan gambaran spesifik. Kembung sering terlihat pada penderita dengan komplikasi perforasi. Penonjolan perut kanan bawah bisa dilihat pada massa atau abses periapendikuler. Pada palpasi didapatkan nyeri yang terbatas pada region iliaka kanan, bias disertai nyeri lepas. Nyeri tekan perut kanan bawah ini merupakan kunci diagnosis.

2.5.4 Pemeriksaan dan diagnosis

1. Klinis didapatkan gejala-gejala rangsangan peritoneum dengan pusat di daerah Mc Burney.

2. Colok dubur : nyeri bila daerah infeksi bisa dicapai dengan jari telunjuk misalnya apendisitis pelvika.
3. Lekositosis, tidak terlalu tinggi (kurang dari 10.000/sm³)
4. Sedimen urin perlu untuk menyingkirkan kelainan pada ureter.
5. Foto polos abdomen menunjukkan adanya udara di daerah sekum dan ileum distal (tidak mutlak dibuat kecuali untuk menyingkirkan kelainan ureter misalnya batu ureter).

2.5.5 Diagnosis banding

1. Golongan Gastro Enteritis : Limfadenitis mesenteric, Entero colitis, Ilietis terminalis.
2. Kelainan organ-organ pelvis wanita : Pecahnya folikel ovarium pada pertengahan menstruasi, salpingitis, torsi kista ovarium, kehamilan di luar kandungan.
3. Kelainan saluran kemih : Batu ginjal, pielonefritis.
4. Kelainan di dalam abdomen : Tukak peptik, kolesistitis, pankreatitis, divertikulitis, perforasi karsinoma kolon.
5. Penyakit di luar abdomen : pneumonia, pleuritis, infark miokard

2.5.6 Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan adalah apendektomi, dengan persiapan-persiapan pra bedah sebagai berikut :

1. Infus larutan garam fisiologis atau ringer laktat.
2. Ampisilin 1 g i.v + metronidazol 1 g sup. Diberikan 1 jam pra bedah. Bila pada operasi ternyata didapatkan apendiks sudah mengalami perforasi maka langsung dibuat biakan kuman dan tes kepekaan kuman terhadap antibiotic.

Pasca bedah :

1. Infus diteruskan dengan komposisi 2 garam fisiologis dan 3 dekstrose 5 % dalam 24 jam sampai makan peroral dapat dimulai.
2. Bila bising usus mulai terdengar dapat dimulai minum sedikit-sedikit (3 sendok makan/jam)
3. Bila flatus sudah terjadi dan perut tidak kembung maka makan cair dapat dimulai.
4. Mobilisasi dini dapat dimulai segera pasca bedah.
5. Pada apendisitis akut yang tak mengalami penyulit, cukup diberikan antibiotik profilaksis Ampisilin 1 gram + Metronidasol 1 gram sup. waktu premedikasi. Bila sudah mengalami penyulit septic (gangrene/perforasi) diberikan antibiotik :
 - Ampisilin 3 x 1 gr intravena
 - Aminoglikosid 3 x 60 mg intravena (1,5 mg/kg BB)
 - Metronidasol 3 x 0,5 gr intravena atau Sefalosporin generasi III 3 x 1 gr intravena dengan metronidasol 3 x 0,5 gr intravena.

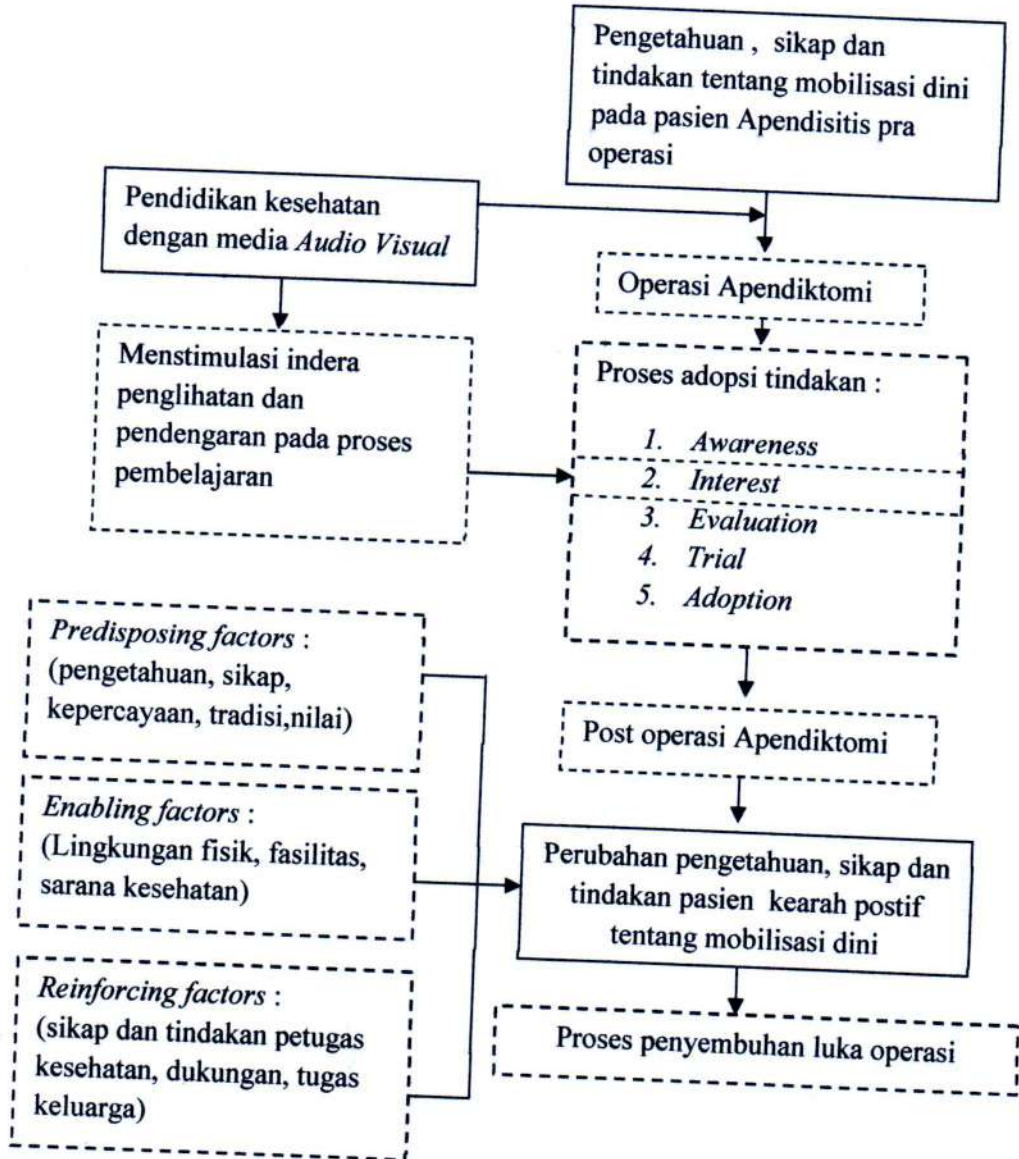
Sedangkan penatalaksanaan keperawatan pasien dengan apendisitis yaitu :

1. Kaji dan dokumentasikan kualitas, lokasi dan durasi nyeri.
2. Pertahankan pasien puasa sebelum pembedahan.
3. Ajarkan teknik pernafasan diafragmatik yang lambat untuk menurunkan stress dan membantu rileks otot yang tegang.
4. Bantu posisi pasien untuk kenyamanan optimal.
5. Ajarkan pasien perawatan luka paska operasi bila pasien pulang.
6. Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga pada saat rencana pemulangan.
7. Ajarkan klien tentang mobilisasi dini sesegera mungkin paska operasi apendiktomi sesuai prosedur yang benar.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

: Diukur : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *Audio visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien paska operasi Apendiktomi di Ruang Bedah Rumital Dr Ramelan Surabaya.

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi. Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran (Herawani, 2002). Untuk memberikan pendidikan kesehatan diperlukan alat untuk mempermudah penyampaian informasi tersebut dengan menggunakan alat bantu/peraga. Adapun Alat Bantu/Peraga Pendidikan Kesehatan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu pendidikan pada dasarnya dibagi menjadi tiga macam, yaitu : alat bantu lihat (*Visual Aids*), alat bantu dengar (*Audio Aids*), dan alat bantu lihat dengar (*Audio Visual Aids*). Penggunaan alat bantu dengan media *Audio Visual* dalam memberikan pendidikan kesehatan akan terjadi proses stimulasi indera penglihatan dan indera pendengaran secara bersama pada saat mempersepsikan bahan pendidikan atau pengajaran yang diterima serta menyalurkan ke dalam otak. Oleh sebab itu penggunaan media *Audio Visual* akan mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan. Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan pada pasien pra operasi Apendiktomi adalah untuk memberikan informasi kepada pasien agar pasien memiliki pengetahuan dan sikap yang positif tentang mobilisasi dini serta pasien dapat melakukan tindakan mobilisasi dini paska operasi.

Adapun proses adopsi tindakan baru di dalam diri seseorang, akan melalui tahap-tahap yang berurutan yaitu pertama kesadaran (*awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu, kedua tertarik (*interest*) yaitu orang mulai tertarik kepada stimulus, ketiga evaluasi (*evaluation*) yaitu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus bagi dirinya,

keempat mencoba (*trial*) yaitu mulai mencoba tindakan baru dan kelima adopsi (*adoption*) yaitu subyek telah bertindakan baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Lawrence Green (1980) dikutip Notoatmodjo (2003) tindakan pasien paska operasi apendiktomi dalam melakukan mobilisasi dini ditentukan juga oleh faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan nilai. Disamping itu faktor pendukung (*enabling factor*) dan faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terdiri dari ketersediaan fasilitas, sikap dan tindakan para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya tindakan pasien paska operasi apendiktomi dalam melakukan mobilisasi dini. Dari sini dapat disimpulkan pemberian pendidikan kesehatan dengan menggunakan media *Audio Visual* pada pasien pra operasi apendiktomi akan dapat merubah perilaku pasien untuk melakukan mobilisasi dini sehingga terjadi proses penyembuhan luka operasi yang efektif.

3.2 Hipotesis

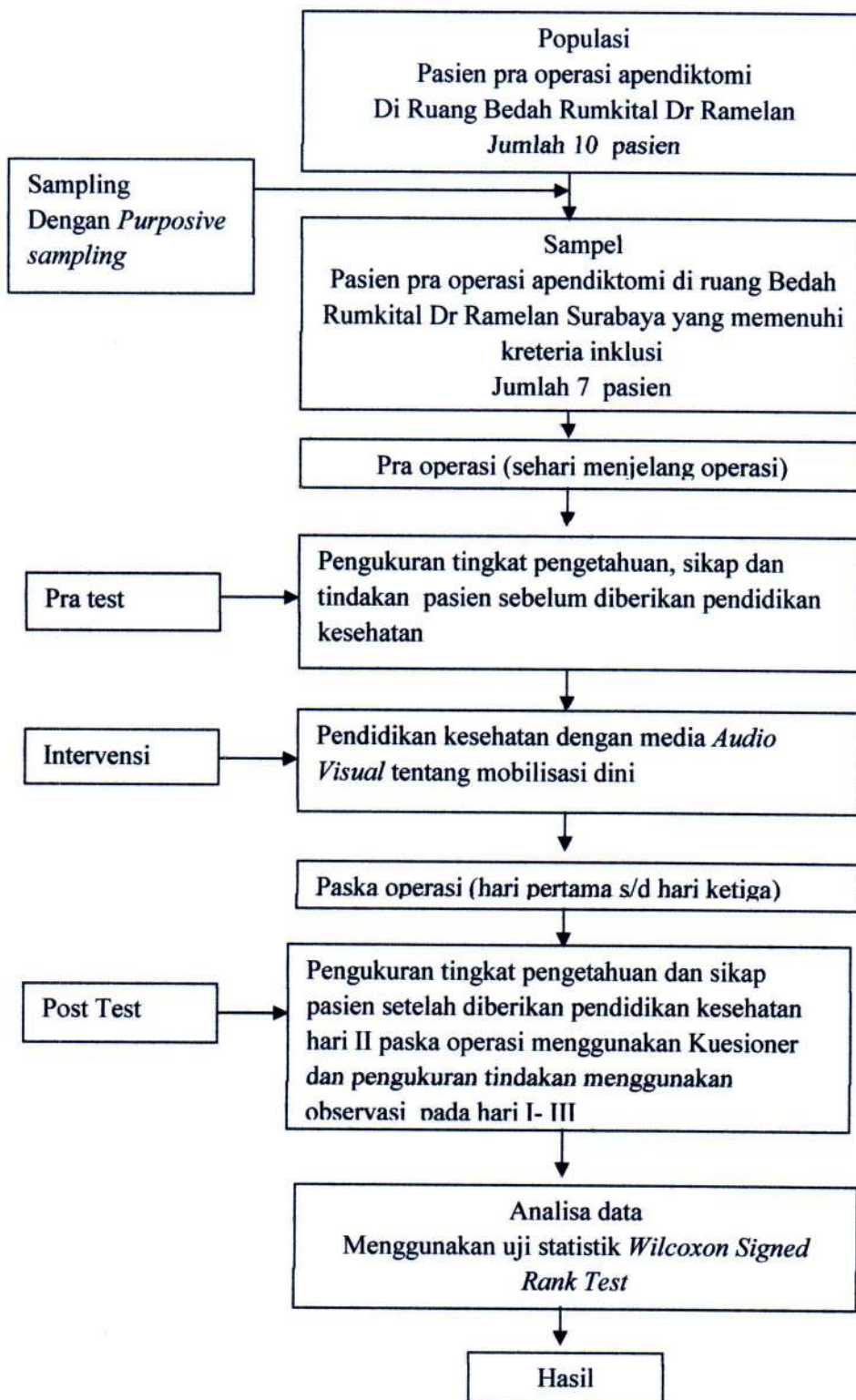
Hipotesis adalah kesimpulan teoritis yang masih harus dibuktikan kebenarannya melalui analisis terhadap bukti-bukti empiris (Danim Sudarwan, 2003).

Hipotesis yang ditetapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut ;

H1 :

1. Ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* terhadap perubahan pengetahuan pasien paska operasi apendiktomi dalam melakukan mobilisasi dini.

4.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* terhadap perubahan perilaku mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian adalah subyek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yaitu telah ditetapkan (Nursalam, 2008).

Populasi dari penelitian ini adalah pasien pra operasi apendiktomi di ruang bedah Rumkital dr Ramelan Surabaya selama satu bulan.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008).

Rumus yang digunakan untuk menghitung besarnya sampel adalah :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

N = perkiraan jumlah populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1-p (100%-p)

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d=0,05)(dikutip dari Zainudin M, 2000)

$$n = \frac{10 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)(10-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{38 \cdot (0,25)}{(0,45) + (0,95)} = 6,8 = 7 \text{ Sampel}$$

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Mengukur	Skala	Skor
1. Independen (bebas) Pendidikan kesehatan Dengan media <i>Audio Visual</i>	Pemberian informasi tentang pentingnya mobilisasi dini pada pasien pre operasi apendiktomi yang diberikan dengan alat pandang dengar	Pemberian informasi tentang : - Pengertian mobilisasi - Tujuan mobilisasi - Faktor yang mempengaruhi mobilisasi - Tahap-tahap mobilisasi - Cara melakukan mobilisasi	SAP		
2. Dependen (tergantung) -Pengetahuan	Jawaban yang diberikan merupakan hasil tahunya pasien melalui penginderaan terhadap masalah mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi	Jawaban yang tepat tentang : - Pengertian mobilisasi - Tujuan mobilisasi - Faktor yang mempengaruhi mobilisasi - Cara melakukan mobilisasi	Kuesioner	Ordinal	Benar nilai:1 Salah nilai: 0 - Kurang $\leq 55\%$, Kode 1 - Cukup 56-75% Kode 2 - Baik 76-100% Kode 3 Arikunto, 2006
- Sikap	Sikap merupakan kehendak pasien paska operasi dalam menentukan/ memilih tindakan yang akan diberikan atau dilakukannya terhadap masalah mobilisasi dini	Sikap pasien tentang mobilisasi dini dalam hal : - Menerima - Merespon - Menghargai - Bertanggung jawab	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan positif SS : skor 4 S : skor 3 R : skor 2 TS : skor 1 STS: skor 0 Pertanyaan negatif STS : skor 4 TS : skor 3 R : skor 2 S : skor 1 SS : skor 0 Sikap positif $T \geq \text{mean data}$

					Sikap negatif T < mean data Sikap positif Kode : 2 Sikap negative Kode : 1 (Azwar, 2003)
- Tindakan	Tindakan merupakan praktek atau pelaksanaan mobilisasi dini yang diketahui atau disikapi responden	Pengamatan atau observasi terhadap tindakan pasien dalam melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahap-tahap mobilisasi.	Observasi	Ordinal	Ya nilai : 1 Tidak nilai:0 Kurang ≤ 55% Kode 1 Cukup 56-75% Kode 2 Baik 76-100% Kode 3 (Arikunto, 2006)

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen yaitu berupa kuesioner untuk mengetahui pengetahuan dan sikap sedangkan untuk tindakan peneliti menggunakan observasi. Kuesioner yang digunakan untuk pengetahuan terdiri dari pertanyaan-pertanyaan positif dan negatif yang bila dijawab dengan benar skornya 1 dan bila dijawab salah skornya 0. Sedang untuk kuesioner sikap terdiri dari pertanyaan *favorable* (positif) dan *unfavorable* (negatif), pertanyaan positif bila dijawab sangat setuju (SS) skor 4, dan seterusnya. Untuk pertanyaan negatif bila menjawab sangat setuju (SS) skornya sebaliknya yaitu 0 dan seterusnya. Adapun pertanyaan pengetahuan yang positif adalah nomor 1,2,3,6,8,9,10,11,15 dan untuk

pertanyaan negatif adalah nomor 4,5,7,12,13,14. Sedangkan untuk pertanyaan sikap *favorable* adalah nomor 1,2,3,4,5,6,9,11,13 dan untuk pertanyaan sikap *unfavorable* adalah nomor 7,8,10,12,14,15. Untuk penilaian tindakan melalui lembar observasi jika menjawab ya nilainya 1 dan jawabannya tidak nilainya 0.

4.6.2 Lokasi, waktu dan prosedur penelitian

1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang bedah Paviliun G1 dan Paviliun G2 Rumkital Dr Ramelan Surabaya dengan pertimbangan belum pernah dilakukan penelitian seperti ini sebelumnya.

2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November sampai Desember 2009.

3 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai dari perizinan kepada Dekan Fakultas Keperawatan, dan dilanjutkan perizinan kepada Kepala Rumkital Dr Ramelan. Setelah itu penulis memilih subjek dengan diawali membuat *informed consent* yang merupakan bentuk ketersediaan pasien sebagai subjek penelitian. Pengumpulan data pre test dilakukan pada saat sehari sebelum dilakukan operasi dengan kuesioner yang dibagikan kepada pasien yang akan diteliti. Kuesioner ini digunakan peneliti untuk mengetahui data demografi, tingkat pengetahuan dan sikap sedangkan lembar observasi untuk menilai kemampuan responden dalam melaksanakan tindakan mobilisasi. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* sehari menjelang operasi sebanyak satu kali. Dan dievaluasi tingkat pengetahuan, sikap pada hari II paska operasi dengan menggunakan kuesioner, sedangkan tindakan pasien dievaluasi menggunakan observasi mulai hari I-III paska operasi.

4.6.3 Analisa Data

Dari hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi dan dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi. Analisis statistik diolah dengan perangkat lunak komputer menggunakan *SPSS 12 for Windows*.

1. Analisis Deskriptif

a. Variabel Pengetahuan

Untuk variabel ini dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = f/N \times 100\% \text{ (Arikunto, 2006)}$$

Keterangan : P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah diperoleh prosentase kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan Kriteria ;

Baik = 76%-100%

Cukup = 56%-75%

Kurang = < 56 %

b. Variabel sikap

Untuk variabel sikap diukur dengan menggunakan skala Likert yang terdiri 5 jawaban, yaitu sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Kemudian nilai skor jawaban kuesioner dihitung dengan menggunakan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{s} \right] \text{ (Azwar, 2003)}$$

Keterangan :

X = Skor responden

\bar{X} = Nilai rata-rata kelompok

s = Standar deviasi

Positif jika didapatkan nilai skor = $T \geq \text{mean data}$

Negatif jika didapatkan nilai skor = $T \leq \text{mean data}$

c. Variabel tindakan

Variabel ini diukur melalui observasi dengan menggunakan rumus :

$$P = f/N \times 100\% \quad (\text{Arikunto, 2006})$$

Keterangan : P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang dilakukan

N = Jumlah skor maksimal observasi

Kemudian diinterpretasikan dengan kriteria ;

Baik = 76 % - 100%

Cukup = 56% - 75%

Kurang = < 56 %

2. Analisis Statistik

Untuk menunjukkan pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *audio visual* terhadap perubahan perilaku yang terdiri pengetahuan, sikap tindakan peneliti menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*, yaitu uji komparasi 2 sampel berpasangan dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ apabila didapatkan nilai $\alpha \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang berarti ada pengaruh antara pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audio visual* terhadap perubahan perilaku pasien paska operasi apendiktomi dalam melakukan mobilisasi dini.

4.7 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti harus mendapat rekomendasi dari FKp UNAIR Surabaya dan mendapat ijin dari Kepala Rumkital Dr Ramelan Surabaya. Setelah dapat persetujuan barulah melaksanakan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)

Lembar ini diberikan kepada responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang terjadi sebelum dan sesudah. Dan lembar persetujuan secara suka rela.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpul data, cukup member kode.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan sebagai hasil riset.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah suatu kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *purposive sampling*, dimana ini merupakan jenis dari *non probability sampling*, sehingga hasil yang diperoleh tidak bisa digeneralisasikan.
2. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri, sehingga validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji.

3. Alat yang digunakan sebagai media *audio visual* adalah laptop sehingga kurang maksimal gambar dan suara yang ditampilkan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dari penelitian tentang Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media *Audio Visual* Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini pada Pasien Paska Operasi Apendiktomi yang telah dilakukan di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan yang meliputi ruang paviliun G1, paviliun G2, paviliun H1 dan paviliun I1 pada tanggal 1 Desember 2009 sampai dengan 31 Desember 2009. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk narasi, tabel dan gambar. Pada penyajian hasil dibagi dalam dua bagian yaitu data umum yang meliputi karakteristik tempat penelitian dan karakteristik responden yang terdiri dari pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, status perkawinan dan data khusus atau variabel yang diukur tentang pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi. Selanjutnya dilakukan pembahasan hasil yang telah diperoleh dari hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* untuk mengetahui pengaruh variabel independen pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap variabel dependen perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum tempat penelitian

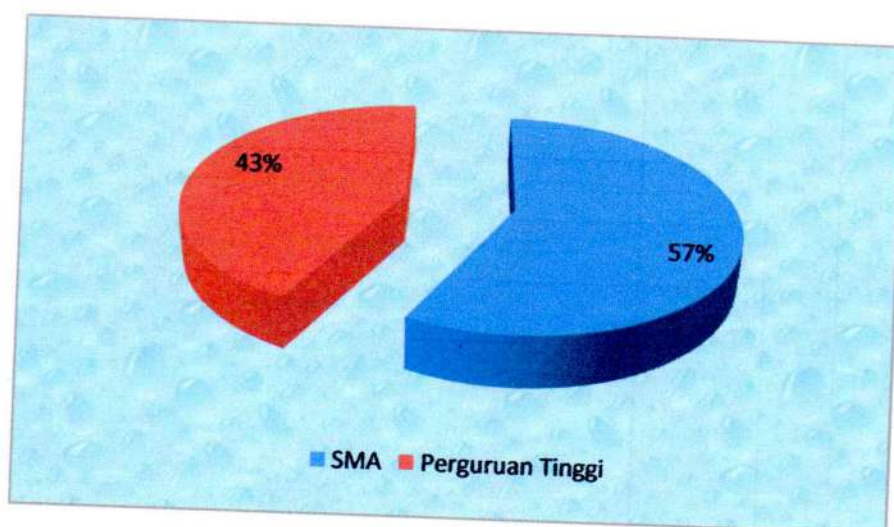
Rumah sakit TNI AL Dr. Ramelan Surabaya merupakan Rumah Sakit TNI tipe A yang berada di wilayah timur yang didirikan pada tanggal 7 Agustus 1950 yang terletak di Jalan Gadung 1 Surabaya. Ruangan Paviliun G1, Paviliun G2, Paviliun H1

dan Paviliun I1 merupakan ruang rawat inap bedah khususnya kasus-kasus bedah umum serta sebagian kecil kasus bedah syaraf pada ruang H1 dan sebagian kecil kasus bedah urologi pada ruang G1. Adapun kapasitas tempat tidur dan jumlah karyawan yang dimiliki oleh masing-masing ruangan yaitu ruang Paviliun G1 terdiri dari 27 tempat tidur dan 17 karyawan meliputi 14 perawat serta 3 pekarya, ruang paviliun G2 terdiri dari 26 tempat tidur dan 17 karyawan meliputi 14 perawat serta 3 pekarya, ruang paviliun H1 terdiri dari 21 tempat tidur dan 16 karyawan meliputi 13 perawat serta 3 pekarya, ruang paviliun I1 terdiri dari 20 tempat tidur dan 14 karyawan meliputi 11 perawat serta 3 pekarya.

5.1.2 Karakteristik responden

Pasien yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian sebanyak 7 responden. Adapun penjelasan tentang responden meliputi pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku dan status perkawinan akan ditampilkan dalam bentuk narasi dan gambar.

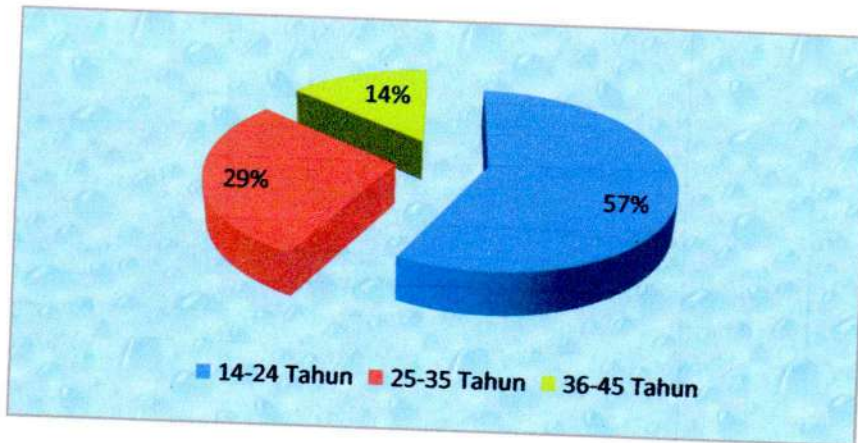
1. Pendidikan



Gambar 5.1 Diagram Pie Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Paviliun G1,G2,H1 dan I1 Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMA sebanyak 4 orang (57%) dan responden yang memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi adalah sebanyak 3 responden (43%).

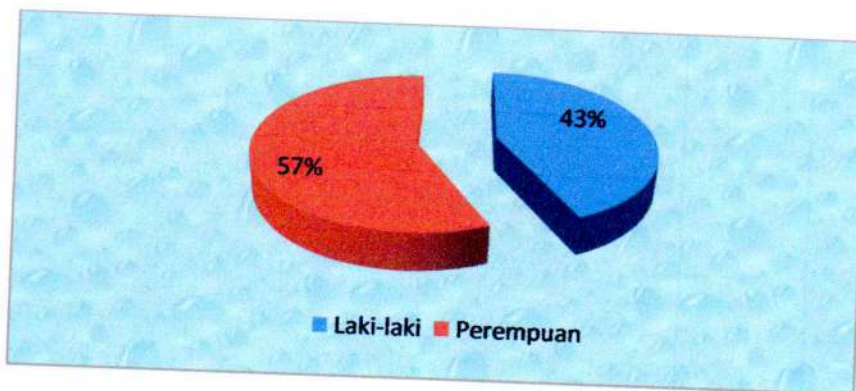
2. Umur



Gambar 5.2 Diagram Pie Responden Berdasarkan Umur di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Gambar 5.2 menunjukkan kelompok umur terbanyak (57%) adalah usia 14-24 Tahun sebanyak 4 responden dan kelompok umur 25-35 Tahun sebanyak 2 responden (29%) serta kelompok umur 36-45 Tahun sebanyak 1 responden (14%).

3. Jenis Kelamin



Gambar 5.3 Diagram Pie Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Berdasarkan gambar 5.3 diketahui bahwa responden terbanyak adalah responden memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 4 responden (57%) dan sebanyak 3 responden (43%) memiliki jenis kelamin laki-laki.

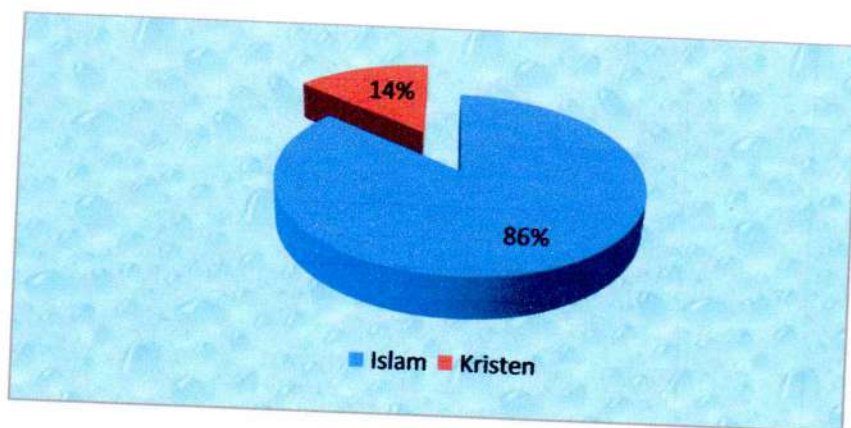
4. Pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram Pie Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 Rawat Inap Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Gambar 5.4 menunjukkan bahwa responden yang terbanyak memiliki pekerjaan sebagai PNS/TNI/POLRI sebanyak 4 orang (57%) dan responden yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 1 orang (14%) serta responden yang tidak bekerja sebanyak 2 orang (29%).

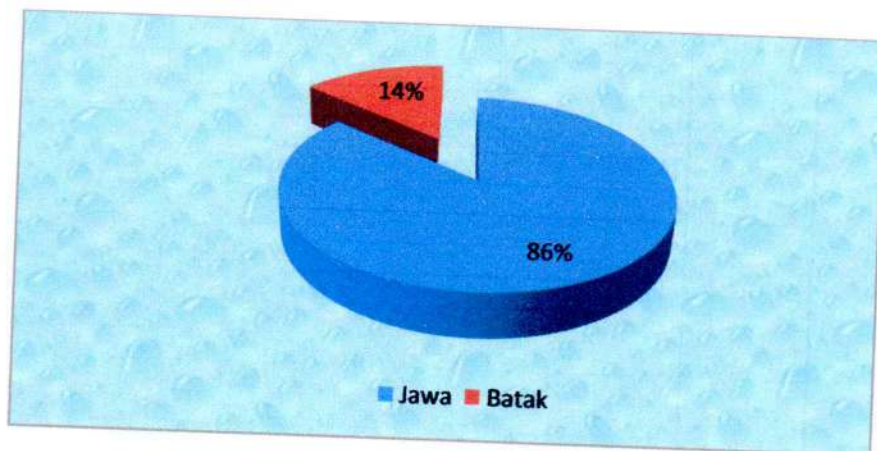
5. Agama



Gambar 5.5 Diagram Pie Responden Berdasarkan Agama yang dianut di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Gambar 5.5 menunjukkan sebagian besar responden menganut agama Islam sebanyak 6 orang (86%) dan responden yang beragama Kristen sebanyak 1 orang (14%).

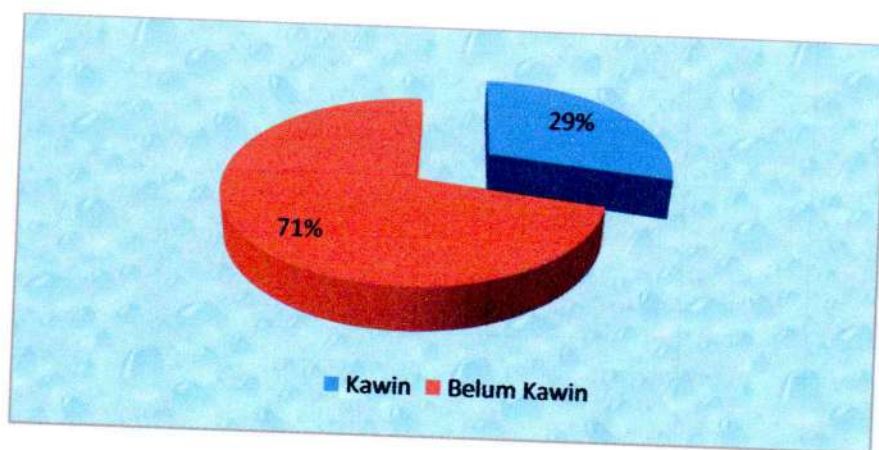
6. Suku



Gambar 5.6 Diagram Pie Responden Berdasarkan Suku di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan II Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya bulan Desember 2009.

Berdasarkan gambar 5.6 diketahui bahwa sebagian besar responden berasal dari suku Jawa sebanyak 6 orang (86%) dan responden yang lain adalah suku Batak sebanyak 1 orang (14%).

7. Status Perkawinan



Gambar 5.7 Diagram Pie Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan II Rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Gambar 5.7 menunjukkan bahwa responden yang sudah menikah/kawin sebanyak 2 orang (29%) dan responden yang belum menikah/kawin sebanyak 5 orang (71%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan keadaan perilaku pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*, kemudian disajikan juga pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi.

1. Perilaku pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*.

a. Pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*

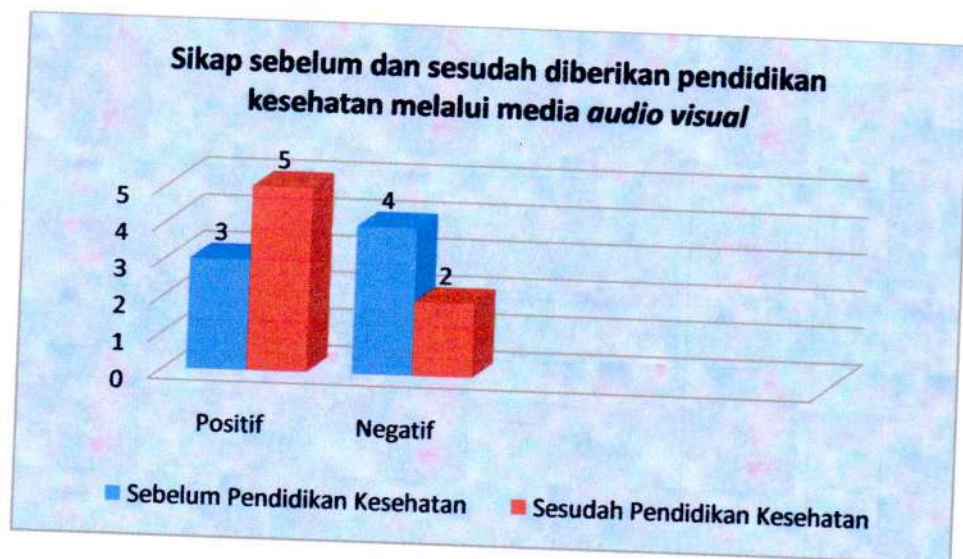


Gambar 5.8 Diagram Batang Pengetahuan pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Dari gambar 5.8 menunjukkan sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* sebanyak 6 orang (86%) memiliki pengetahuan yang

cukup, sebanyak 1 orang (14%) memiliki pengetahuan kurang sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* didapatkan peningkatan pengetahuan seluruh responden (100%) memiliki pengetahuan baik dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan yang cukup atau kurang.

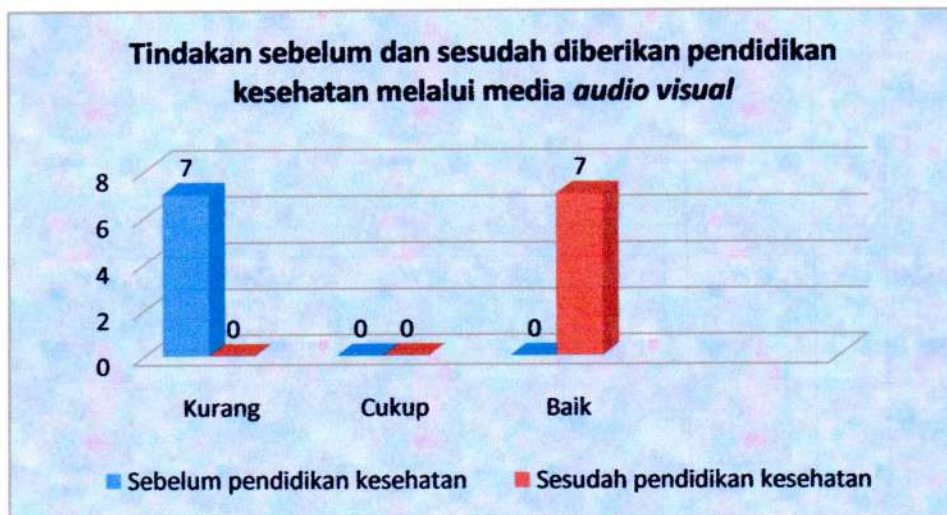
b. Sikap Pasien tentang mobilisasi dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*



Gambar 5.9 Diagram Batang Sikap pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Dari gambar 5.9 diketahui bahwa sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* responden sebanyak 3 orang (43%) memiliki sikap positif tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi dan 4 responden (57%) memiliki sikap negatif terhadap mobilisasi dini paska operasi apendiktomi. Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* responden yang memiliki sikap positif meningkat menjadi 5 orang (71%) dan yang memiliki sikap negatif menurun menjadi 2 orang (29%).

- c. Tindakan pasien tentang mobilisasi dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*



Gambar 5.10 Diagram Batang Tindakan pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di Ruang Paviliun G1, G2, H1 dan I1 rawat Inap Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Bulan Desember 2009.

Dari gambar 5.10 menunjukkan bahwa tindakan pasien sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* semuanya kurang 7 responden (100%) dan tidak ada yang memiliki kriteria cukup atau baik. Adapun setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tindakan responden sebanyak 7 orang (100%) memiliki kriteria baik, sedangkan yang memiliki kriteria cukup dan kurang tidak ada (0%).

2. Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi berdasarkan uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test*.

a. Pengetahuan

Tabel 5.1 Pengetahuan pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di ruang pavilion G1, G2, H1 dan I1 rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya bulan Desember 2009.

No. Responden	Pengetahuan Pasien	
	Sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual	Sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual
1	67	87
2	67	93
3	60	80
4	47	80
5	67	80
6	73	93
7	67	80
Σ	448	593
II	64	84.71
Standart Deviasi	8.39	6.21
Wilcoxon Test Nilai Sign $p = 0.017$		

Dari hasil uji statistik menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai $p = 0.017 \leq 0,05$ artinya H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat

pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan responden tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.

b. Sikap

Tabel 5.2 Sikap pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di ruang pavilion G1, G2, H1 dan I1 rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya bulan Desember 2009.

No. Responden	Sikap Pasien	
	Sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media <i>audio visual</i>	Sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media <i>audio visual</i>
1	41	48
2	25	40
3	30	57
4	23	50
5	27	41
6	30	50
7	28	50
Σ	204	336
Π	29.14	48
Standart Deviasi	5.81	5.86
Wilcoxon Test Nilai Sign $p = 0.018$		

Dari hasil uji statistik menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai $p = 0,018 \leq 0,05$ yang berarti H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan sikap responden tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.

c. Tindakan

Tabel 5.3 Tindakan pasien sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi di ruang pavilion G1, G2, H1 dan I1 rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya bulan Desember 2009.

No.Responden	Tindakan Pasien	
	Sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual	Sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual
1	11	100
2	11	79
3	11	100
4	11	78
5	0	78
6	11	89
7	22	100
Σ	77	624
π	11	89.14
Standart Deviasi	6.35	10.84
Wilcoxon Test Nilai Sign p = 0.017		

Dari hasil uji statistik menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai $p = 0,017 \leq 0,05$ yang berarti H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan tindakan responden tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini, setelah dilakukan analisa dengan menggunakan uji Statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* melalui SPSS dan melihat hasil yang diperoleh maka akan dibahas sejauh mana pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan perilaku pasien paska operasi apendiktomi.

5.2.1 Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media audio visual terhadap perubahan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 7 responden yang diperoleh di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan didapatkan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini mengalami perubahan. Pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* didapatkan tingkat pengetahuan cukup 6 responden (86%), sedangkan tingkat pengetahuan kurang 1 orang (14%). Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* pengetahuan pasien meningkat sangat signifikan yaitu didapatkan tingkat pengetahuan baik sebanyak 7 responden (100%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dapat diketahui bahwa hasil nilai signifikansi $p = 0,017 < 0,05$ hal ini menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi.

Hal ini sesuai dengan pendapat Craven dan Hirnle (1996) yang dikutip Herawani (2002), pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya, aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Pendapat di atas

juga diperkuat oleh Soekidjo Notoatmodjo (2003) yang mengatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok dan masyarakat dari tidak tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah sendiri. Hal tersebut di atas juga didukung oleh penggunaan media *audio visual* dalam pemberian pendidikan kesehatan, dimana alat bantu tersebut adalah alat bantu pendidikan kesehatan yang mampu menstimulasi dua indera secara bersamaan yaitu indera penglihatan dan pendengaran sehingga proses penerimaan pembelajaran oleh responden tentu akan lebih baik dan lebih cepat (Notoatmodjo, 2007). Penggunaan alat bantu sangat membantu sasaran didik dalam menerima informasi berdasarkan kemampuan penangkapan panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan semakin baik penerimaan sasaran didik terhadap materi pendidikan kesehatan (Herawani, 2002). Adapun pada proses adopsi perilaku menurut Roger 1974 terdapat tahapan *interest* (tertarik), sehingga responden akan lebih tertarik dalam memperhatikan materi pembelajaran tentang mobilisasi dini yang disampaikan karena ditampilkan juga dalam video tersebut berupa praktek/demonstrasi cara-cara melakukan mobilisasi dini paska operasi apendiktomi sesuai tahap-tahap yang benar (Herawani, 2002).

Berdasarkan dari data hasil penelitian didapatkan tingkat signifikansi yang tinggi antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya : responden memiliki latar belakang pendidikan SMA dan perguruan tinggi berarti memiliki pengetahuan dan wawasan yang cukup baik sehingga dapat terlibat aktif dalam proses pemberian pendidikan kesehatan dan akan memiliki daya tangkap yang bagus terhadap materi pembelajaran yang diberikan oleh peneliti, responden sebagian besar sudah bekerja baik sebagai PNS/TNI serta pegawai swasta sehingga memiliki

motivasi yang tinggi untuk proses penyembuhan penyakitnya karena mungkin dituntut untuk segera bekerja kembali di tempat kerjanya, metode pembelajaran yang digunakan yaitu metode demonstrasi dimana metode ini menyajikan suatu materi tentang cara, prosedur melakukan mobilisasi dini dengan menggunakan media *audio visual*, dimana kelebihan dari metode ini adalah proses pembelajaran yang lebih konkrit, lebih jelas, lebih mudah dipahami, lebih menarik, peserta didik dirangsang untuk mengamati, dan dapat menghindari verbalisme. Selain hal tersebut juga dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung menurut Herawani (2002) dalam proses pengajaran yaitu motivasi dari responden yang sangat tinggi, kesiapan untuk belajar dari responden, keterlibatan aktif dalam proses pembelajaran melalui diskusi, umpan balik positif akan memberikan dukungan atau semangat responden untuk berbuat yang lebih baik, waktu proses pembelajaran yang efisien, lingkungan ruangan yang nyaman sangat mendukung pembelajaran.

5.2.2 Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan sikap pasien tentang mobilisasi dini paska operasi apendiktomi

Berdasarkan dari hasil penelitian diperoleh adanya perubahan sikap dari pasien tentang mobilisasi dini paska apendiktomi. Dari hasil penelitian diperoleh sikap pasien sebelum diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* sebanyak 3 responden (43%) memiliki sikap positif dan sebanyak 4 responden (57%) memiliki sikap negatif. Sedangkan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* didapatkan peningkatan pada responden yang memiliki sikap positif yaitu sebanyak 5 responden (71%) memiliki sikap positif dan didapatkan penurunan pada responden yang memiliki sikap negatif yaitu 2 responden (29%) memiliki sikap negatif. Berdasarkan uji statistik menggunakan uji *Wilcoxon Signed*

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini pada pasien apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya didapatkan peningkatan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*.
2. Sikap responden tentang mobilisasi dini pada pasien apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya terjadi peningkatan antara sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual*.
3. Tindakan responden dalam melakukan mobilisasi dini pada pasien apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terjadi peningkatan.
4. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan pengetahuan tentang mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

5. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan sikap tentang mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan tindakan tentang mobilisasi dini pada pasien paska operasi apendiktomi di ruang rawat inap bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

6.2 Saran

1. Perawat di ruangan dapat menggunakan media *audio visual* sebagai metode alternatif dalam pemberian pendidikan kesehatan pada pasien sebelum dilakukan tindakan operasi.
2. Perlu diadakan pelatihan kepada para perawat tentang metode pemberian pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* kepada pasien pra operasi.
3. Perlu adanya penambahan sarana untuk menunjang pelaksanaan pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* oleh instansi rumah sakit.
4. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap perubahan perilaku tentang mobilisasi dini pada pasien paska operasi abdomen khususnya laparatomi dan penelitian berkaitan pengaruh mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz (2003). *Riset Keperawatan dan teknik Penulisan*, Jakarta : Salemba Medika
- Arikunto S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta : Renika Cipta.
- Azwar S (2003). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Bambang.(2009).*Laparatomi*.<http://ww1.Yuwie.com/blog/entry>. Tanggal 10 November 2009. Pukul 05.45 WIB
- Barbara R. Hegner & Ester Caldwell. (1994). *Asisten Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan* Edisi 6. Jakarta : EGC.
- Beyer, Dudes (1997). *The Clinical Practice Of Medical Surgical Nursing 2 nd* : Brown Co Biston.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Carpenito, L.J. (2000). *Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice*. Philadelphia : Lippincott
- Ester, Monica (2002) . *Keperawatan Medikal Bedah ; Pendekatan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : EGC
- Fatkuljanah,L. (2009). *Pentingnya mobilisasi dini*. [http:// bidanlia.blogspot.com](http://bidanlia.blogspot.com) tgl 16 oktober 2009 pkl 11.06 wib
- Hafid, A (1994). *Pedoman Diagnosis & Terapi, Lab/UPF Ilmu Bedah*. Surabaya : RSUD Dr. Sutomo.
- Herawani (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Hermawan, E. (2008). *Pentingnya Bergerak Pasca Operasi*. [http:// Spesialis bedah.com](http://Spesialisbedah.com). Tanggal 10 November 2009 Pukul 05.45 WIB
- IDI. (1996). *Standar Pelayanan Medis*. Surabaya : Depkes.
- Kasdu (2003). *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Jakarta : Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara
- Kozier. (1995). *Fundamental Of Nursing : Concept; Process And Practice*. Redwood City. California.

- Long, Barbara C. (1996). *Perawatan Medikal Bedah, Jilid I*, Bandung : Yayasan IKAPI
- Machfoedz, Ircham (2005). *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta : Fitramaya
- Notoatmodjo S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S.(2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S (2007) *Kesehatan Promosi dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurachmah. E & Masfuri. (1994). *Modul Keperawatan bedah*. Jakarta : PT. Gramedia.
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Oswari E. (2005) *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta ; PT Gramedia.
- Pery & Potter (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep,Proses dan Praktik Edisi 4 volume 2*. Jakarta : EGC
- PSIK UNAIR (2009). *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: PSIK UNAIR
- Syamsuhidayat R. & Wim de Jong (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : EGC
- Stevens P.J.M (2000). *Ilmu Keperawatan Jilid 1 Edisi 2*. Jakarta : EGC



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031), 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 19 Oktober 2009

Nomor : 2077/H3.1.12/PPd/2009
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
 Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Rumkital Dr Ramelan Surabaya

di –
 Tempat


Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Aziz Mas'udi
 NIM : 010830400B
 Judul Penelitian : "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media *Audio Visual* terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Operasi Apendiktomi di Ruang Bedah Rumkital Dr Ramelan Surabaya"
 Tempat : Rumkital Dr Ramelan Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan


 Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
 NIP : 140238226

Tembusan ;

1. Kepala Departemen Bedah Rumkital Dr Ramelan Surabaya
2. Kepala Departemen Pengembangan Pendidikan dan Latihan Rumkital Dr Ramelan Surabaya

DINAS KESEHATAN TNI ANGKATAN LAUT
RUMKITAL Dr. RAMELAN

Surabaya, 17 Desember 2009

Nomor : B/1378 /XII/2009
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas
Dan Pengambilan Data

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

di

Surabaya

1. Berdasarkan surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga nomor : 3303/H3.1.12/PPd/2009 tanggal 19 Oktober 2009 tentang permohonan bantuan fasilitas dan pengambilan data a.n Aziz Mas'udi Nim. 010830400B, dengan ini disampaikan bahwa permohonan tersebut dapat disetujui untuk pelaksanaannya agar dikoordinasikan dengan Kadeptbangdiklat Rumkital Dr. Ramelan.
2. Demikian terima kasih atas perhatian.

A.n. Kepala Rumkital Dr. Ramelan
Wakabin



di Hadi Soesilo, Sp.M
Kolonel Laut (K) NRP. 8640/P

Tembusan:

Karumkital Dr. Ramelan

Lampiran 3**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PADA PENELITIAN**

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Nama saya Aziz Mas'udi, mahasiswa S-1 Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “ **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Media *Audio Visual* Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini Pasien Paska Operasi Apendiktomi di Ruang Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.**” Hasil Penelitian ini akan bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan serta peran perawat di masyarakat.

Untuk itu saya mohon partisipasi Saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujurnya. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan serta tidak digunakan untuk maksud yang lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas partisipasi Saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya ucapkan terimakasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Surabaya, Desember 2009

Hormat saya,

Aziz Mas'udi

Lampiran 4**PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan mahasiswa S-1 Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media *Audio Visual* Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Mobilisasi Dini pada Pasien Paska Operasi Apendiktomi di Ruang Bedah Rumkital Dr Ramelan Surabaya.”**

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, Desember 2009

Peserta Penelitian

Lampiran 5

LEMBAR KUESIONER

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA *AUDIO VISUAL*
TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASKA OPERASI APENDIKTOMI DI
RUANG BEDAH RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Tanggal :

No. Kode Responden :

I. DATA DEMOGRAFI

1. Pendidikan

- 1) Tidak Sekolah
- 2) SD
- 3) SMP
- 4) SMA
- 5) PERGURUAN TINGGI

2. Umur

- 1) 14 – 24 Tahun
- 2) 25 – 35 Tahun
- 3) 36 – 45 Tahun

3. Jenis Kelamin

- 1) Laki-laki
- 2) Perempuan

4. Pekerjaan

- 1) Pegawai Negeri/TNI/POLRI
- 2) Pegawai Swasta

- 3) Wiraswasta
- 4) Tidak bekerja
5. Agama/Kepercayaan
- 1) Islam
- 2) Kristen
- 3) Hindu
- 4) Budha
- 5) Lain-lain
6. Suku
- 1) Jawa
- 2) Batak
- 3) Madura
- 4) Makasar
- 5) Lain-lain
7. Status Perkawinan
- 1) Kawin
- 2) Belum Kawin
- 3) Duda/Janda

II. PENGETAHUAN

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (x) di depan jawaban yang anda anggap benar !

1. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah dan teratur untuk kesehatan dan kemandirian.
 Benar Salah
2. Apabila seseorang tidak melakukan mobilisasi dini setelah operasi akan menyebabkan gangguan pengembangan paru.
 Benar Salah
3. Memperlancar peredaran darah dan membantu pernafasan agar menjadi lebih baik merupakan tujuan dari mobilisasi.
 Benar Salah
4. Jika kita melakukan mobilisasi dini akan memperparah kondisi luka operasi.
 Benar Salah
5. Sebaiknya mobilisasi dini mulai dilakukan pada hari kedua dan sesuai kemampuan pasien.
 Benar Salah
6. Gerakan awal/mobilisasi dini setelah operasi penting dilakukan sebab dapat mempertahankan kekuatan otot tubuh.
 Benar Salah
7. Mobilisasi/bergerak setelah operasi dapat menyebabkan terputusnya benang yang ada pada luka operasi.
 Benar Salah
8. Contoh mobilisasi dini adalah gerakan memutar tubuh dengan miring kanan dan miring kiri.
 Benar Salah
9. Tahap pertama mobilisasi dini yaitu dengan melakukan nafas dalam dan latihan batuk serta latihan ekstremitas.

Benar Salah

10. Proses penyakit dan tingkat energi adalah faktor yang mempengaruhi seseorang dalam melakukan mobilisasi / gerakan.

 Benar Salah

11. Mobilisasi dini/gerakan awal sebaiknya dilakukan secara bertahap dan konsisten.

 Benar Salah

12. Setelah sadar dari pembiusan gerakan awal yang dilakukan adalah miring kanan dan miring kiri.

 Benar Salah

13. Gaya hidup seseorang tidak mempengaruhi tindakan mobilisasi dini.

 Benar Salah

14. Gerakan tungkai (ekstremitas) bawah dilakukan pada hari kedua paska operasi

 Benar Salah

15. Pada saat gerakan awal latihan batuk posisi tangan hendaknya menekan pada daerah atas insisi luka sebagai bebat.

 Benar Salah

III. SIKAP

Berilah tanda silang (x) pada kolom sesuai sikap yang anda anggap benar !

No	Sikap	SS	S	R	TS	STS
1	Saya akan melakukan mobilisasi dini / gerakan awal segera setelah dilakukan tindakan operasi					
2	Melakukan mobilisasi dini / gerakan awal (latihan nafas dalam, latihan batuk, dan latihan tungkai/ekstremitas) adalah tindakan yang diperlukan bagi pasien paska operasi					
3	Meskipun nyeri sedikit terasa pada daerah luka operasi saya akan melaksanakan mobilisasi dini					
4	Dengan terpasangnya infus bukan halangan untuk melakukan mobilisasi/gerakan awal setelah dilakukan operasi					
5	Gerakan/ mobilisasi dini dapat memperlancar peredaran darah					
6	Mobilisasi dini harus dilakukan secara bertahap dan konsisten dengan benar					
7	Saya tidak akan melakukan gerakan/mobilisasi karena bisa menimbulkan perdarahan.					
8	Latihan nafas dalam pada tahap awal tidak perlu dilakukan karena pernafasan akan kembali berfungsi normal setelah operasi secara otomatis.					
9	Setelah dilakukan operasi saya percaya penyembuhan luka operasi saya akan lebih cepat					

	sembuh bila saya melakukan mobilisasi dengan benar.					
10	Saya akan melakukan gerakan awal asalkan ada yang membantu saya setiap melakukan gerakan					
11	Jika mobilisasi dini setelah operasi dilakukan dengan benar maka akan mencegah terjadinya komplikasi.					
12	Mobilisasi dini akan membuat rasa nyeri luka operasi saya makin berat					
13	Saya akan melakukan mobilisasi dini paska operasi walaupun luka operasi belum tertutup/menyambung.					
14	Saya tidak akan melakukan gerakan duduk tegak di tempat tidur karena luka operasi akan tertekan sehingga terasa nyeri pada daerah luka operasi.					
15	Apabila mobilisasi/ gerakan dilakukan sedini mungkin paska operasi akan menyebabkan luka operasi tidak akan cepat menyatu/mengering.					

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

R : Ragu

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

Lampiran 6

LEMBAR OBSERVASI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA *AUDIO VISUAL*
TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN
MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASKA OPERASI APENDIKTOMI DI
RUANG BEDAH RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

No. Kode Responden:

Hari/Tanggal :

Tgl	Jam ke	Tahap – tahap Mobilisasi dini	Ya	Tidak
	0-5 jam	Pasien dapat melakukan tindakan latihan nafas dalam dengan benar		
	0-5 jam	Pasien dapat melakukan latihan batuk efektif dengan benar		
	0-5 jam	Pasien dapat melakukan pergerakan ekstremitas dengan benar		
	6 jam	Pasien dapat melakukan pergerakan miring kiri dan miring kanan dengan benar		
	12 jam	Pasien mampu duduk tegak di tempat tidur dengan benar		
	24 jam	Pasien mampu mobilisasi turun dari tempat tidur dengan benar		
	24	Pasien dapat berjalan dengan bantuan dengan benar		

	jam			
	24 jam	Pasien dapat naik ke tempat tidur dengan benar		
	48 jam	Pasien mampu melakukan mobilisasi bangkit dari tempat duduk dengan benar		

Lampiran 7**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

TOPIK	: MOBILISASI DINI PASKA OPERASI
SUB TOPIK	: MOBILISASI DINI PASKA OPERASI APENDIKTOMI
SASARAN	: PASIEN PRA OPERASI APENDIKTOMI
WAKTU	: 35 MENIT (SEHARI MENJELANG OPERASI)
HARI/TANGGAL	: DISESUAIKAN
TEMPAT	: RUANG BEDAH RUMKITAL Dr. RAMELAN

I. ANALISIS KARAKTERISTIK PASIEN

Pasien pra operasi apendiktomi di ruangan bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan, pasien berusia 14 sampai 45 tahun. Pasien tidak tuli dan buta dan dalam keadaan sadar serta kooperatif.

II. ANALISIS TUJUAN DAN KARAKTERISTIK ISI

Pendidikan kesehatan dengan sub mobilisasi dini paska operasi apendiktomi secara bertahap dan benar yang diberikan kepada pasien pra operasi yang dikhawatirkan dapat menimbulkan komplikasi paska operasi. Dengan demikian di bawah ini akan diuraikan tujuan umum dan tujuan khusus antara lain :

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini dengan media *Audio Visual* pada saat pra operasi selama 35 menit, pasien tersebut mampu dan mau melakukan tindakan mobilisasi dini setelah dilakukan tindakan operasi apendiktomi untuk mencegah komplikasi yang mungkin timbul dan mempercepat proses penyembuhan.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan dengan media *Audio Visual* maka diharapkan pasien paska operasi apendiktomi mampu :

1. Menjelaskan tentang pengertian mobilisasi dini.
2. Menjelaskan tentang tujuan mobilisasi dini.
3. Menjelaskan tentang macam-macam mobilisasi dini.
4. Menjelaskan komplikasi apabila tidak melakukan mobilisasi dini.
5. Menjelaskan tentang faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini.
6. Memberikan sikap yang positif tentang mobilisasi dini.
7. Mempraktekkan tahapan mobilisasi dini dengan benar.

III. ANALISIS SUMBER BELAJAR

Bahan acuan untuk sub topik mobilisasi dini secara bertahap dan benar di buku referensi, antara lain :

Modifikasi Buku Model latihan paska operasi dan pedoman mobilisasi tepat dan benar buku Ilmu Keperawatan Jilid 1 Edisi 2, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, (Brunner & Suddarth, 2002).

IV. STRATEGI PENYAMPAIAN

A. Metode

1. Bimbingan
2. Demonstrasi

B. Media dan Alat

Media Audio Visual (video)

V. PENETAPAN STRATEGI PENGORGANISASIAN

Materi mobilisasi dini terlampir.

VI. PROSES BELAJAR MENGAJAR

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Pengajar	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	5'	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan topic	Menjawab salam dan mendengarkan
2	Pelaksanaan	15'	a. Menjelaskan tentang : <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian mobilisasi - Tujuan Mobilisasi - Macam-macam Mobilisasi - Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi - Tahap-tahap mobilisasi Penyampaian materi ini	Mendengarkan dan memperhatikan

		10'	dengan menggunakan media <i>Audio Visual</i> . b. Memberikan kesempatan untuk bertanya c. Meminta pasien untuk mempraktekkan gerakan mobilisasi dini dengan benar	Menanyakan hal yang belum jelas Melakukan gerakan dengan benar.
3	Penutup	5'	a. Menyimpulkan materi b. Mengevaluasi secara singkat pelaksanaan pendidikan kesehatan c. Memberi salam penutup	Memperhatikan dan menjawab pertanyaan

VII. EVALUASI

1. Prosedur : setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audio visual* paska operasi pada hari I-III.
2. Waktu : 15 – 20 menit
3. Bentuk soal ; Kuesioner dan observasi
4. Jumlah soal : kuesioner sebanyak 30 pertanyaan terdiri dari 15 soal pengetahuan mobilisasi dini dan 15 soal sikap terhadap mobilisasi dini paska operasi.

MATERI MOBILISASI DINI

1. Pengertian Mobilisasi

Kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah dan teratur untuk kesehatan dan kemandirian.
2. Tujuan :
 - a. Mempertahankan fungsi tubuh.
 - b. Mempertahankan tonus atau kekuatan otot.
 - c. Memperlancar peredaran darah.
 - d. Memperlancar Buang Air Kecil (BAK), dan Buang Air Besar (BAB).
 - e. Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
 - f. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dalam kembali normal.
3. Komplikasi akibat tidak melakukan mobilisasi
 - a. Gangguan proses pengembangan paru (atelektasis)
 - b. Penyakit infeksi paru (Pneumonia)
 - c. Gangguan BAB dan BAK.
 - d. Distensi lambung (kembung).
4. Macam mobilisasi
 - a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi yang mampu mengontrol seluruh area tubuh.
 - b. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi yang mampu mengontrol sebagian area tubuh, ada dua macam :

 - Temporer misalnya dilokasi sendi dan tulang
 - Permanen, misalnya hemiplegic pada stroke

5. Mobilisasi Gerak fungsi Dasar

Ada 7 tahap yang dapat dilakukan pasien paska operasi, antara lain :

- a. Mobilisasi awal terdiri dari nafas dalam, latihan batuk, latihan ekstremitas, frekuensi 4 x / hari segera setelah paska operasi (0 – 5 jam paska operasi).
- b. Mobilisasi berputar (miring kiri dan miring kanan) tiap 2 jam setelah 6 jam paska operasi.
- c. Mobilisasi duduk tegak di tempat tidur 1-2 x / hari setelah 12 jam paska operasi.
- d. Mobilisasi turun dari tempat tidur 1-2 x / hari setelah 24 jam paska operasi.
- e. Mobilisasi berjalan dengan bantuan 2-3 x /hari setelah berdiri stabil.
- f. Mobilisasi naik ke tempat tidur 2-3 x / hari setelah berjalan dan akan tidur.
- g. Mobilisasi bangkit dari duduk di tempat duduk 1-2 x / hari setelah duduk dan pasien akan tidur atau berjalan.

Lampiran 8

TABULASI DATA UMUM

No. Responden	Pendidikan	Umur	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Agama	Suku	Status Perkawinan
1	5	1	2	1	1	1	2
2	4	1	1	1	1	1	2
3	4	2	1	1	2	2	1
4	5	1	1	4	1	1	2
5	4	1	2	4	1	1	2
6	4	2	2	3	1	1	2
7	5	3	2	1	1	1	1

Keterangan :

- Pendidikan : 1. Tidak sekolah
2. SD
3. SMP
4. SMA
5. Perguruan Tinggi
- Umur : 1. 14-24 Tahun
2. 25-35 Tahun
3. 36-45 Tahun
- Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
- Pekerjaan : 1. PNS/TNI/POLRI
2. Pegawai Swasta
3. Wiraswasta
4. Tidak bekerja
- Agama : 1. Islam
2. Kristen
3. Hindu
4. Budha

- Suku : 5. Lain-lain
1. Jawa
2. Batak
3. Madura
4. Makassar
5. Lain-lain
- Status Perkawinan : 1. Kawin
2. Belum Kawin
3. Duda/janda

Lampiran 9

TABULASI DATA KHUSUS

No. Resp	PERILAKU SEBELUM PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL						PERILAKU SESUDAH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA AUDIO VISUAL											
	PENGETAHUAN			SIKAP			TINDAKAN			PENGETAHUAN			SIKAP			TINDAKAN		
	SKOR	KODE		SKOR	T	KODE	SKOR	KODE		SKOR	KODE		SKOR	T	KODE	SKOR	KODE	
1	67	2		41	70,5	2	11	1	87	3		48	50	2	100	3		
2	67	2		25	42,8	1	11	1	93	3		40	36,4	1	79	3		
3	60	2		30	51,5	2	11	1	80	3		57	65,3	2	100	3		
4	47	1		23	39,4	1	11	1	80	3		50	53,4	2	78	3		
5	67	2		27	46,3	1	0	1	80	3		41	38,1	1	78	3		
6	73	2		30	51,5	2	11	1	93	3		50	53,4	2	89	3		
7	67	2		28	48,03	1	22	1	80	3		50	53,4	2	100	3		

Keterangan :

Pengetahuan :

1. Kurang ($\leq 55\%$)
2. Cukup (56% - 75%)
3. Baik (76% - 100%)

Sikap :

1. Positif ($T \geq \text{mean data}$)
2. Negatif ($T < \text{mean data}$)

Mean data T sebelum diberikan pendidikan kesehatan = 50,004

Mean data T sesudah diberikan pendidikan kesehatan = 50

Tindakan :

1. Kurang ($\leq 55\%$)
2. Cukup (56% - 75%)
3. Baik (76% - 100%)

Lampiran 10

Frequencies

Statistics

		Pendidikan	Umur	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Status Perkawinan	Agama	Suku
N	Valid	7	7	7	7	7	7	7
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA	4	57.1	57.1	57.1
	Perguruan Tinggi	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14-24 Tahun	4	57.1	57.1	57.1
	25-35 Tahun	2	28.6	28.6	85.7
	36-45 Tahun	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	3	42.9	42.9	42.9
	Perempuan	4	57.1	57.1	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	4	57.1	57.1	57.1
	Wiraswasta	1	14.3	14.3	71.4
	Tidak Bekerja	2	28.6	28.6	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kawin	2	28.6	28.6	28.6
Belum Kawin	5	71.4	71.4	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	6	85.7	85.7	85.7
Kristen	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Suku

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Jawa	6	85.7	85.7	85.7
Batak	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

	Pengetahuan Pre	Sikap Pre	Tindakan Pre
N Valid	7	7	7
Missing	0	0	0
Mean	1.8571	1.4286	1.0000
Median	2.0000	1.0000	1.0000
Std. Deviation	.37796	.53452	.00000

Frequency Table**Pengetahuan Pre**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	1	14.3	14.3	14.3
Cukup	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Sikap Pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	4	57.1	57.1	57.1
	Positif	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Tindakan Pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	7	100.0	100.0	100.0

Frequencies**Statistics**

		Pengetahuan Post	Sikap Post	Tindakan Post
N	Valid	7	7	7
	Missing	0	0	0
Mean		3.0000	1.7143	3.0000
Median		3.0000	2.0000	3.0000
Std. Deviation		.00000	.48795	.00000

Frequency Table**Pengetahuan Post**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	100.0	100.0	100.0

Sikap Post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	2	28.6	28.6	28.6
	Positif	5	71.4	71.4	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Tindakan Post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	7	100.0	100.0	100.0

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan Pre	7	64.0000	8.38650	47.00	73.00
Sikap Pre	7	29.1429	5.81460	23.00	41.00
Tindakan Pre	7	11.0000	6.35085	.00	22.00
Pengetahuan Post	7	84.7143	6.21059	80.00	93.00
Sikap Post	7	48.0000	5.85947	40.00	57.00
Tindakan Post	7	89.1429	10.83864	78.00	100.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post - Pengetahuan Pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	7 ^b	4.00	28.00
	Ties	0 ^c		
	Total	7		
Sikap Post - Sikap Pre	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	7 ^e	4.00	28.00
	Ties	0 ^f		
	Total	7		
Tindakan Post - Tindakan Pre	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	7 ^h	4.00	28.00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	7		

- a. Pengetahuan Post < Pengetahuan Pre
- b. Pengetahuan Post > Pengetahuan Pre
- c. Pengetahuan Post = Pengetahuan Pre
- d. Sikap Post < Sikap Pre
- e. Sikap Post > Sikap Pre
- f. Sikap Post = Sikap Pre
- g. Tindakan Post < Tindakan Pre
- h. Tindakan Post > Tindakan Pre
- i. Tindakan Post = Tindakan Pre

Test Statistics^b

	Pengetahuan Post - Pengetahuan Pre	Sikap Post - Sikap Pre	Tindakan Post - Tindakan Pre
Z	-2.388 ^a	-2.371 ^a	-2.388 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.017	.018	.017

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test