PENGARUH PENYULUHAN MOBILISASI DINI DENGAN METODE DEMONSTRASI TERHADAP PERILAKU MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DI RST TK. II dr. SOEDJONO MAGELANG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi I lmu Keperawatan
Fakultas I lmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

REZA YUNITHA
17.0603.0084

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

PENGARUH PENYULUHAN MOBILISASI DINI DENGAN METODE DEMONTRASI TERHADAP PERILAKU MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI APPENDIKTOMI DI RST dr.SOEDJONO MAGELANG

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 19 Agustus 2019

Pembimbing I

Ns. Sodiq Kamal, S.Kep, M.Sc

NIDN.060128001

Pembimbing II

Ns. Sigit Priyanto, M.Kep

NIDN.0611127601

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama	: Reza Yunitha
NPM	: 17.0603.0084
Program Studi	: Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi	: Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demontrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RST dr. Soedjono Magelang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Puguh Widiyanto, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sodiq Kamal, S.Kep, M.Sc (.....)

Penguji III : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)

Mengetahui,

Dekan

Ns. Puguh Widiyanto, M.Kep

NIK. 947308063

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 19 Agustus 2019

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAM
PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya dari orang lain, baik sebagaian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Reza Ynitha

NPM : 17.0603.0084

Tanggal : 19 Agustus 2019

Reza Yunitha

17.0603.0084

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama	: Reza Yunitha
NPM	: 17.0603.0084
Fakultas/ Jurusan	: Fakultas Ilmu Kesehatan / S1 Ilmu Keperawatan
E-mail address	: Rezayunita@gmail.com

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UM Magelang, Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah

☐ LKP/ KP ☑ TA/ SKRIPSI ☐ TESIS ☐ Artikel Jurnal

*)

yang berjudul : Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demontrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RST dr.Soedjono Magelang

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right)* ini Perpustakaan UMMagelang berhak menyimpan, mengalih-media/ format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UMMagelang, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

Dibuat di : Magelang
Pada tanggal : 21 Agustus 2019

Penulis

:ha

Mengetahui,
Dosen Pembimbing

Ns. Sodiq Kamal, S.Kep, M.Sc

HALAMAN PERSEMBAHAN

"Sungguh.... atas kehendak Allah semua ini terwujud, tiada kekuatan kecuali dengan pertolongan Allah SWT" (QS. Al-Kahfi : 39)

Terima kasih kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan lancar

Untuk Suami ku tercinta "Mutakin Darmawan" istrimu ini mengucapkan banyak terima kasih yang tak terhingga untuk semua yang telah ayah berikan, terima kasih atas support, nasihat dan doa yang selalu ayah berikan sampai saat dan terima kasih sudah menjadi ayah yang sangat tangguh. "Love You Ayah"

Untuk bapakku, bapak Soekidjo dan bapak Suwartija terima kasih sudah selalu berusaha memberikan apa yang anakmu ini butuhkan dalam dukungan, nasihat dan doa. Kalian tetep bapak dan bapak mertua terhebatku.

Untuk Anakku tersayang Arsyla Shezan Putri Darmawan terima kasih sudah selalu memberikan motivasi, doa dan menjadi suntikan semangat kepadaku.

Danterimakasih kepada teman Ruang Edelweis RST dr.Soedjono Magelang atas doa dan dukngannya.

Dan tak lupa kepada teman seperjuangan khususnya "Kelas Paralel" Indahnya hari tak mungkin lengkap tanpa kehadiran kalian. Rasa sayang, canda tawa juga suka dalam kebersamaan kita adalah yang sangat berarti aku yakin suatu saat kita akan merindukan masa-masa ini, Beda bukan berarti tak bias bersatu. Titik memang perpisahan , tetapi garis adalah awal dari kehidupan. Terima kasih atas tulusnya kasih sayang dalam persahabatan selama ini dan semoga selamanya

"Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan"

(QS. AlamNas yroh:6)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warrohmatullahi Wabbarokatuh

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya penulis dapat meny elesaikan penyusunan skripsi dengan judul "Pengaruh mobilisasi dini dengan metode demontrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi di RST dr.Soedjono Magelang". Shalawat beserta salam semoga senantiasa terlimpah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga dan para sahabatnya.

Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan, pada Fakultas I lmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak maka sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini, oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep,. sebagai Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan selaku Dosen Pembimbing I yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, nasehat dan motivasi dalam penulisan skripsi.
2. Ns, Sigit Priy anto, M.Kep., sebagai Ketua Program Studi SI I lmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns, Sodiq Kamal M.,Sc., selaku Dosen Pembimbing I, yang telah memberikan masukan, motivasi dan arahan selama penyusunan skripsi
4. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas MuhammadiyahMagelang.
5. 5. Kepada kedua orang tua saya yang selalu memberikan motivasi, semangat, bimbingan serta segala bentuk bantuan dan kasih sayang yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini

6. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Program Studi SI Ilmu Keperawatan angkatan kelas paralel Fakultas I lmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu y ang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari keterbatasan dalam pembuatan skripsi dan meny adari belum sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan penelitian. Semoga skripsi ini dapat dijadikan acuan penelitian selanjutnya dan bermanfaat terutama bagi ilmu keperawatan.

Magelang, 21 Agustus 2019

Penulis

Nama : REZA YUNITHA
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Magelang
Judul : Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang

ABSTRAK

Latar belakang : Pembedahan adalah tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan di akhiri dengan penutupan dan penjahitan. Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca operasi laparatomi. Banyak pasien yang dalam proses paska pembedahan tidak mengetahui pentingnya ambulasi dini, ketidaktahuan tersebut dikarenakan banyak faktor seperti kurangnya motivasi, kecemasan, dukungan keluarga dan perawat serta juga kurangnya pengetahuan dari mobilisasi dini itu sendiri. Pendidikan kesehatan dengan metode demosntrasi dapat meningkatkan perilaku mobilisasi dini. **Tujuan** : Mengidentifikasi Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang. **Metode** : Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experiment.* Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *puposive sampling* sejumlah 20 responden pada kelompok perlakuan dan 20 reponden pada kelompok Kontrol. Analisa uji pengaruh menggunakan uji Independent T-Test. **Hasil** : Uji independent t-test kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ditunjukan pada tabel diatas, dapat diketahui nilai probabilitas (signifikansi) dengan equal variance assumed (diasumsikan kedua varian sama) adalah 0,000 < 0,05 maka Ha diterima. Pada uji independent t-test didapatkan nilai p-value= 0,000 sehingga terdapat perbedaan rerata perilaku mobilisasi yaitu pada kelompok intervensi rata-ratanya adalah 10,65 atau kategori baik dan pada kelompok kontrol rerata perilaku mobilisasi adalah 7 atau kategori sedang. **Kesimpulan** : Terdapat pengaruh yang signifikan pemberian penyuluhan kesehatan dengan metode demonstrasi dengan perubahan perilaku mobilisasi dini pasien post operasi apendiktomi. **Saran** : Diharapkan pasien dapat meningkatkan perilaku mobilisasi dini agar komplikasi yang diakibatkan dapat diminimalisir.

Kata kunci : pendidikan kesehatan, metode demonstrasi, mobilisasi dini

Name :REZA YUNITHA
Study Program:S1 Nursing, Muhammadiyah University, Magelang
Title :The Effects of Early Mobilization Counseling with Demonstration Methods Against Early Mobilization Behavior in Postoperative Appendectomy Patients at RST Tk. II Dr. Soedjono Magelang

ABSTRACT

Background: Surgery is an invasive treatment procedure that opens and displays the part of the body that will be treated and ends with closure and suturing. Mobilization is a major factor in accelerating recovery and can prevent postoperative complications from laparotomy. Many patients who are in the post-surgery process do not know the importance of early ambulation, ignorance is due to many factors such as lack of motivation, anxiety, family and nurse support and also lack of knowledge of early mobilization itself. Health education with the demonstration method can improve early mobilization behavior. **Objective:** To identify the effect of early mobilization counseling with demonstration methods on early mobilization behavior in post operative appendectomy patients at RST Tk. II Dr. Soedjono Magelang. **Method:** The research design used in this study was Quasi Experiment. The sampling technique in this study used a non probability sampling method with a puposive sampling technique of 20 respondents in the treatment group and 20 respondents in the control group.The Analysis of the influence test used the Independent T-Test. **Results:** Independent t-test of the experimental group and the control group were shown in the table above, it can be seen the probability value (significance) with equal variance assumed (assumed both variants are equal) is 0,000 <0.05 then Ha was accepted. In the independent t-test, the p-value = 0,000 was obtained so that there were differences in the average mobilization behavior ie in the intervention group the average was 10.65 or good category and in the control group the average mobilization behavior was 7 or moderate category. **Conclusion:** There Significant effect of health education with demonstration methods with changes in the behavior of early mobilization of patients with appendectomy. **Suggestion:** It is expected that patients can improve early mobilization behavior so that the complications caused can be minimized.

Keywords: health education, demonstration methods, early mobilization

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iv
PERNYATAAN ORISINALITAS iv
HALAMANPERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI v
HALAMAN PERSEMBAHAN vi
KATA PENGANTAR vii
ABSTRAK ix
ABSTRACT x
DAFTAR ISI xi
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR GAMBAR xiv
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan Penelitian 6
1.4 Manfaat Penelitian 6
1.5 Keaslian Penelitian 7
BAB 2 TINJAUAN TEORI 10
2.1 Operasi (Pembedahan) 10
2.2 Konsep Apendisitis 14
2.3 Mobilisasi Dini 20
2.4 Penyuluhan Kesehatan 22
2.5 Konsep Perilaku 24
2.6 Metode Demonstrasi 27
2.7 Kerangka Teori 32
2.8 Hipotesis 33
BAB 3 METODE PENELITIAN 34
3.1 Rancangan Penelitian 34
3.2 Kerangka Konsep 35
3.3 Definisi Oprasional Penelitian 35
3.4 Populasi dan Sampel 36

3.5 Waktu dan Tempat 38
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data 39
3.7 Metode Pengelolahan dan Analisis Data..... 41
3.8 Etika Penelitian 43
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN..... 53
5.1 Kesimpulan..... 53
5.2 Saran..... 54
DAFTAR PUSTAKA 55

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Tabel Keaslian Penelitian..... 7
Table 3.1 Variabel Dependen..... 35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Appendiks..... 16
Gambar 2.2 Kerangka Teori..... 32
Gambar 3.1 Rancangan Penelitian..... 34
Gambar 3.2 Kerangka Teori..... 35

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembedahan adalah tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan di akhiri dengan penutupan dan penjahitan (Sjamsuhidajat & Jong, 2015). Tindakan pembedahan akan mencederai jaringan dalam tubuh sehingga dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh (Kiik, 2013). Menurut data *World Health Organization* (WHO) (2013), jumlah pasien dengan tindakan pembedahan atau operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2011 terdapat 140 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, dan pada tahun 2012 diperkirakan meningkat menjadi 148 juta jiwa. Pada tahun 2012 di Indonesia, tindakan operasi mencapai 1,2 juta jiwa dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah laparatomi (Kemenkes RI, 2013).

Komplikasi tindakan pembedahan diperkirakan berjumlah 3-16% dengan kematian 0,4-0,8% di negara-negara maju. Hampir tujuh juta pasien mengalami komplikasi mayor termasuk satu juta orang yang meninggal selama atau setelah tindakan pembedahan per tahun. Angka komplikasi tindakan pembedahan di Negara berkembang diperkirakan jauh lebih tinggi. Angka kematian pasien akibat pembedahan di negara-negara berkembang berkisar 5- 10% dan angka komplikasi sekitar 3-16%.

Menurut Haryanti, dkk (2013) jumlah pasien dengan tindakan operasi yang semakin meningkat dari tahun ke tahun dapat mempengaruhi peningkatan komplikasi pasca operasi seperti resiko terjadinya infeksi luka operasi dan infeksi nosokomial. Pasien post operasi laparatomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi (Depkes, 2010).

Salah satu prosedur pemulihan yang bisa dilakukan setelah operasi adalah latihan post operatif yaitu ambulasi dini yang dilakukan segera pada pasien setelah operasi di mulai dari bangun dan duduk disisi tempat tidur sampai pasien turun dari tempat tidur, berdiri dan mulai belajar berjalan (Roper, 2005). Masalah yang sering terjadi ketika pasien merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan pasien tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat di tempat tidur (Black & Hawks, 2010). Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan ambulasi dini pasien paska operasi, seperti kondisi kesehatan pasien, nutrisi, emosi, situasi, dan kebiasaan. keyakinan dan nilai dukungan sosial, gaya hidup dan pengetahuan (Lewis, 2011).

Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca operasi laparatomi. Banyak keuntungan yang bisa diraih dari latihan di tempat tidur dan berjalan pada periode dini pasca operasi. Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta *trombosis vena*. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan latihan adalah hal yang paling dianjurkan (Roper, 2003).

Kemauan pasien dalam melaksanakan mobilisasi khususnya latihan rentang gerak sendi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain sepert usia, status perkembangan, pengalaman yang lalu atau riwayat pembedahan sebelumnya, gaya hiidup, proses penyakit / *injury*, tingkat pendidikan dan pemberian informasi oleh petugas kesehatan (Kozier, 2016). Salah satu peran perawat sebagai edukator, membuat perawat berada dalam posisi penting dalam pemulihan pasien post pembedahan. Pemberian edukasi tentang pentingnya mobilisasi sebaiknya diberikan kepada pasien pembedahan, guna untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien untuk melakukan mobilisasi (Kozier, 2016). Hal ini mengharuskan perawat membuat inovasi dalam membuat media edukasi yang efektif dan menarik.

Pasien yang mengalami tindakan invasive atau pembedahan harus melakukan mobilisasi dini secara bertahap, setiap pasien melalui proses ambulasi mulai dari tahapan yang ringan untuk melatih pasien agar dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Banyak pasien yang dalam proses paska pembedahan tidak mengetahui pentingnya ambulasi dini, ketidaktahuan tersebut dikarenakan banyak faktor seperti kurangnya motivasi, kecemasan, dukungan keluarga dan perawat serta juga kurangnya pengetahuan dari mobilisasi dini itu sendiri. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Pengetahuan tentang mobilisasi perlu diketahui oleh pasien paska operasi, jika tidak mengetahui tentang mobilisasi akan mendapat kerugian, yaitu penyembuhan luka menjadi lama, menambah rasa sakit, badan menjadi pegal dan kaku, kulit menjadi lecet dan luka, memperlama perawatan dirumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien post operasi fraktur tentang mobilisasi dini (Pratama, 2014).

Pasien dengan kekurangan informasi dikarenakan minimalnya paparan informasi baik dari orang disekitarnya termasuk perawat yang merawat di bangsal perawatan. Untuk meningkatkan pengetahuan perlu dilakukan tindakan untuk meningkatkan pengetahuan salah satunya adalah tindakan penyuluhan kesehatan. Pemenuhan kebutuhan informasi pada pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, pemulihan kesehatan, mencegah komplikasi dan kecacatan, mempersingkat hari perawatan dengan melakukan upaya promotif seperti memberikan penyuluhan tentang mobilisasi dini pasca operasi. Penyuluhan adalah kegiatan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan sesuatu yang dianjurkan yang ada hubunganya dengan kesehatan (Fitriani dalam Tongkukut, dkk., 2015).

Berbagai studi mencatat fakta bahwa pasien yang dibekali informasi memiliki kemungkinan besar mematuhi rencana pengobatan medis dan menjadi lebih

mampu mengatasi gejala penyakit sehingga kemungkinan komplikasi lebih kecil. Hal ini sesuai tujuan promosi kesehatan sebagai bagian dari implementasi keperawatan untuk membantu meningkatkan kesehatan masyarakat yang optimal (Ratmiwasi, 2017),hal ini juga dibuktikan dengan hasil penelitian Ratmiwasi sendiri yang menunjukkan hasil terdapat pengaruh promosi kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pelaksanan mobilisasi dini pada ibu post partum dengan sectio caesarea.

Hasil penelitian Pangesti (2017) juga menunjukkan bahwa terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan mobilisasi dini terhadap pasien post spinal anestesi di RSUD KOTA Yogyakarta. Hal ini didukung bahwa penyuluhan kesehatan merupakan suatu kegiatan memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, kelompok dan atau masyarakat dengan cara menyebarkan pesan atau informasi, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatannya.

Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi sehingga perilaku individu atau kelompok sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dalam proses promosi kesehatan diperlukan media untuk membantu dalam menyampaikan pesan kesehatan. Media adalah suatu alat yang digunakan oleh petugas kesehatan dalam menyampaikan bahan, materi, dan pesan ke-sehatan untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pro-mosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Pemilihan media promosi kesehatan harus didasarkan pada selera sasaran, memberi dampak yang luas, dan disampaikan dengan menarik (Komala, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada bulan Februari 2019, jumlah pasien yang menjalani pembedahan di RST Dr. Soedjono Magelang dalam 3 bulan terakhir 176 pasien, dengan sebagian besar pasien mengalami masalah takut untuk bergerak setelah operasi, sehingga berdampak pada lamanya

proses penyembuhan dan pemulihan pasien. Penulis melakukan observasi pada 7 pasien paska operasi dengan mendapatkan data subjektif bahwa 5 dari 7 pasien post operasi pengatakan takut untuk bergerak dan kurang memahami mobilisasi dini. Berdasarkan pengamatan penulis, pelaksanaan bimbingan mobilisasi dini selama ini hanya dilakukan perawat dengan menyuruh pasien untuk melakukannya secara mandiri tanpa penjelasan yang detail, sehingga beberapa pasien justru tidak melakukan karena takut, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang menganalisis pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada paien pot operasi Apendiktomi di RST dr. Soedjono Magelang.

1.2 Rumusan Masalah

Tindakan pembedahan akan mencederai jaringan dalam tubuh sehingga dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh. Masalah yang sering terjadi ketika pasien merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan pasien tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat di tempat tidur. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada bulan Februari 2019, jumlah pasien yang menjalani pembedahan di RST Dr. Soedjono Magelang dalam 3 bulan terakhir adalah sejumlah 675 pasien, dengan sebagian besar pasien mengalami masalah takut untuk bergerak setelah operasi, sehingga berdampak pada lamanya proses penyembuhan dan pemulihan pasien. Berdasarkan pengamatan penulis, pelaksanaan bimbingan mobilisasi dini selama ini hanya dilakukan perawat dengan menyuruh pasien untuk melakukannya secara mandiri tanpa penjelasan yang detail, sehingga beberapa pasien justru tidak melakukan karena takut, sedangkan metode demonstrasi secara rinci dapat membantu pasien untuk melakukan mobilisasi dini dengan benar, sehingga rumusan masalah yang muncul adalah bagaimana pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi Apendiktomi di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik pasien di bangsal bedah pada RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

1.3.2.2 Mengidentifikasi perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi Apendiktomi sebelum diberikan tindakan penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi pada kelompok intervensi di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3.2.3 Mengidentifikasi perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi sesudah diberikan tindakan penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi pada kelompok intervensi di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3.2.4 Mengidentifikasi perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi pada pengukuran awal pada kelompok kontrol di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3.2.5 Mengidentifikasi perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi pada pengukuran akhir pada kelompok kontrol di RST dr. Soedjono Magelang.

1.3.2.6 Untuk mengetahui pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien operasi apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi instansi pendidikan

Penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi di RST dr.Soedjono Magelang.

1.4.2 Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan khususnya manajemen rumah sakit dan memberikan pelayanan terutama dalam hal mangatasi mobilisasi dini pasien post operasi apendiktomi.

1.4.3 Bagi Perawat

Menambah wawasan dan referensi tentang media pendidikan kesehatan yang tepat untuk pasien post apendiktomi dalam hal melakukan mobilisasi dini.

1.5 Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang sejenis dengan penelitian ini, antara lain yaitu:

Tabel 1.1 Tabel Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
1.	Pangesti, 2017	Pengaruh Penyuluhan Kesehatan tentang Mobilisasi Dini Terhadap Pasien Post Spinal Anastesi di RSUD Kota Yogyakarta	- Penelitian ini merupakan penelitian quasy eksperiment. - Sampel penelitian ini berjumlah 40 responden, terdiri dari 20 kelompok perlakuan dan 20 kelompok kontrol. - Kelompok perlakuan dilakukan penyuluhan dengan cara verbal, demonstrasi dan leaflet, kelompok kontrol hanya diberikan leaflet. - Uji yang digunakan adalah uji Chi-Square.	- Responden kelompok perlakuan lebih banyak mobilisasi dini dalam kategori baik yaitu 15 responden (37,5%), - Pada kelompok kontrol lebih banyak dalam kategori kurang yaitu 12 responden (30,0%). - Hasil analisis data menggunakan Chi Square yaitu ρ= 0,025 (ρ< 0,05). - Sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan mobilisasi dini terhadap pasien post spinal anestesi	- Sampel yang digunakan jumlahnya berbeda - Desain penelitian menggunakan desain quasi experimental - Uji tidak menggunakan chi square, tetapi uji dependen T-test - Varibel yang diteliti yaitu bukan pasien post spinal saja akan tetapi pasien bedah post operasi - Variabel pendidikan kesehatannya menggunakan metode demonstrasi.

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
2.	Ratmiwasi, dkk., 2017	Pengaruh Promosi Kesehatan Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Partum SC di RSPB Pekanbaru	- ` Metode penelitian ini quasy eksperimen dengan rancangan one group pretets-postest. - Jumlah responden sebanyak 30 orang. - Teknik pengambilan sampel menggunakan cara Quota Sampling. - Untuk mengukur pelaksanaan mobilisasi dini menggunakan lembar observasi. - Analisa yang digunakan adalah analisa Univariat dan Bivariat dengan uji T Dependen. - Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengaruh promosi kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post partum dengan sectio caesarea di RSUD Petala Bumi Tahun 2015.	- Hasil Penelitian menunjukkan nilai p = 0,003 ini perarti terdapat pengaruh promosi kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pelaksanan mobilisasi dini pada ibu post partum dengan sectio caesarea. - Terdapat perbedaan pelaksanaan mobilisasi dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.	- Sampel, lokasi dan jumlah berbeda - Tekni pengambilan sampling menggunakan teknik *accidental sampling* - Alat ukur berbeda - Yang dilakukan pengukuran yaitu tingkat pengetahuan mobilisasi dini - Variabel yang diteliti bukan pasien post partum saja, akan tetapi pasien post operasi bedah. - Variabel pendidikan kesehatannya menggunakan metode demonstrasi.
3.	Oktasari, dkk., 2013	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pelaksanaan Rentang Gerak Sendi Aktif Post Operasi Pada Pasien Fraktur Ekstremitas di Ruang Bedah	- Jenis penelitian ini menggunakan Quasi Eksperimen dengan pendekatan Post-test Only Control Group Design. - Pengambilan sampel menggunakan teknik accidental sampling sebanyak 20 orang pasien fraktur ekstremitas	- Hasil penelitian didapatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada skor pengetahuan (p=0,000), skor pelaksanaan (p=0,000) antara pasien yang diberikan pendidikan kesehatan dan pasien yang tidak	- Jumlah sampel, lokasi berbeda - Variabel yang dinilai berbeda yaitu tingkat pengetahuan dan mobilisasi dini. - Variabel pasien tidak hanya membahas pasien post operasi fraktur akan tetapi post operasi bedah.

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
		Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang	dengan 10 orang pasien menjadi kelompok eksperimen dan 10 pasien menjadi kelompok kontrol. - Analisa data menggunakant independent t-test.	diberikan pendidikan kesehatan.	- Pendidikan kesehatannya menggunakan metode demonstrasi.

BAB 2
TINJAUAN TEORI

2.1 Operasi (Pembedahan)

2.1.1 Definisi Operasi

Operasi (perioperatif) merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang mencakup fase praoperatif, intraoperatif dan pascaoperatif (postoperatif) yang pada umumnya merupakan suatu peristiwa kompleks yang menegangkan bagi individu yang bersangkutan. Operasi (elektif atau kedaruratan) pada umumnya merupakan peristiwa kompleks yang menegangkan (Brunner dan Suddarth, 2013).

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh. Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer and Bare, 2012). Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter, 2012)

2.1.2 Fase Operasi

Tindakan operatif melewati beberapa fase yaitu praoperatif, intraoperative fan paska/pots operatif. Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya resiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin, 2011). Fase-fase pengalaman pembedahan dan lingkup aktivitas perawat menurut Hipkabi (2014) adalah sebagai berikut:

2.1.2.1 Fase Praoperatif

Peran perawat dimulai ketika keputusan untuk intervensi pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas perawat :

pengkajian dasar klien (di rumah sakit atau di rumah), wawancara praoperatif, persiapan anestesia, persiapan pembedahan. Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2011).

2.1.2.2 Fase Intraoperatif

Dimulai ketika klien masuk atau dipindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat klien dipindahkan ke ruang pemulihan. Lingkup aktivitas perawat : memasang IV-line (infus), memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan, menjaga keselamatan klien (menggenggam tangan klien, mengatur posisi klien. Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan

pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2011).

2.1.2.3 Fase Pascaoperatif

Dimulai dengan masuknya klien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup aktivitas perawat :mengkaji efek dari agens anesthesia, memantau fungsi vital, mencegah komplikasi, peningkatan penyembuhan klien, penyuluhan, perawatan tindak lanjut, rujukan yang penting untuk penyembuhan, rehabilitasi dan pemulangan. Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah.lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

Secara spesifik, Brunner dan Suddarth (2010) menjelaskan fase operatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

a. Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi
b. Fase intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi : memasang infus (IV), memberikan medikasi intravena, dan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien
c. Fase Pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan . dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatana klinik atau di rumah. pada

fase pascaoperatif berlangsung focus termasuk mengkaji efek agens anastesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi.

2.1.3 Faktor Resiko Operatif (Pembedahan)

Secara terperinci, faktor resiko terhadap pembedahan menurut Potter & Perry (2010) antara lain :

2.1.3.1 Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

2.1.3.2 Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingakan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein). Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obes sering sulit dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatik dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

2.1.3.3 Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi

pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi. Ketidaksempurnaan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisinsi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

2.1.3.4 Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

2.1.3.5 Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan

2.2 Konsep Apendisitis

2.2.1 Definisi

Apendisitis adalah kasus gawat bedah abdomen yang paling sering terjadi. Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Wijaya & Putri, 2013). Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari, melekat pada sekum tepat dibawah katup ileocecal (Brunner dan Sudarth, 2012).

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering terjadi dan merupakan penyakit bedah mayor yang paling sering terjadi (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Appendicitis adalah peradangan dari appendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Mansjoer, 2010).

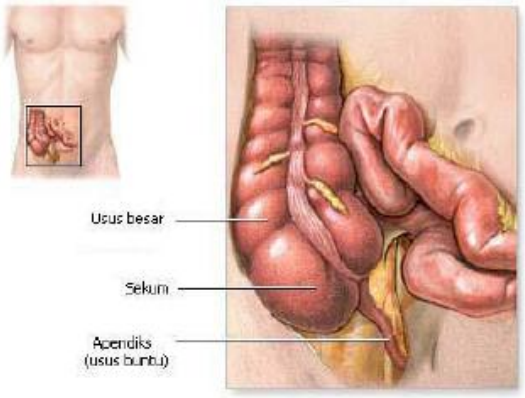
2.2.2 Anatomi Appendiks

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm, dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insidens 6 apendisitis pada usia itu (Departemen Bedah UGM, 2010).

Persarafan parasimpatis berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri mesenterika superior dan arteri apendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari nervus torakalis 10. Oleh karena itu, nyeri viseral pada apendisitis bermula di sekitar umbilikus (Sjamsuhidajat, 2012). Pendarahan apendiks berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika arteri ini tersumbat, misalnya karena thrombosis pada infeksi, apendiks akan mengalami gangren.

Persarafan sekum dan apendiks vermiformis berasal dari saraf simpatis dan parasimpatis dari *plekxus mesenterica superior*. Serabut saraf simpatis berasal dari medula spinalis torakal bagian kaudal, dan serabut parasimpatis berasal dari kedua nervus vagus. Serabut saraf aferen dari apendiks vermiformis mengiringi saraf simpatis ke segmen medula spinalis thorakal 10 (Moore, 2006). Posisi apendiks terbanyak adalah *retrocaecal* (65%), *pelvical* (30%), *patileal* (5%), *paracaecal* (2%), *anteileal* (2%) dan *preleal* (1%) (R.Putz dan R.Pabst, 2006). Pada 65% kasus, apendiks terletak intraperitoneal, yang memungkinkan apendiks bergerak dan ruang geraknya bergantung pada panjang mesoapendiks penggantungnya. Pada kasus selebihnya, apendiks terletak retroperitoneal, yaitu di belakang sekum, di belakang kolon asendens.

Gejala klinis apendisitis ditentukan oleh letak apendiks. Anatomi apendiks dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2.1 Anatomi Appendiks

2.2.3 Fisiologi Apendiks

Secara fisiologis apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis. Imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah IgA, imunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh. Istilah usus buntu yang dikenal di masyarakat awam adalah kurang tepat karena usus yang buntu sebenarnya adalah sekum. Apendiks diperkirakan ikut serta dalam sistem imun sekretorik di saluran pencernaan, namun pengangkatan apendiks tidak menimbulkan defek fungsi sistem imun yang jelas (Schwartz, 2000).

2.2.4 Klasifikasi

Apendisitis dibagi dalam beberapa klasifikasi untuk membedakan tanda gejala dan penyebab dan komplikasi selanjutnya. Klasifikasi tersebut adalah:

1. Apendisitis Akut

   Pada kasus apendisitis akut terjadi peradangan pada appendiks dengan gejala khas yang memberikan tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain : nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium di sekitar umbilicus. Keluhan ini disertai rasa mual dan muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik McBurney. Pada titik ini nyeri yang dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatic setempat (Sjamsuhidayat, 2010). Apendisitis akut, dibagi atas: Apendisitis akut fokalis atau segmentalis, yaitu setelah sembuh akan timbul striktur local & Apendisitis purulenta difusi yaitu sudah bertumpuk nanah (Docstoc, 2010).

2. Apendisitis Kronis

   Diagnosis apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika ditemukan 3 hal yaitu:

   a. Pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit 3 minggu tanpa alternative diagnosis lain.
   b. Setelah dilakukan appendektomi gejala yang dialami pasien akan hilang
   c. Secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif pada dinding appendiks atau fibrosis pada appendiks. Apendisitis kronis, dibagi atas: Apendisitis kronis fokalis atau parsial, setelah sembuh akan timbul striktur local & Apendisitis kronis obliteritiva yaitu apendiks miring, biasanya ditemukan pada usia tua (Docstoc, 2010).

2.2.5 Patofisiologi Apendisitis

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis

bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendistis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium (Price, 2012).

Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat, hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi (Mansjoer, 2010).

2.2.6 Etiologi

Terjadinya apendisitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini. Diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks yang biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, tumor primer pada dinding apendiks dan striktur. Penelitian terakhir menemukan bahwa ulserasi mukosa akibat parasit seperti *E Hystolitica*, merupakan langkah awal terjadinya apendisitis pada lebih dari separuh kasus, bahkan lebih sering dari sumbatan lumen. Beberapa penelitian juga menunjukkan peran kebiasaan makan (Sjamsuhidajat, De Jong, 2014).

Faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya apendisitis akut ditinjau dari teori Blum dibedakan menjadi empat faktor, yaitu faktor biologi, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor perilaku. Faktor biologi antara lain usia, jenis kelamin, ras sedangkan untuk faktor lingkungan terjadi akibat obstruksi lumen akibat infeksi bakteri, virus, parasit, cacing dan benda asing dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Faktor pelayanan kesehatan juga menjadi resiko apendisitis baik dilihat dari pelayan keshatan yang diberikan oleh layanan kesehatan baik dari fasilitas maupun non-fasilitas, selain itu faktor resiko lain

adalah faktor perilaku seperti asupan rendah serat yang dapat mempengaruhi defekasi dan fekalit yang menyebabkan obstruksi lumen sehingga memiliki risiko apendisitis yang lebih tinggi (Sjamsuhidajat, De Jong, 2014).

2.2.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis menurut Williams & Wilkins (2008), seseorang yang menderita apendisitis akan mengalami beberapa tanda klinis yaitu :

1. Nyeri periumbilikal atau epigastik kolik yang tergeneralisasi maupun setempat. Pada kasus apendisitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri antara lain : Rovsing's sign, Psoas sign dan Jump sign.
2. Anoreksia.
3. Konstipasi
4. Nilai leukosit meningkat dari rentang normal.
5. Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis dan bising melemah jika sudah terjadi perforasi.
6. Demam
7. Temuan hasil USG Abdomen berupa cairan yang berada disekitar appendiks menjafi sebuah tanda sonographik penting.
8. Mual & muntah.
9. Nyeri setempat pada perut bagian kanan bawah.
10. Regiditas abdominal seperti papan.
11. Respirasi retraktif.
12. Rasa perih yang semakin menjadi.
13. Spasma abdominal semakin parah.
14. Rasa perih yang berbalik (menunjukan adnya inflamasi peritoneal).
15. Gejala yang minimal dan samar rasa perih yang ringan pada pasien lanjut usia.

2.3 Mobilisasi Dini

2.3.1 Definisi Mobilisasi Dini

Menurut Carpenito (2014), mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari kedua defenisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2012).

2.3.2 Cara Mobilisasi Dini

2.3.3 Rentang Gerak dalam Mobilisasi

Mobilisasi terdiri dari tiga rentang gerak menurut Carpenito (2014) antara lain adalah:

2.3.3.1 Rentang Gerak Pasif

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

2.3.3.2 Rentang Gerak Aktif

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

2.3.3.3 Rentang Gerak Fungsional

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

2.3.4 Faktor yang Memengaruhi Mobilisasi

Seseorang akan melakukan mobilisasi dikarenakan banyak factor. Menuurut Hidayat (2012) mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

2.3.4.1 Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

2.3.4.2 Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat memngaruhi fungsi sistem tubuh.

2.3.4.3 Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilisasi dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang yag mengalami gangguan mobilisasi (sakit), karena adat dan budaya dilarang untuk melakukan mobilisasi.

2.3.4.4 Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.

2.3.4.5 Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

2.3.5 Manfaat Mobilisasi Dini

Melakukan mobilisasi dini baik untuk pasien yang mengalami beberapa jenis penyakit. Menurut Mubarak (2015) manfaat mobilisasi dini adalah sebagai berikut:

2.3.5.1 Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan, yaitu mencegah atelektase dan pnemoni hipostatis, meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak

2.3.5.2 Meningkatkan sirkulasi peredaran darah yaitu nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka, dapat mencegah thrombophlebitis, meningkatkan kelancaran fungsi ginjal, mengurangi rasa nyeri.

2.3.5.3 Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urin

2.3.5.4 Meningkatkan metabolism, antara lain:

a. Mencegah berkurangnya tonus otot
b. Mengembalikan keseimbangan nitrogen

2.3.5.5 Meningkatkan peristaltic yaitu memudahkan terjadinya flatus, mencegah distensi abdominal dan nyeri akibat gas, mencegah konstipasi dan mencegah ileus paralitik

2.4 Penyuluhan Kesehatan

2.4.1 Definisi Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoadmojo, 2012).

2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut Green dalam (Notoadmojo, 2012) yaitu :

2.4.2.1 Promosi kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan penigkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakatnya. Disamping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.

2.4.2.2 Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

2.4.2.3 Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

2.4.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Menurut Saragih (2010) Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran yaitu :

2.4.3.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

2.4.3.2 Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

2.4.3.3 Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

2.4.3.4 Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

2.4.3.5 Ketersediaan waktu di masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.4.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) menurut Notoatmodjo (2012) yaitu:

2.4.4.1 Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Ada 2 bentuk pendekatannya yaitu bimbingan dan penyuluhan (Guidance and Counceling) dan wawancara

2.4.4.2 Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok. Dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini kita perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Ada 2 jenis tergantung besarnya kelompok, yaitu kelompok besar dan kecil.

2.4.4.3 Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesanpesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Definisi Perilaku

Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2012).

Perilaku adalah segenap manifestasi hayati individu dalam berinteraksi dengan lingkungan, mulai dari perilaku yang paling nampak sampai yang tidak tampak, dari yang dirasakan sampai paling yang tidak dirasakan (Okviana, 2015).

Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkunganya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulusyang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmojo, 2010).

2.5.2 Jenis Perilaku

Setiap individu memiliki perilaku yang menjadi kebiasaan yang melekat pada diri individu. Oktaviana (2015) mengungkapkan jenis-jenis perilaku individu antara lain:

1. Perilaku sadar, perilaku yang melalui kerja otak dan pusat susunan saraf
2. Perilaku tak sadar, perilaku yang spontan atau instingtif
3. Perilaku tampak dan tidak tampak
4. Perilaku sederhana dan kompleks
5. Perilaku kognitif, afektif, konatif, dan psikomotor.

2.5.3 Respon Perilaku

Skinner dalam Notoatmodjo (2010) mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon, membedakan adanya dua respon, yaitu

1. Responden response atau reflexive response, adalah respon yang ditimbulkan oleh ransangan yang disebut elisting stimuli dan menimbulkan respon yang relatif tetap. Responsen respon ini mencakup juga emosi respon. Emocional response timbul karena hal yang kurang mengenakkan responden yang berkaitan.

2. Operant response atau instrumental response, adalah respon yang timbul dan berkembang di ikuti oleh perangsang yang disebut reinvoreing stimuli karena perangsang tersebut memperkuat respon yang telah dilakukan oleh organisme. Oleh sebab itu perangsang yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan responden.

2.5.4 Jenis Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku dibedakan menjadi dua jenis yang lebih spesifik yaitu:

1. Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (cover).

   Respon atau reaksi stimulus ini masih terbatas pada perhatian, pesepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
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 (practice), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

2.5.5 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Sunaryo (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang. Faktor tersebut terdiri dari:

1. Faktor Genetik dan Endogen

   Faktor genetik atau keturunn merupakan konsepsi dasar atau model untuk kelanjutan perkembangan perilaku mahluk hidup itu. Faktor genetik berasal dari dalam individu (endogen), antara lain:
2. Jenis ras

Setiap ras didunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan yang lainnya.

3. Jenis kelamin

   Perbedaan perilaku pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari.

4. Sifat Kepribadian

   Keseluruhan pola, pikiran, perasaan,dan perilaku yang sering digunakan oleh seseorang dalam usaha dalam adaptasi yang terus menerus dalam hidupnya (Maramis, 2011).

5. Bakat pembawa.

   Kemampuan individu untuk melakukan sesuatu yang sedikit sekali bergantung pada latihan mengenai hal tersebut.

6. Intelegensi

   Adalah kemampuan untuk berpikir abstrak, intelegensi adalah kemampuan untuk membuat kombinasi.

7. Usia

   Usia dewasa dini merupakan periode peyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan baru dan dikenal dengan masa kreatif dimana individu memiliki kemampuan mental untuk mempelajari dan menyesuaikan dari situasi baru, sepeti mengingat hal-hal yang pernah dipelajari, penalaran analogis, berpikir kreatif serta belum terjadi penurunan daya ingat. Masa dewasa dini memiliki rentang usia 18 tahun sampai usia 40 tahun.

2.6 Metode Demonstrasi

2.6.1 Definisi

Metode demonstrasi adalah suatu cara penyampaian materi dengan memperagakan suatu proses atau kegiatan. Metode ini sangat efektif diterapkan untuk menunjukkan proses suatu kegiatan. Metode ini bisanya digabungkan dengan metodeh ceramah dan tanya (Suaedy, 2011)

Metode demonstrasi ini lebih sesuai untuk mengajarkan bahan-bahan pelajaran yang merupakan suatu gerakan-gerakan, suatu proses maupun hal-hal yang bersifat rutin. Dengan metode demonstrasi peserta didik berkesempatan mengembangkan kemampuan mengamati segala benda yang sedang terlibat dalam proses serta dapat mengambil kesimpulan-kesimpulan yang diharapkan (Syaiful, 2008:210).

2.6.2 Tujuan Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk memperlihatkan sesuatu proses atau cara kerja suatu benda yang berkenaan dengan bahan pelajaran (Djamarah, 2011). Tujuan dari metode demonstrasi adalah untuk memperagakan atau mempertunjukkan suatu keterampilan yang akan dipelajari seseorang. Tujuan lain metode demonstrasi adalah untuk memperlihatkan terhadap seseorang bagaimana sesuatu harus terjadi dengan cara yang paling baik.

2.6.3 Langkah-Langkah Melakukan Demonstrasi

Demontrasi adalah memperlihatkan secara singkat kepada suatu kelompok bagaimana melakukan suatu perilaku kesehatan baru. Metode ini lebih menekankan pada bagaimana cara melakukannya suatu perilaku kesehatan. Kegiatan ini bukan lah suatu percobaan atau pengujian, tetapi sebuah usaha pendidikan. Tujuannya adalah untuk meyakinkan orang-orang bahwa sesuatu perilaku kesehatan tertentu yang dianjurkan itu adalah berguna dan praktis sekali bagi masyarakat. Demonstrasi ini mengajarkan suatu ketrampilan yang baru.

Untuk melaksanakan metode demonstrasi yang baik atau efektif, ada beberapa langkah yang harus dipahami dan digunakan oleh pemberi materi, yang terdiri dari perencanaan, uji coba dan pelaksanaan oleh guru lalu diikuti oleh murid dan diakhiri dengan adanya evaluasi (Dimyati dan Mujiono, 2011). Adapun langkah tersebut adalah sebagai berikut:

1. Merumuskan dengan jelas kecakapan dan atau keterampilan apa yang diharapkan dicapai oleh peserta didik sesudah demonstrasi itu dilakukan.

2. Mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh, apakah metode itu wajar dipergunakan, dan apakah ia merupakan metode yang paling efektif untuk mencapai tujuan yang dirumuskan.
3. Alat-alat yang diperlukan untuk demonstrasi itu bisa didapat dengan mudah, dan sudah dicoba terlebih dahulu supaya waktu diadakan demonstrasi tidak gagal.
4. Jumlah peserta memungkinkan untuk diadakan demonstrasi dengan jelas.
5. Menetapkan garis-garis besar langkah-langkah yang akan dilaksanakan, sebaiknya sebelum demonstrasi dilakukan, sudah dicoba terlebih dahulu supaya tidak gagal pada waktunya.
6. Memperhitungkan waktu yang dibutuhkan, apakah tersedia waktu untuk memberi kesempatan kepada siswa mengajukan pertanyaan-pertanyaan dan komentar selama dan sesudah demonstrasi.
7. Selama demonstrasi berlangsung, harus diperhatikan
   a. Keterangan keterangan dapat didengar dengan jelas oleh peserta
   b. Alat-alat telah ditempatkan pada posisi yang baik, sehingga setiap peserta dapat melihat dengan jelas
   c. Telah disarankan kepada peserta untuk membuat catatan-catatan seperlunya.
   d. Menetapkan rencana untuk menilai kemajuan .peserta

2.6.4 Kelemahan dan Kelebihan Metode Demonstrasi

Menurut Djamarah (2011) kelebihan dan kekurangan metode demonstrasi adalah sebagai berikut :

2.6.4.1 Kelebihan metode demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suara prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, dan cara berinteraksi. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media, seperti radio dan film (Hidayati, 2016). Keunggulan metode demonstrasi adalah :

1. Dapat membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan lebih konkret.

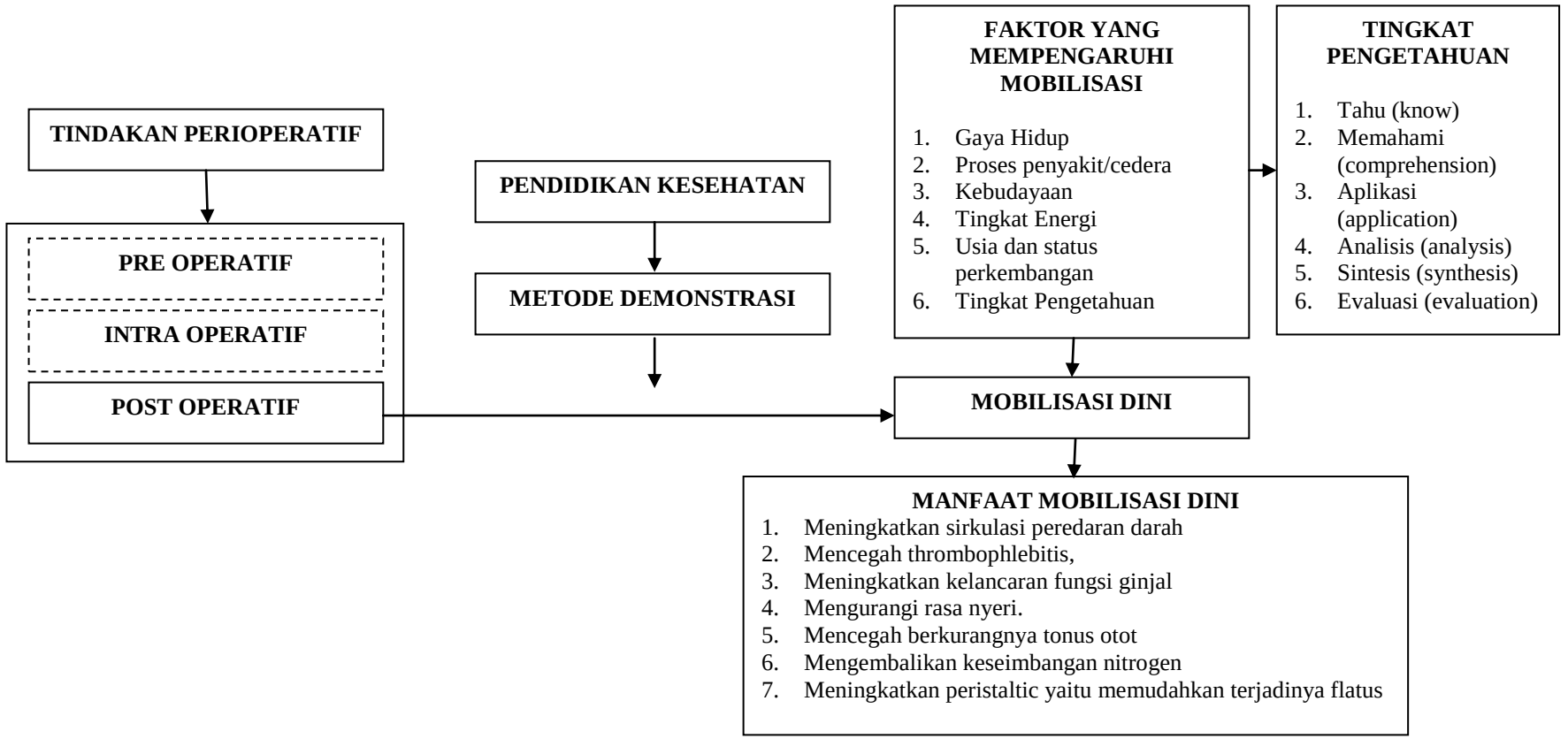
2. Lebih mudah memahami sesuatu karena proses pembelajaran menggunakan prosedur atau tugas dengan dibantu dengan alat peraga
3. Peserta didik dirangsang untuk mengamati.
4. Menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri(rekomendasi)
5. Perhatian peserta dapat dipusatkan pada hal-hal yang dianggap penting oleh pemberi materi sehingg hal yang penting itu dapat diamati secara teliti. Di samping itu, perhatian siswa pun lebih mudah dipusatkan kepada proses belajar mengajar dan tidak kepada yang lainya.
6. Dapat membimbing peserta ke arah berpikir yang sama dalam satu saluran pikiran yang sama.
7. Ekonomis dalam waktu yang panjang dapat diperlihatkan melalui demonstrasi dengan waktu yang pendek.
8. Dapat mengurangi kesalahan-kesalahn bila dibandingkan dengan hanya membaca atau mendengarkan, karena murid mendapatkan gambaan yang jelas dari hasil pengamatannya.
9. Karena gerakan dan proses dipertunjukan maka tidak memerlukan keterangan-keterangan yang banysk
10. Beberapa persoalan yang menimbulkan petanyaan atau keraguan dapat diperjelas waktu proses demonstrasi.

2.6.4.2 Kekurangan metode demonstrasi

1. Derajat visibilitasnya kurang, peserta didik tidak dapat melihat atau mengamati keseluruhan benda atau peristiwa yang didemonstrasikan kadang-kadang terjadiperubahan yang tidak terkontrol.
2. Untuk mengadakan demonstrasi digunakan ala-alat yang khusus, kadang-kadang alat itu susah didapat. Demonstrasi merupakan metode yang tidak wajar bila alat yang didemonstrasikan tidak dapat diamati secara seksama.
3. Dalam mengadakan pengamatan terhadap hal-hal yang didemonstrasikan diperlukan pemusatan perhatian. Dalam hal ini banyak diabaikan leh peserta didik.

4. Tidak semua hal dapatdidemonstrasikan di kelas.
5. Memerlukan banyak waku sedangkan hasilnya kadang-kadang sangat minimum.
6. Kadang-kadang hal yang didemonstrasikan di kelas akan berbeda jika proses itu didemonstrasikan dalam situasi nyata atau sebenarnya
7. Agar demonstrasi mendapaptkan hasil yang baik diperlukan ketekitian dan kesabaran.

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori (Brunner dan Suddarth (2013), Hidayat (2012), Notoadmojo (2012), Potter & Perry (2010), (Smeltzer, 2010)

2.8 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

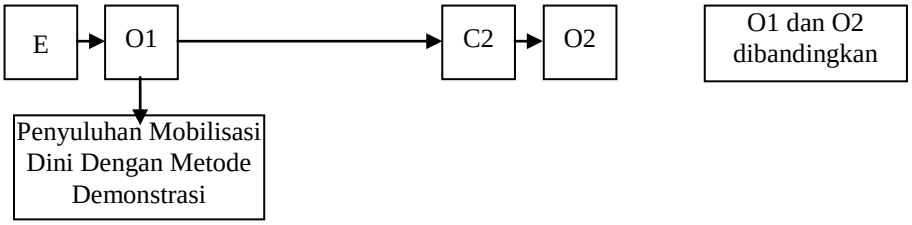
2.8.1 Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi penyakit bedah bangsal bedah pada RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

2.8.2 Hipotesis alternatif ini adalah tidak terdapat pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku tentang mobilisasi dini pada pasien post operasi penyakit bedah bangsal bedah pada RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

BAB 3
METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experiment.* Quasi eksperimen adalah eksperimen yang dalam mengontrol situasi penelitian tidak terlalu ketat atau menggunakan rancangan tertentu serta penunjukan subjek penelitian secara tidak acak untuk mendapatkan hasil dari berbagai tingkat faktor penelitian. Tujuan penelitian quasi eksperimen untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu (Sugiyomo, 2012). Pada penelitian ini menggunakan *two group post test only with control group* yaitu terdiri dari dua kelompok intervensi dan kelompok kontrol (kelompok pembanding). Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini dengan rancangan penelitian yang digambarkan sebagai berikut :



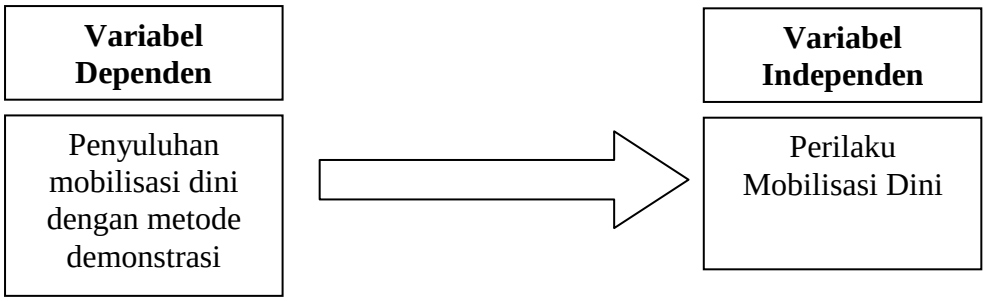
Gambar 3.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

E : Kelompok intervensi/perlakuan
O1 : Observasi 1, pengukuran perilaku setelah intervensi penyuluhan kesehatan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi pada kelompok intervensi.
O2 : Observasi 2, pengukuran perilaku sesudah intervensi penyuluhan kesehatan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi pada kelompok kontrol
C : Kelompok kontrol/tanpa perlakuan

3.2 Kerangka Konsep

Gambaran hubungan antar variabel-variabel dalam penelitian ini, disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka Teori

3.3 Definisi Oprasional Penelitian

Definisi operasional adalah penentuan konstrak atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk meneliti dan mengoperasikan konstrak, sehingga memungkinkan bagi peneliti yang lain untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama atau mengembangkan cara pengukuran konstrak yang lebih baik (Sugiyono, 2014). Definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Table 3.1 Variabel Dependen

Jenis Variabel	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen	Perilaku Mobilisasi dini	Adalah Pemberian contoh demonstrasi gerakan ambulasi post operasi apendiktomi yang terdiri dari gerakan lengan, tangan, ujung jari, memutar pergelangan tangan, miring kanan-kiri, duduk perlahan, berjalan dengan	Pertanyaan menggunakan kuesioner perilaku mobilisasi dini diisi oleh pasien sejumlah 15 pertanyaan dengan jawaban "Ya" : 1 "Tidak": 0	0-5: Buruk = 1 6-10: Sedang = 2 11-15: Baik = 3	Ordinal

		gerak yang sesuai keadaan penyakit yang dilakukan pada hari 1.			
Variabel Independen	Penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi	Adalah tindakan memberikan pendidikan kesehatan berupa informasi seputar keilmuan yang berhubungan dengan mobilisasi dini menggunakan metode demonstrasi (memberikan contoh, memperagakan) hari ke-1 selama 1 kali pertemuan (20-30 menit setiap pertemuan).	Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi Mengikuti: 1 Tidak: 0	0: Tidak Dilakukan 1: Tidak Dilakukan	Nominal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi tindakan pembedahan apendiktomi di RST dr. Soedjono Magelang sejumlah 176 per 3 bulan menurut statistic data rumah sakit, sehingga sejumlah 58 pasien setiap bulannya.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebuah bagian dari jumlah populasi yang diambil dengan cara tertentu yang mewakili karakteristik tertentu jelas, lengkap, serta dapat mewakili suatu populasi (Sarwono, 2010). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *puposive sampling. Non Probability Sampling* adalah teknik sampling yang memberi peluang atau kesempatan tidak sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Pemilihan elemen-elemen sampel didasarkan pada kebijaksanaan peneliti sendiri. Pada prosedur ini, masing-masing elemen tidak diketahui apakah berkesempatan menjadi elamen-elemen sampel atau tidak. Sugiyono (2012) menyatakan bahwa sampling purposive adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pemilihan sekelompok subjek dalam *purposive sampling*,

didasarkan atas ciri-ciri tertentu yang dipandang mempunyai sangkut paut yang erat dengan ciri-ciri populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Dengan kata lain unit sampel yang dihubungi disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang diterapkan berdasarkan tujuan penelitian. Penentuan sampling juga berdasarkan kriteria yang masuk dalam penelitian atau sesuai dengan kriteria yang diharapkan. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Pasien post operasi hari pertama (bukan hari ke nol)
2. Pasien yang mengalami gangguan mobilisasi
3. Pasien tidak mengalami gangguan mobilitas parah

Kriteria ekslusi pada penelitian ini adalah:

1. Pasien dengan gangguan mobilisasi yang parah atau penyembuhan dalam waktu yang lama
2. Pasien tidak bersedia menjadi responden
3. Pasien dengan open bedah syaraf

Besar atau jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini akan dihitung menggunakan rumus menurut Nursalam (2014) adalah:

$$n = \frac{N.\alpha^2.\rho.q}{d^2(N-1) + \alpha^2.\rho.q}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d =0,1)

Z = Nilai standar normal untuk α =0,05 (1,96)

ρ = Proporsi kejadian jika belum diketahui dianggap 50%

q = proporsi selain kejadian yang diteliti q = 1- ρ

Jadi sampel minimal yang diteliti adalah:

$$n = \frac{58.1{,}96^2.0{,}5.0{,}5}{0{,}1^2(58-1) + 1{,}96^2.0{,}5.0{,}5}$$

n = 36,39 dibulatkan menjadi 36

Untuk mengantisipasi apabila terjadi data yang kurang lengkap atau responden berhenti di tengah penelitian, maka peneliti menambah jumlah sample sejumlah 10%. Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian. Rumus yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan:

n' = besar sampel setelah dikoreksi

n = jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f = prediksi presentase sampel *drop out*, diperkirakan 10% ($f = 0{,}1$).

Jadi sampel minimal setelah di tambahi dengan perkiraan sampel *drop out* adalah:

$$n = \frac{36}{1 - 0{,}1}$$

$$n = 40$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian adalah sejumlah 40 responden, dengan pembagian sampel yaitu 20 orang untuk kelompok intervensi dan 20 orang untuk kelompok kontrol.

3.5 Waktu dan Tempat

3.5.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dilakukan pada bulan Febuari - Agustus 2019. Dimulai dari pembuatan proposal penelitian hingga pengelolahan data dan hasil penelitian.

3.5.2 Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini adalah di RST dr. Soedjono Magelang dengan focus responden pasien post operasi apendiktomi yang mengalami gangguan mobilisasi.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa alat pengukur perilaku mobilisasi dini. Pengukuran dilakukan pada pasien post operasi pembedahan, sebelum dan sesudah dilakukan intervensi penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi. Kuesioner perilaku dibuat sesuai teori yang yang berhubungan dengan mobilisasi dini. Peneliti mengambil data mengenai perilaku responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi kepada kelompok intervensi. Kuesioner perilaku mobilisasi dini sebelum diberikan ke responden secara langsung terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas di luar cakupan area yang diteliti. Kuesioner perilaku berisikan pernyataan berdasarkan teori tentang mobilisasi dini. Untuk kuesioner perilaku mobilisasi dini dibuat oleh peneliti sesuai teori yang berhubungan pengembangan berisikan pertanyaan terkait dengan perilaku mobilisasi dini untuk selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan data primer yang diperoleh secara langsung dengan cara melakukan pengukuran perilaku penyakit sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Kemudian peneliti melakukan intervensi berupa penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi kepada kelompok intervensi sesuai prosedur yang ditetapkan (sesuai teori). Peneliti melakukan penyuluhan menggunakan 1 pasien dan juga bisa lebih dari 1 pasien apabila memungkinkan. Akan tetapi sebelum peneliti memberikan tindakan penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi, peneliti melakukan uji expert untuk mengetahui layak dan tidaknya intervensi yang akan dilakukan. Uji expert sering dilakukan dalam penelitian di bidang kesehatan. Uji ini sebenarnya bagian dari uji validitas. Uji expert adalah uji validitas yang menggunakan panel expert yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dalam bidang keilmuan yang dimaksud. Uji expert dilakukan oleh peneliti dan pakar ilmu penyakit bedah, setelah dinyatakan layak oleh pakar tersebut mengenai standar operasional

prosedur (SOP), media, isi materi dan lain sebagainya, peneliti mulai melakukan pengambilan data dan tindakan .

3.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini dalam teknik pengumpulan datanya di bantu oleh asisten peneliti dengan tingkat pendidikan yang ditempuh minimal S1 Keperawatan yang memiliki keilmuan yang memadai untuk melakukan intervensi ini. Peneliti melakukan apersepsi kepada 2 mahasiswa yang telah ditunjuk sebagai asisten peneliti untuk bisa melakukan ini sehingga dalam pengambilan data kepada para responden mempunyai maksud dan tujuan yang sama dan menghasilkan data yang benar agar tidak terjadi bias dengan hasil yang tidak diharapkan. Selanjutnya sebelum melakukan penyuluhan kesehatan tentang mobilsasi dini dengan metode demonstrasi, peneliti dan asisten juga melakukan apersepsi saja, asisten peneliti hanya membantu dalam pemberian kuesioner saja, sedangkan untuk penyuluhan kesehatan tentang mobilsasi dini dengan metode demonstrasi di kontrol oleh peneliti.

3.6.4 Validitas dan Reliabilitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukan sejauh mana suatu alat ukur itu dapat dipercaya atau diandalkan. Bila sudah ada instrument pengumpulan data yang standar, maka bisa digunakan oleh peneliti (Saryono, 2011). Kuesioner perilaku mobilisasi dini sebelum diberikan ke responden secara langsung terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas di luar cakupan area yang diteliti yaitu area pengawasan RST dr. Soedjono Magelang. Untuk mengetahui validitasnya, dengan membandingkan hasil r hitung tabel *product moment*. Bila r hitung lebih besar dari r tabel maka pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan sebagai alat ukur. Bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid sehingga pertanyaan tersebut diperbaiki, digugurkan atau tidak digunakan.

Untuk uji reliabilitas, hasil pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa hasil pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subjek belum berubah (ajeg).

Reliabilitas mengacu pada konsistensi atau keterpercayaan hasil ukur, yang mengandung makna kecermatan pengukuran. Pengukuran yang tidak reliabel akan menghasilkan skor yang tidak dapat dipercaya karena perbedaan skor yang terjadi diantara individu lebih ditentukan oleh faktor kesalahan daripada faktor perbedaan yang sesungguhnya (Azwar, 2010). Berkaitan dengan hal tersebut, reliabilitas dari skala ini diuji dengan menggunakan formula *Alpha Cronbach.* Pada penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan pendekatan *internal consistency reliability* yang menggunakan *Cronbach Alpha* untuk mengidentifikasikan seberapa baik item-item dalam kuesioner berhubungan antara satu dengan yang lainnya. Sebuah faktor dinyatakan reliabel/handal jika koefisien *alpha* lebih besar dari 0,7 (Ghozali, 2011). Sebagaimana uji validitas, uji reliabilitas juga dilakukan dengan bantuan program komputer. Uji expert telah dilakukan pada kedua variabel mengenai kuesioner perilaku mobilisasi dini, SOP pendidikan kesehatan menggunakan metode demonstrasi dan SAP pelaksanaan pendidikan kesehatan menggunakan metode demonstrasi. Seluruh alat ukur telah dinyatakan expert oleh orang yang pakar pada keilmuan yang diteliti pada tanggal 15 Agustus 2019 dan dinyatakan lulus, valid dan reliabel.

3.7 Metode Pengelolahan dan Analisis Data

3.7.1 Metode Pengolahan

Metode pengolahan data dibagi menjadi 4 macam yaitu:

3.7.1.1 *Editing*

merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi formulir atau kuesioner apakah jawaban yang berada di kuesioner sudah terisi lengkap, jawaban dan tulisan jelas untuk dibaca, relevan dengan pertanyaan serta konsisten.

3.7.1.2 *Coding*

Proses pada bagian ini adalah memberi kode berupa angka untuk memudahkan pengolahan data penelitian ini. Untuk pengkodean pada penelitian ini dijelaskan dalam uraian berikut:

a. Untuk variabel perilaku diberi kode “1” untuk “Buruk”, “2” untuk “Sedang”, dan “3” untuk “Baik”.

b. Untuk variabel penyuluhan kesehatan dengan metode demonstrasi, kode “1” untuk yang “mengikuti”, kode “0” untuk yang “tidak megikuti”

3.7.1.3 *Processing*

Pemrosesan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke paket program komputer.

3.7.1.4 *Clearing*

Mengecekan kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya. Kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

3.7.2 Analisis Data

Data yang sudah terkumpul akan dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat.

3.7.3 Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden. Variabel pada analisis univariat ini diantaranya adalah data demografi responden dan perilaku mobilisasi dini.

3.7.4 Analisis Bivariat

Sebelum menentukan uji apa yang akan dipakai terlebih dahulu melakukan uji normalitas perilaku mobilitas dini menggunakan *Saphiro Wilk.* Uji normalitas digunakan untuk menguji apakah data perilaku *pretest* dan *postest* berdistribusi secara normal atau tidak. Uji ini sebagai prasyarat jika dilakukan uji parametrik yaitu *paired sample T-test* dan *Independent sample T-test*. Metode yang digunakan dalam uji normalitas mengunakan *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel lebih kecil atau kurang dari 50. Kriteria pengambilan keputusan data berdistribusi normal jika nilai signifikansi lebih besar dari 0,05. Untuk hasil signifikansi atau besar nilai pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap perilaku menggunakan uji T-Test yaitu dikatakan berpengaruh apabila nilai p-value < 0,05.

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan surat ijin permohonan penelitian kepada pihak yang terkait terutama untuk RST Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan memperhatikan etika penelitian yang meliputi :

3.8.1 *Informed Consent*

Setelah peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden, selanjutnya peneliti memberikan lembar persetujuan responden untuk dibaca dan ditanda tangani oleh responden apabila responden bersedia penjadi responden penelitian ini.

3.1.1 Prinsip *Beneficience*

Beneficience dilakukan oleh peneliti untuk menjelaskan tujuan dan manfaat kepada responden tentang penelitian yang dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti memberikan banyak manfaat tidak hanya untuk responden tetapi juga untuk masyarakat banyak. Peneliti juga menyampaikan kepada responden tentang asas kemanfaatan serta tujuan dilakukan penelitian ini.

3.1.2 Prinsip Keadilan *(Justice*)

Justice merupakan keadilan peneliti terhadap semua responden tanpa harus membeda-bedakan mereka, karena setiap responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian ini. Peneliti dalam mengambil responden menjadi sampel di RST Tk. II dr. Soedjono tidak membedakan responden berdasarkan agama, suku, ras, pekerjaan dan status sosial ekonomu, semua mendapat kesempatan yang sama menjadi responden selagi masuk dalam kriteria inklusi. Pada kelompok kontrol juga diberikan intervensi pendidikan kesehatan menggunakan metode demonstrasi namun dilakukan setelah pengukuran perilaku mobilisasi dini.

3.1.3 Prinsip *Nonmaleficience*

Nonmaleficience seorang peneliti harus melakukan penjelasan kepada responden bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak akan membahayakan responden. Responden dalam menjawab kuesioner, mungkin akan mengakibatkan resiko malu atau kurang nyaman terhadap responden. Untuk mengatasi hal tersebut dapat diantisipasi dengan memberikan kesempatan kepada responden bertanya, dan menawarkan dalam mengisi kuesioner tersebur membutuhkan bantuan tidak.

Peneliti menyampaikan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan tidak mengandung unsur yang membahayakan, responden diberi kesempatan dan berhak untuk bertanya secara detail terkait isi penelitian.

3.8.2 Anonimity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan subyek maka dalam lembar pengumpulan data penelitian peneliti tidak mencantumkan nama tetapi hanya memberi kode responden dan hanya diketahui oleh peneliti.

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti akan menjamin kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya yang berhubungan dengan responden. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

3.8.4 Self Determination

Yaitu kebebasan kepada responden untuk mau terlibat atau tidak terlibat dalam proses penelitian. Apabila ada calon responden yang mau terlibat dalam penelitian akan dicatat oleh peneliti sebagai responden tetap.

3.8.5 Privacy

Kebebasan individu untuk menentukan waktu, cara/alat dan kebebasan memberikan informasi. Peneliti menjelaskan informasi yang disampaikan oleh responden yang pada lembar kuesioner.

3.8.6 *Fair Treatment* (Perlindungan)

Peneliti sanggup melindungi responden dari rasa tidak nyaman. Jadi apabila responden merasa tidak nyaman dengan pertanyaan yang menyinggung perasaan responden, responden diperbolehkan untuk keluar sebagai responden. Hasil yang di dapat tidak diperbolehkan apabila responden merasa tidak nyaman.

BAB 5
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada mengenai pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Kota Magelang diperoleh beberapa kesimpulan.

5.1.1 Gambaran karakteristik pada kelompok intervensi sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien yang terbanyak mempunyai tingkat pendidikan SMA/K, rata-rata usia adalah 27 tahun, nilai tengah usia adalah 27 tahun, usia terendah 19 tahun dan usia tertinggi 39 tahun

5.1.2 Gambaran karakteristik pada pasien post operasi apendiktomi, bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien yang terbanyak mempunyai tingkat pendidikan SMA/K, rata-rata usia adalah 27 tahun, nilai tengah usia adalah 27 tahun, usia terendah 19 tahun dan usia tertinggi 39 tahun. Pada kelompok kontrol jenis kelamin perempuan dan laki-laki yaitu sebanyak 10 (50%), pasien yang terbanyak mempunyai tingkat pendidikan SMA/K, rata-rata usia adalah 28 tahun, nilai tengah usia adalah 30 tahun, usia terendah 18 tahun dan usia tertinggi 39 tahun.

5.1.3 Gambaran perilaku mobilisasi dini untuk kelompok intervensi didominasi oleh kategori baik, dan untuk kelomok kontrol didominasi oleh kategori sedang.

5.1.4 Terdapat pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi untuk peningkatan perilaku mobilisasi dini dengan uji uji independent t-test didapatkan nilai p-value= 0,000 sehingga pada kelompok intervensi ditemukan hubungan penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi untuk peningkatan perilaku mobilisasi dini, dikarenakan sudah dilakukan intervensi.

5.2 Saran

Hasil penelitian diharapkan menjadi acuan kepada beberapa pihak untuk melakukan perubahan yang lebih baik lagi untuk meminimalisir perilaku mobilisasi dini.

5.2.1 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan dalam pemberian asuhan keperawatan medical bedah di rumah sakit sesuai dengan fungsi profesinya dan diharapkan dapat meningkatkan perilaku mobilisasi dini melalui program penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi dengan cara menerapkan peran profesinya yaitu *change of agent* atau sistem pembaharuan yang lebih baik melalui program terapi ini dan memasukkan intervensi penyuluhan kesehatan mobilisasi dini dengan metode demosntrasi pada intervensi keperawatan.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini bagi RST Tk. II dr. Soedjono Kota Magelang diharapkan dapat diimplikasi dengan diterapkannya standar operasional prosedur penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi sebagai peran tenaga kesehatan, terutama perawat dalam hal *educator* untuk mempersiapkan pasien agar terjadi peningkatan perilaku mobilisasi dini dengan menganjurkan perawat di bangsal memasukkan intervensi penyuluhan kesehatan mobilisasi dini dengan metode demosntrasi pada intervensi keperawatan.

5.2.3 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumbangsih untuk ilmu keperawatan spesifik pada ilmu keperawatan medical bedah sehingga diharapkan kedepannya hasil ini disarankan menjadi pedoman mengenai penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi kepada klien post operasi apendiktomi.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan penelitian selanjutnya, agar mampu mengevaluasi beberapa hasil yang kurang sesuai dengan tujuan penelitian untuk menemukan hasil yang signifikan dalam mengatasi masalah perilaku mobilisasi dini. Diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat meneliti pengaruh motivasi terhadap perilaku mobilisasi dini.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC

Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi pada Praktek Klinik (Terjemahan).* Edisi 6. Jakarta: EGC.

Dimyati dan Mudjiono. 2011. Belajar dan Pembelajaran. Jakarta : PT. Rineka Cipta

Djamarah, Syaiful Bahri. 2011. Psikologi Belajar. Jakarta : Rineka Cipta.

Hidayati, Lili Nur. 2016. Pengaruh Demonstrasi Massage. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.

Mubarak W.I., Lilis I., Joko S. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika

Muttaqin,Arif. (2011). *Gangguan Gastrointestinal:Aplikasi Asuhan Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Oktasari, Vivi. Rahayuningsih, Atih. Susanti, Mira. 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pelaksanaan Rentang Gerak Sendi Aktif Post Operasi Pada Pasien Fraktur Ekstremitas di Ruang Bedah Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang.* Vol 9, No 2 (2013) Tersedia: http://ners.fkep.unand.ac.id/index.php/ners/article/view/55

Pangesti, Amalia. 2017. *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Mobilisasi Dini Terhadap Pasien Post Spinal Anestesi Di RSUD Kota Yogyakarta.* Prodi D-IV Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Tahun 2017

Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC

Pratama, Angga Dita. 2014. *Tingkat Pengetahuan Pasien Post Operasi Fraktur Tentang Mobilisasi Dini Di Ruang Flamboyan RSUD dr. Harjono Ponorogo.* Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Ratmiwasi, Cici. Utami, Sri. Agritubella, Syafrisar Meri. 2017. *Pengaruh Promosi Kesehatan Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Ibu Postpartum SC DI RSPB Pekanbaru*. STIKes PMC Pekanbaru, 2 Universitas Riau: Jurnal Endurance 2(3) October 2017 (346-353) Kopertis Wilayah X 346

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Sulasmi. 2015. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini Dengan Perilaku Mobilisasi Dini Post Partum SC Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2015*. Program Studi Bidan Pendidik Jenjang D-IV Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

Tongkukut, Intan Meyty Megawati. Mamuaya, Telly. Kusmiyati. 2015. *Pengaruh Penyuluhan Tentang Mobilisasi Dini Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Post Sectio Caesarea*. Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado: JIDAN Jurnal Ilmiah Bidan ISSN : 2339-1731 Volume 3 Nomor 1. Januari – Juni 2015 33