

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Mobilisasi Dini

1. Definisi

Mobilisasi dini merupakan masalah yang sering terjadi setelah tindakan post operasi atau pembedahan. Masalah yang sering terjadi pada post operasi adalah ketika pasien merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan pasien enggan untuk melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat di tempat tidur (Kozier et al, dalam Leni M., 2018). Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktifitas atau kegiatan.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah, mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan (Potter & Perry, 2014).

2. Tujuan Mobilisasi

Tujuan mobilisasi dini adalah menurunkan kejadian komplikasi thrombosis vena, emboli paru, pneumonia, dan retensi urin Serta meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi *long of stay (LOS)* lama hari rawat pasien (Samuel, 2011).

Menurut Fitriani & Anggorowati (2016) Tujuan dari mobilisasi yaitu:

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Memperlancar peredaran darah
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
- d. Mempertahankan tonus otot

- e. Memperlancar eliminasi urine
- f. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

3. Manfaat Mobilisasi Dini

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

- a. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan, yaitu mencegah *atelektase* dan *pneumoni* hipostatis, meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak.
- b. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah yaitu nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka, dapat mencegah *thrombophlebitis*, meningkatkan kelancaran fungsi ginjal, mengurangi rasa nyeri.
- c. Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urin
- d. Meningkatkan metabolisme, antara lain:
 - 1) Mencegah berkurangnya tonus otot
 - 2) Mengembalikan keseimbangan nitrogen
- e. Meningkatkan peristaltic yaitu memudahkan terjadinya flatus, mencegah distensi Abdominal dan nyeri akibat gas, mencegah konstipasi dan mencegah ileus paralitik.

4. Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Apabila pasien tidak melakukan mobilisasi dini pasca pembedahan akan terjadi komplikasi antara lain atelektasis, pneumonia hipostatik, gangguan gastrointestinal, masalah sirkulasi, dan dekubitus (Brunner & Suddarth, 2010). Selain itu tidak melakukan mobilisasi dini dapat menyebabkan:

- a. Penyembuhan luka menjadi lama

Dengan mobilisasi dini, diharapkan dapat memperlancar sirkulasi dan oksigenasi. Sehingga akan sangat membantu proses penyembuhan luka. Sirkulasi dan oksigenasi yang tidak adekuat akan menghambat proses penyembuhan luka.

- b. Menambah rasa sakit
Mobilisasi dini mengajarkan pasien untuk beradaptasi dengan luka. Sehingga pasien yang melakukan mobilisasi dini dapat lebih beradaptasi dengan nyeri.
- c. Badan menjadi pegal dan kaku
Penyembuhan luka memerlukan waktu dalam prosesnya. Terkadang dibutuhkan beberapa hari untuk luka operasi menyatu dan sembuh. Selama proses tersebut, bila pasien tidak melakukan mobilisasi dan hanya berbaring ditempat tidur, maka akan mengakibatkan kekakuan pada sendi dan badan terasa sakit.
- d. Kulit lecet dan luka
Berbaring di tempat tidur yang lama, dapat mengakibatkan penekanan pada bagian tubuh, serta gesekan dengan tempat tidur. Sehingga mengakibatkan kulit luka dan lecet, bahkan bisa terjadi dekubitus. Untuk menghindarinya harus segera dilakukan mobilisasi pada pasien.
- e. Memperlama perawatan dirumah sakit
Proses penyembuhan yang lama mengakibatkan hari perawatan yang lebih lama. Biaya perawatan tentu akan meningkat, karenanya dengan mobilisasi akan membantu dalam proses penyembuhan luka. Diharapkan waktu perawatan akan lebih singkat, serta biaya perawatan dapat diminimalkan.

5. Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

- a. Gaya hidup
Mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai nilai yang dianut, dan lingkungan tempat ia tinggal (masyarakat).
- b. Ketidakmampuan
Kelemahan fisik dan mental dapat menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Secara umum, terdapat dua jenis Ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer.

c. **Tingkat Energi**

Energi sangat dibutuhkan dalam mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan yang dimiliki masing-masing individu cukup bervariasi. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stress guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis (Zulvia, 2019).

6. Tahap-tahap mobilisasi dini

Tahap – Tahap Mobilisasi Dini menurut Clark et al, (2013), meliputi

- a. Tahap 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.
- b. Tahap 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- c. Tahap 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- d. Tahap 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

7. Pelaksanaan Prosedur Mobilisasi Dini pada Pasien pasca Operasi

Pelaksanaan mobilisasi menurut Wantoro et al., (2020) antara lain:

- a. Hari ke 1:
 - 1) Pergerakan fisik dapat dilakukan diastempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.
 - 1) Pada 12 jam sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk diatas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan dilantai sambil digerak-gerakan

b. Hari ke 2 :

- 1) Pasien diharapkan sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya berjalan sendiri ke toilet atau kamar mandi dengan posisi infus yang tetap terjaga.

8. Tahap-tahap mobilisasi dini

Tahap-tahap mobilisasi post operasi menurut Muladi (2016) antara lain:

a. Berdoa

Sebelum melakukan mobilisasi, pasien diajak bersama membaca basmalah

b. Miring ke kanan-kiri

Memiringkan badan ke kiri-ke kanan merupakan mobilisasi paling mempercepat proses penyembuhan, gerakan ini juga mempercepat fungsi usus dan kandung kemih secara normal.

c. Menggerakkan kaki

Setelah membalikkan badan ke kanan dan kiri, mulai gerakkan kedua kaki. Ada mitos yang mengatakan hal ini tidak boleh dilakukan karena bisa menyebabkan varises. Itu tidak benar. Justru bila kaki tidak digerakkan dan berbaring terlalu lama, akan terjadi pembekuan pembuluh darah balik yang bisa menyebabkan varises maupun infeksi.

d. Duduk

Setelah agak ringan, cobalah duduk di tempat tidur. Bila merasa tidak nyaman, jangan paksakan diri. Lakukan pelan-pelan sampai terasa nyaman.

e. Berdiri dan turun dari tempat tidur

Kalau duduk tidak menyebabkan rasa pusing, teruskan dengan mencoba turun dari tempat tidur dan berdiri. Jalan sedikit. Bila terasa sakit atau ada keluhan, sebaiknya hentikan dulu dan di coba lagibegitu kondisi tubusudah terasa lebih nyaman.

f. Ke kamar mandi

Bila sudah tidak ada keluhan, bisa di coba untuk berjalan ke kamar mandi dan buang air kecil.

9. Peran dan fungsi perawat dalam mobilisasi dini

Menurut Potter & Perry (2017) peran dan fungsi perawat dalam mobilisasi dini yaitu :

- a. Peran perawat sebagai caregiver
Membuat diagnose dari hasil pengkajian. Kemudian dilanjutkan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terkait dengan masalah mobilisasi pasien. Diawali dengan melakukan penhkajian kepada pasien tentang aspek biologis pasien seperti usia, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pasien, setelah itu dilanjutkan dengan untuk membuat rencana asuhan keperawatan, lalu melakukan implementasi dan evaluasi pasien .
- b. Peran perawat sebagai educator memberikan edukasi pada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan mobilisasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sendiri semampu pasien.
- c. Peran perawat sebagai colaboration Melakukan kolaborasi dengan tim medis interdisiplin dengan partisipasi pasien dan keluarga mengenai tindakan mobilisasi pada pasien. Kolaborasi juga dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat serta suplementasi vitamin dan mineral.

10. Rentang Gerakkan Mobilisasi

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi menurut Potter & Perry (2010) yaitu :

- a. Rentang gerak pasif
Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif. Contoh perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.
- b. Rentang gerak aktif Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan ototnya secara aktif Contoh pasien yang berbaring di tempat tidur menggerakkan kakinya sendiri.

- c. Rentang gerak fungsional Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

11. Hubungan Mobilisasi Dini dengan Luka Pasca Laparatomi

Menurut Ditya (2016) membuktikan bahwa sebagian pasien pasca laparatomi mengalami proses penyembuhan luka yang baik. Salah satu hal yang mempengaruhinya adalah karena pasien melaksanakan mobilisasi dini. Pengaruh mobilisasi setelah pasca operasi laparatomi sangat besar manfaatnya dalam proses penyembuhan luka, karena mobilisasi dapat meningkatkan sirkulasi di daerah insisi sehingga akan meningkatkan transportasi zat-zat esensial yang berperan dalam proses penyembuhan luka.

Mobilisasi harus dilakukan sesuai kemampuan pasien, serta tidak boleh berlebihan karena efek terapinya justru akan bertolakkan, untuk itu dalam pelaksanaan mobilisasi dini harus sesuai prosedur dan dipandu oleh petugas. Pergerakan anggota tubuh yang dilakukan secara baik akan meningkatkan kondisi kesehatan dan fisiologi serta meningkatkan sirkulasi darah sehingga akan meningkatkan kesembuhan luka Noer (2014).

Mobilisasi pasca laparatomi memberikan hasil bahwa mobilisasi yang diberikan pada pasien post laparatomi adalah latihan napas dalam dan batuk efektif, latihan gerak sendi dan perubahan posisi di atas bed dan gerakan bertahap (duduk, berdiri dan berjalan) memberikan manfaat dalam peningkatan kesehatan, Salam (2015).

B. Konsep Perilaku

1. Definisi

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini. Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia baik yang diamati maupun tidak dapat diamati oleh interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku secara lebih rasional dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan dari

luar subyek tersebut. Respon ini terbentuk dua macam yakni bentuk pasif dan bentuk aktif dimana bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat dari orang lain sedangkan bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi secara langsung (Triwibowo, 2015).

2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Teori Lawrence Green (1980) Dalam (Notoadmodjo,2010) mengemukakan bahwa perilaku di pengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu:

a. Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut, untuk berperilaku kesehatan misalnya pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil, diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat periksa kehamilan baik bagi kesehatan ibu sendiri maupun janinnya. Kadang-kadang kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk periksa kehamilan, misalnya orang hamil tidak boleh disuntik (periksa kehamilan termasuk memperoleh suntikan anti tetanus), karena suntikan bisa menyebabkan anak cacat.

b. Faktor pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan bergizi, dan sebagainya, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit (RS), Poliklinik, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Poliklinik Desa (Polindes), Pos Obat Desa, dokter atau bidan praktek swasta, dan sebagainya. Masyarakat perlu sarana dan prasarana pendukung untuk berperilaku sehat, misalnya perilaku pemeriksaan kehamilan. Ibu hamil yang mau periksa kehamilan tidak hanya karena dia tahu dan sadar manfaat periksa kehamilan melainkan ibu tersebut dengan mudah harus dapat memperoleh fasilitas

atau tempat periksa kehamilan, misalnya Puskesmas, Polindes, bidan praktek, ataupun Rumah Sakit. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin. Kemampuan ekonomi pun juga merupakan faktor pendukung untuk berperilaku kesehatan.

c. **Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*)**

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas kesehatan. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun dari pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Masyarakat kadang-kadang bukan hanyaberperilaku sehat, melainkan diperlukan juga perilaku contoh dari tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut. Seperti perilaku periksa kehamilan, dan kemudahan memperoleh fasilitas periksa kehamilan. Diperlukan juga peraturan atau perundang-undangan yang mengharuskan ibu hamil melakukan periksa kehamilan.

3. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini menunjukkan meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Determinan atau factor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b. Determinan atau factor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya.

Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2012) membagi perilaku manusia

menjadi 3 domain, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kemudian untuk kepentingan pendidikan teori ini dimodifikasi menjadi 3 ranah, yaitu:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang mempunyai enam tingkatan.:

1) Tahu (*Know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*Comprehension*)

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

2) Aplikasi (*Application*)

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

3) Analisis (*Analysis*)

Analysis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

4) Sintesis (*Synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

5) Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau

menggunakan kriteria yang telah ada.

b. Sikap (Afektif)

Sikap adalah suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus social (Notoatmodjo, 2012). Sikap memiliki tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

1) Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Diartikan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Diartikan sebagai bentuk mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Tindakan (*Practice*)

Tindakan adalah suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan:

1) Persepsi (*perception*)

Yaitu dapat mengenal atau memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2) Respon terpimpin (*guide respons*)

Yaitu subjek dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

3) Mekanisme (*mechanism*)

Yaitu apabila subjek dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis dan sudah merupakan kebiasaan.

4) Adopsi (*adoption*)

Yaitu suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik dan sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

4. Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam (Notoatmodjo,2010), perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga:

a. Perubahan alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

b. Perubahan terencana (*Planned Change*)

Perubahan ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, seseorang perokok berat yang pada suatu saat terserang batuk yang sangat mengganggu, ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya berhenti merokok sama sekali.

c. Kesiediaan untuk berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

C. Pendidikan Kesehatan

1. Definisi

Pendidikan kesehatan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka dapat melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan yaitu: input adalah sasaran pendidikan individu, kelompok, dan Masyarakat. Pendidik adalah pelaku pendidikan, Proses adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, Output adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku (Notoatmodjo, 2012).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012), tujuan pendidikan kesehatan adalah mengusahakan agar perilaku individu, kelompok, atau masyarakat mengalami perubahan yang positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam melakukan Pendidikan kesehatan untuk mencapai sasaran (Maulana, 2014):

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan mampu mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterima, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah dalam menerima informasi baru.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat social ekonomi seseorang akan mempermudah seseorang dalam menerima informasi.

c. Adat Istiadat

Masyarakat pada umumnya masih menjunjung tinggi adat istiadat dan menganggap bahwa adat istiadat tidak boleh diabaikan.

d. Kepercayaan Masyarakat

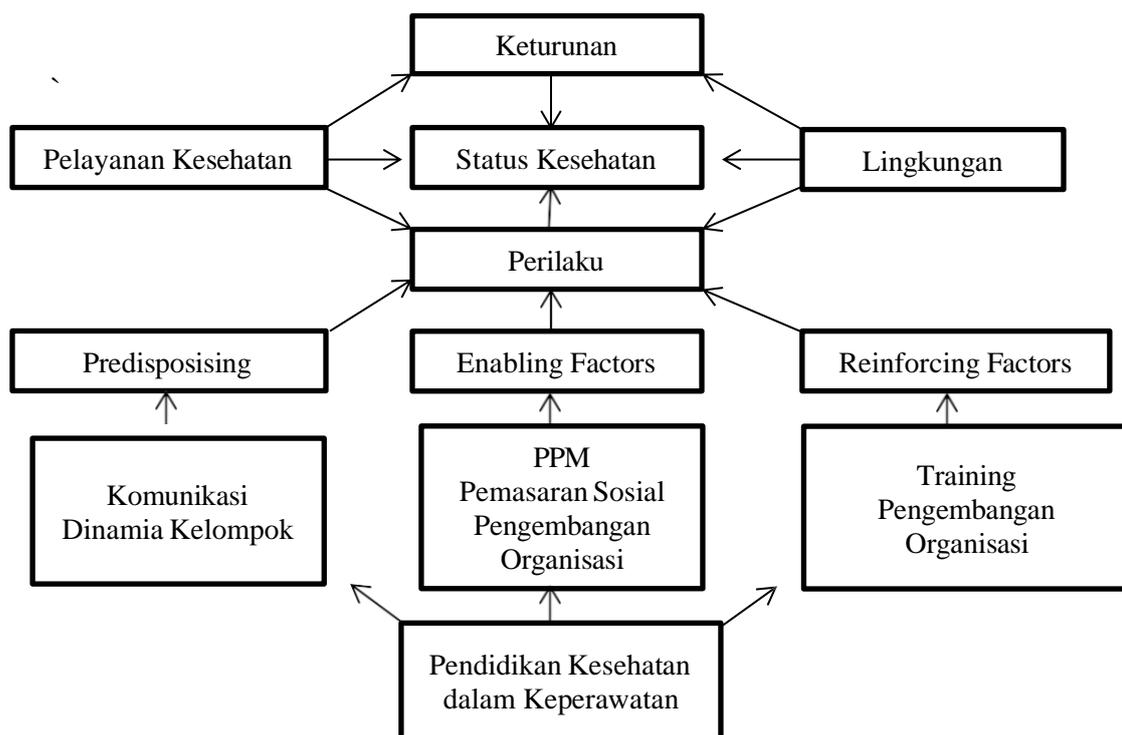
Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang diberikan oleh orang yang mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat terhadap orang yang mereka kenal sebagai penyampai informasi.

e. Ketersediaan Waktu di Masyarakat

Waktu dalam melakukan penyampaian informasi harus disesuaikan dengan aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam melakukan penyuluhan.

4. Hubungan Status Kesehatan, Perilaku, dan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga mengatasi masalah kesehatan. Pentingnya pendidikan kesehatan dalam keperawatan dapat digambarkan sebagai berikut dengan konsep *H.L Blum* dan *Lawrence Green*.



Gambar 2.2 Hubungan Status Kesehatan , perilaku, dan Pendidikan Kesehatan.

Sumber:Wahit Iqbal dkk.(2010)

5. Media Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Media pendidikan kesehatan adalah media yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (channel) yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media pendidikan ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan :

a. Media Cetak

Yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak terdiri dari berbagai macam sebagai berikut:

1) Booklet

Media boklet merupakan salah satu media massa yang dijadikan sebagai media (alat peraga) ditujukan kepada banyak orang maupun umum yang waktu penyampaian isi tidak teratur (Parwiyati et al,2014).

3) Rubrik

Rubrik atau tulisan- tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas sesuatu masalah kesehatan atau hal – hal yang berkaitan dengan kesehatan. (Notoatmodjo,2012).

4) Poster

Poster adalah kombinasi visual dari rancangan yang kuat, dengan warna, dan pesan dengan maksud untuk menangkap perhatian orang yang lewat, tetapi cukup lama menanamkan gagasan yang berarti di dalam ingatannya. Dari beberapa pendapat para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa media poster adalah ilustrasi gambar sederhana yang menitikberatkan pada satu atau dua ide pokok yang bertujuan agar dapat menarik perhatian, dapat dimengerti, dapat diingat, dan dapat memotivasi suatu peristiwa (Nana Sudjana, 2010 : 51).

5) Leaflet

Leaflet adalah selebaran kertas yang berisi tulisan dengan kalimat-kalimat singkat, padat, mudah dimengerti, dan gambar-gambar yang

sederhana. Leaflet atau sering juga disebut pamflet merupakan selebar kertas yang berisi tulisan cetak tentang suatu masalah khusus untuk sasaran dan tujuan tertentu (Waryana, 2018).

6) *Flip Chart* (lembar balik)

Flip chart adalah lembaran kertas manila atau flano yang berisi pesan atau bahan ajaran, flip chart memudahkan pengajar memberikan informasi atau pelajaran yang akan diterangkan. setiap flip chart berisi bahan pelajaran atau gambar dapat di beri nomor seri. (Khallilulah, 2012).

b. **Media Elektronik**

Menurut (Notoadmodjo,2010) Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan, dan berbeda-beda jenisnya sebagai berikut:

1) *Televisi*

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV spot, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya. Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan, sandiwara radio, ceramah dan sebagainya

2) *Slide*

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan

3) *Video*

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

4) *Film Strip*

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

c. **Media Papan (*Billboard*)**

Yaitu papan (*Billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan Informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

6. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012), pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masuknya sendiri juga metode, materi atau pesannya, pendidik atau petugas, yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan. Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan sebagai berikut:

a. **Metode Individual (Perorangan)**

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada 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 (Notoatmodjo, 2012).

b. **Metode Kelompok**

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2012).

D. Penelitian Terkait

Menurut penelitian Amik Muladi yang berjudul Pengaruh penyuluhan dan Latihan Mobilisasi Dini terhadap kecemasan dan kemandirian pasien post total *Knee Replacement* Tahun 2016. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh penyuluhan mobilisasi dini dengan metode demonstrasi terhadap kecemasan pasien dan kemandirian pasien post Total *Knee Replacement*. Penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan pre dan post control group design, dengan 34 responden (22 kelompok intervensi, 12 kontrol). Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan observasi. Variabel bebas adalah edukasi mobilisasi dini, sementara variabel terikat adalah tingkat kemandirian dan tingkat kecemasan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan post TKR di RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta dan RSK Bedah Karima Utama Surakarta. Analisa data menggunakan *independent t-test* dan paired t-test Hasil penelitian; Terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat kemandirian dan kecemasan pada pasien sebelum dan sesudah diberikan edukasi mobilisasi dini. Hasil uji *independent t-test* pada tingkat kecemasan diperoleh $p\text{-value}$ $(0,000) < 0,05$, terdapat perbedaan signifikan kecemasan dan kemandirian pada pasien yang diberikan edukasi dengan pasien yang tidak diberi edukasi mobilisasi dini.

Menurut penelitian Reza Yunitha yang berjudul Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendektomi tahun 2019 . Tujuan penelitian ini untuk Mengidentifikasi Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini dengan Metode Demonstrasi terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi apendektomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang. Metode rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah Quasi Experiment. Teknik pengambilan sampel pada penelitian menggunakan metode non probability sampling dengan teknik purposive 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 ditunjukkan pada tabel diatas, dapat

diketahui nilai probabilitas (signifikansi) dengan equal variance assumed (diasumsikan kedua varian sama) adalah $0,000 < 0,05$ maka H_a 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 rata-rata perilaku mobilisasi adalah 7 atau kategori sedang. maka Terdapat pengaruh yang signifikan pemberian penyuluhan kesehatan dengan metode demonstrasi dengan perubahan perilaku mobilisasi dini pasien post operasi apendiktomi.

Menurut penelitian Fitria, et al yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Sectio Caesaria tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dini terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien pasca Sectio Caesarea di RSUD Ratu Zalecha Martapura. Desain penelitian Observasional Analitik. Sampel diambil sebanyak 63 responden. Pasca Sectio Caesarea dengan Purposive Sampling, kemudian digunakan analisis data menggunakan uji *Fisher's Exact Test*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Hasil analisis menunjukkan nilai signifikan $p=0,027$ ($p<0,05$) sehingga H_0 ditolak. Artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan mobilisasi dini dengan mobilisasi dini pada pasien pasca sectio Caesarea. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan mobilisasi dini dapat mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pasca sectio caesarea di RSUD Ratu Zalecha Martapura.

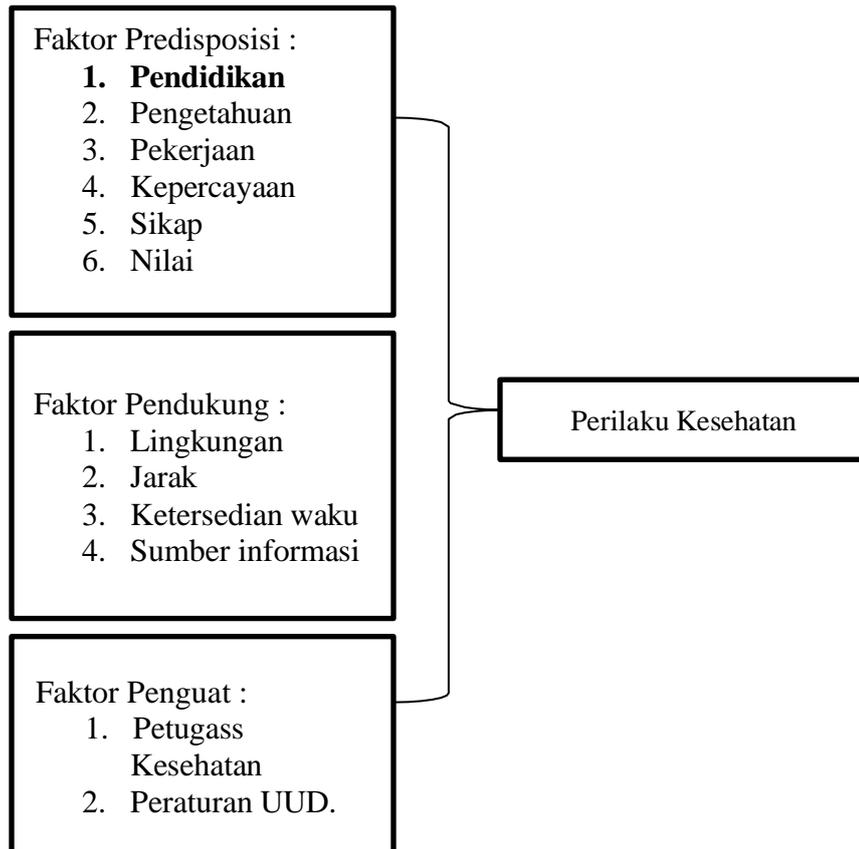
Menurut Penelitian Desy Rahmadani, yang berjudul Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Tahun 2022. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi di RSUD Abdul Moelok Provinsi Lampung tahun 2022. Desain penelitian Analitik dengan pendekatan secara *cross sectional* dan jenis kuantitatif. Populasi adalah pasien Post Operasi Laparatomi, dengan jumlah sampel 41 responden. Analisis dengan uji *Spearman Rank Fisher's Exact Test*, dan Regresi Logistik. Waktu penelitian mulai 08 Juni 2022 sampai 22 Juli 2022.

Hasil uji Regresi Logistik menunjukkan ada hubungan bermakna antara perilaku mengenai mobilisasi dini terhadap pelaksanaan mobilisasi dini dimana p-value 0,000 ($< \alpha 0,005$) yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi Laparatomi.

Menurut Penelitian Cici (2017) tentang pengaruh promosi dan edukasi kesehatan terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post partum dengan sectio caesarea dengan nilai p value 0,00 yang artinya ada pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post operasi Laparatomi Di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

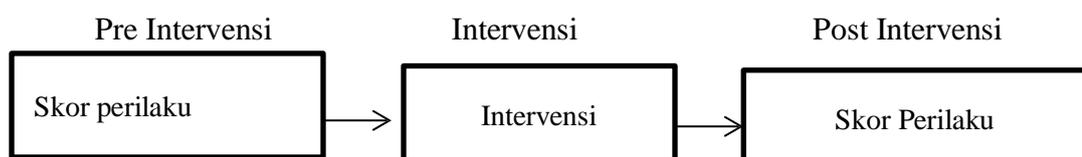
E. Kerangka Teori

Kerangka teori yang akan di jadikan dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan dalam rangka merubah perilaku individu menurut L.Green (1980) dalam Notoadmodjo (2010). Faktor – faktor yang menunjang dalam promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan merubah perilaku individu untuk hidup sehat memiliki 3 komponen utama yaitu factor predisposisi, Faktor Pendukung, dan factor penguat.



Gambar 2.2 Sumber : L.Green 1980 dalam Notoadmodjo (2010)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

a. Hipotesis Alternatif (H_a)

Ada pengaruh edukasi kesehatan terhadap Perilaku mobilisasi dini pada pasien post operasi Laparatomy di RSUD Abdul Moelok Lampung.

b. Hipotesis Nol (H_0)

Tidak ada pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku mobilisasi dini pada pasien post op Laparatomy di RSUD Abdul Moelok Lampung.