

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Mobilisasi Dini**

##### **1. Pengertian Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner, 2008). Mobilisasi dini pada pasien post operasi merupakan kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya selekas mungkin untuk berjalan serta beraktifitas (Fitriani *et al.*, 2023).

##### **2. Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini**

Tujuan dari melakukan mobilisasi awal segera setelah operasi, menurut Merdawati (2018), meliputi beberapa hal berikut:

- a. Menghindari sembelit atau konstipasi
- b. Meningkatkan sirkulasi darah
- c. Memperbaiki kualitas pernapasan
- d. Mempercepat proses penyembuhan jahitan operasi
- e. Memulihkan kemampuan aktivitas pasien agar bisa bergerak secara normal dan memenuhi kebutuhan gerak sehari-hari
- f. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien pasca-operasi.

Mobilisasi dini tidak hanya penting bagi pasien yang menjalani operasi perut, tetapi juga bagi pasien yang mengalami patah tulang. Biasanya, pasien dengan patah tulang disarankan untuk total istirahat dan membatasi gerakan (imobilisasi) selama 24-48 jam pasca-operasi. Namun, setelah periode tersebut, dianjurkan untuk segera melakukan mobilisasi. Sebagaimana Maharani dan Waluyo (2013) jelaskan, mobilisasi awal sangat bermanfaat bagi pasien, termasuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi rasa nyeri pasca-operasi, selain penggunaan obat-obatan anti-

nyeri. Selain itu, mobilisasi dini juga mendukung percepatan penyembuhan, khususnya pada luka operasi.

### **3. Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini**

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), apabila pasien tidak segera mobilisasi setelah operasi, risiko komplikasi meningkat, termasuk atelektasis, pneumonia hipostatik, gangguan pada sistem pencernaan, masalah sirkulasi, dan dekubitus. Mobilisasi dini berperan penting dalam memperlancar sirkulasi dan oksigenasi, yang sangat mendukung proses penyembuhan luka. Tanpa sirkulasi dan oksigenasi yang adekuat, penyembuhan luka bisa terhambat. Selain itu, tidak bergerak dapat menyebabkan peningkatan rasa sakit karena pasien tidak belajar beradaptasi dengan kondisi luka, membuat tubuh menjadi pegal dan kaku, serta menyebabkan luka dan lecet pada kulit. Akibatnya, ini dapat memperpanjang masa perawatan di rumah sakit dan meningkatkan biaya yang dikeluarkan. Oleh karena itu, sangat dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi biaya perawatan.

### **4. Prosedur Tahapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi *Hernioraphy***

Mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post operasi *hernioraphy*, dengan durasi  $\pm 15-30$  menit per sesi disesuaikan dengan kemampuan pasien. Mobilisasi dini dalam pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, berikut adalah tahapan mobilisasi dini menurut (Fitriani *et al.*, 2023) :

#### **a. Pada hari pertama/ 6-10 jam pertama post operasi *hernioraphy***

Setelah 6-10 jam pasien istirahat tirah baring. Mobilisasi yang dilakukan yaitu :

Melatih rom pasif anggota gerak atas meliputi :

- 1) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
- 2) Fleksi dan ekstensi siku
- 3) Pronasi dan supinasi lengan bawah

- 4) Fleksi dan ekstensi bahu
- 5) Abduksi dan adduksi bahu
- 6) Rotasi bahu

Melatih rom pasif anggota gerak bawah meliputi :

- 1) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
- 2) Inversi dan eversi kaki
- 3) Fleksi dan ekstensi lutut
- 4) Rotasi pangkal paha
- 5) Abduksi dan adduksi pangkal paha (setiap gerakan 8 hitungan diulangi sebanyak 3kali)

Melatih pasien miring kanan dan miring kiri untuk mencegah trombosis dan trombo emboli masing-masing selama 5 menit.

b. Pada hari kedua post operasi *hernioraphy*

Pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk pada hari kedua post operasi paling sedikit 15 menit baik bersandar ataupun tidak bersandar. Kemudian fase selanjutnya duduk diatas tempat tidur dengan kaki dijatuhkan sambil digerak-gerakan selama 10 menit. Jika pasien sudah merasa kuat dan tidak ada keluhan pusing minta pasien untuk latihan berdiri berdiri secara mandiri atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan berpegangan dengan keluarga atau perawat. Jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.

c. Pada hari ketiga setelah post operasi *hernioraphy*

Pada hari ketiga pasien diharuskan untuk dapat berjalan secara mandiri seperti berjalan di sekitar kamar dan ke kamar mandi. Ratarata pasien yang di rawar di ruangan jika tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya pasien sudah bisa berdiri dan berjalan secara mandiri. Hal ini harus dilakukan, karena pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktifitas biasa sesegera mungkin agar fungsi tubuh dapat kembali normal.

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.

## **B. Konsep Hernia**

### **1. Definisi Hernia**

Menurut Kamus Kedokteran Dorland (2012), hernia adalah penonjolan abnormal bagian dari organ atau struktur tubuh lain melalui lubang alami atau abnormal pada selaput pembungkus, membran, otot, atau tulang. Istilah hernia berasal dari kata lain yang berarti ruptur. Hernia didefinisikan sebagai penonjolan abnormal organ atau jaringan melalui area yang lemah (defek) pada dinding tubuh. Meskipun hernia dapat muncul di berbagai bagian tubuh, sebagian besar kasus melibatkan dinding perut (Townsend *et al*. 2016).

### **2. Etiologi**

Menurut Townsend *et al*. (2016), Lawrence (2003), serta Schwartz dan Brunicardi (2010), beberapa penyebab hernia meliputi:

- a. Lemahnya dinding rongga perut, baik yang sudah ada sejak lahir maupun yang didapat selama hidup.
- b. Akibat pembedahan sebelumnya.

c. Kongenital:

- 1) Hernia kongenital sempurna, yaitu bayi sudah mengalami hernia sejak lahir karena adanya defek pada tempat tertentu.
  - 2) Hernia kongenital tidak sempurna, yaitu bayi lahir normal tetapi memiliki defek tersembunyi di tempat tertentu yang dapat menyebabkan hernia beberapa bulan setelah lahir akibat peningkatan tekanan intra-abdominal (misalnya, saat mengejan, batuk, atau menangis).
  - 3) Didapat/Aquisata, yaitu hernia yang muncul karena faktor-faktor yang dialami selama hidup, seperti:
    - 4) Tekanan intra-abdominal yang tinggi, sering dialami oleh pasien yang sering mengejan saat buang air besar atau kecil, batuk kronis, dan asites.
    - 5) Konstitusi tubuh, orang kurus cenderung terkena hernia karena sedikitnya jaringan ikat, sedangkan orang gemuk juga rentan karena banyaknya jaringan lemak yang menambah beban kerja jaringan ikat penyokong.
    - 6) Kelemahan konjoin tendon atau ruptur beberapa serabut, yang bisa disebabkan oleh mengangkat beban berat, post apendektomi (trauma pada nervus ilioinguinalis), atau penyakit kronis yang menyebabkan kelemahan fascia transversalis di trigonum Hesselbach.
- d. Banyaknya lemak pre-peritoneal, yang sering terjadi pada orang gemuk.
- e. Distensi dinding abdomen akibat peningkatan tekanan intra-abdominal.
- f. Sikatrik (jaringan parut).
- g. Penyakit yang melemahkan dinding perut.
- h. Merokok.
- i. Diabetes mellitus.

### 3. Manifestasi Klinis

Sebagian besar hernia inguinalis bersifat asimtomatik dan biasanya ditemukan selama pemeriksaan fisik rutin dengan palpasi benjolan pada annulus inguinalis superfisialis atau kantong setinggi annulus inguinalis profundus. Pasien yang simptomatik mungkin mengalami nyeri saat istirahat dan/atau selama aktivitas berat. Jika nyeri bertambah parah atau terdapat gejala toksik, maka kecurigaan atas hernia strangulata harus meningkat (Townsend *et al.* 2016; Kahan dan Raven, 2011).

Pada orang dewasa, keluhan umumnya berupa benjolan di lipat paha yang muncul saat mengejan, batuk, atau mengangkat benda berat, dan menghilang saat istirahat atau berbaring. Pada bayi dan anak-anak, benjolan yang hilang timbul di lipat paha biasanya diketahui oleh orang tua. Jika hernia terjadi pada anak atau bayi, gejalanya dapat berupa kegelisahan, sering menangis, dan kadang-kadang perut kembung, sehingga kemungkinan hernia strangulata harus dipertimbangkan.

Selama inspeksi, perlu diperhatikan keadaan asimetri pada kedua sisi lipat paha, skrotum/labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengejan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan asimetri dapat terlihat. Palpasi dilakukan ketika terdapat benjolan hernia, dengan meraba konsistensinya dan mencoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan tereposisi, cincin hernia dapat diraba, biasanya berupa annulus inguinalis yang melebar (Sjamsuhidajat, 2010).

Gambaran klinis yang penting dalam penilaian hernia inguinalis meliputi tipe, penyebab, dan gambaran klinis. Pada hernia inguinalis direk, isi hernia tidak terkontrol oleh tekanan pada cincin internal, secara khas menyebabkan benjolan ke depan pada lipat paha dan tidak turun ke dalam skrotum. Sebaliknya, pada hernia inguinalis indirek, isi hernia dikontrol oleh tekanan yang melewati cincin internal dan sering kali turun ke dalam skrotum (Liu & Campbell, 2011).

#### 4. Penatalaksanaan Hernia

##### a. Konservatif

Pengobatan konservatif hernia terbatas pada tindakan reposisi dan penggunaan penyangga untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi.

- 1) Reposisi: Tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata, kecuali pada anak-anak. Reposisi dilakukan secara bimanual, di mana tangan kiri memegang isi hernia membentuk corong sementara tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan tekanan lambat namun tetap hingga reposisi terjadi. Pada anak-anak, inkarserasi lebih sering terjadi pada usia di bawah dua tahun. Reposisi spontan lebih sering terjadi, dan gangguan vitalitas isi hernia jarang terjadi dibandingkan dengan orang dewasa, karena cincin hernia yang lebih elastis pada anak-anak (Townsend *et al.* 2016).
- 2) Bantalan penyangga: Digunakan untuk menahan hernia yang telah direposisi, namun tidak pernah menyembuhkan hernia, sehingga harus dipakai seumur hidup. Metode ini telah digunakan lebih dari 4.000 tahun dan masih digunakan hingga kini, meskipun tidak dianjurkan karena memiliki komplikasi, seperti merusak kulit dan tonus otot dinding perut di area yang tertekan, serta ancaman strangulasi tetap ada. Pada anak-anak, metode ini dapat menyebabkan atrofi testis karena tekanan pada tangki sperma yang mengandung pembuluh darah testis (Townsend *et al.* 2016).

##### b. Operatif

Umumnya, semua hernia inguinalis memerlukan operasi untuk mencegah risiko pembesaran, inkarserasi, dan strangulasi. Tujuannya adalah mereduksi hernia ke dalam kavum abdomen dan memperbaiki defek. Prosedur operasi dapat dilakukan secara terbuka atau laparoskopik. Pilihan operasi mencakup penjahitan defek, pemasangan

barrier Mesh untuk menutupi defek, atau pemasangan "sumbat" Mesh untuk mengisi defek.

Reduksi manual secara perlahan-lahan pada hernia inkarserata dapat dicoba dengan atau tanpa analgesia atau sedasi. Namun, operasi darurat diperlukan untuk hernia strangulata atau hernia inkarserata yang tidak dapat direduksi secara manual. Selama repair hernia, visualisasi langsung usus yang mengalami strangulasi diperlukan untuk menentukan viabilitas usus (Kahan dan Raven, 2011).

Operasi merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis yang rasional, dan indikasi operasi sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Prinsip dasar operasi hernia terdiri dari herniotomi dan hernioplasti (Townsend *et al.* 2016).

- 1) Herniotomi: Prosedur ini melibatkan pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya. Kantong hernia kemudian dibuka, dan jika ada perlekatan, isi hernia dibebaskan sebelum direposisi. Kantong hernia dijahit-ikat setinggi mungkin lalu dipotong (Lutfi dan Thalut, 2007). Herniotomi biasanya dilakukan pada anak-anak karena penyebabnya sering kali adalah masalah kongenital, yaitu prosessus vaginalis yang tidak menutup (Sjamsuhidajat, 2010).
- 2) Hernioplasti: Pada prosedur ini, dilakukan tindakan memperkecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis. Hernioplasti lebih penting dalam mencegah terjadinya residif dibandingkan dengan herniotomi. Berbagai metode hernioplasti meliputi memperkecil annulus inguinalis internus dengan jahitan tertutup, menutup dan memperkuat fascia transversal, serta menjahitkan pertemuan muskulus transversus internus abdominis dan muskulus obliquus internus abdominis (konjoin tendon) ke ligamentum inguinal (metode Bassini) atau menjahitkan fascia transversa, muskulus transversus abdominis, dan muskulus obliquus internus abdominis ke ligamentum Cooper (metode McVay) (Townsend *et al.* 2016).



- 3) Herniorafi: Prosedur ini melibatkan pembuangan kantong hernia disertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah di belakang kanalis inguinalis. Herniorafi dilakukan pada orang dewasa karena adanya kelemahan otot atau fasia dinding belakang abdomen (Townsend *et al.* 2016).

### C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali membaik.

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

##### a. Identitas pasien

Identitas Pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, no medrec.

##### b. Riwayat kesehatan

###### 1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op *hernioraphy* adalah nyeri.

###### 2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan post operasi *hernioraphy* mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan

dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

a) P (*Provokatif* atau *Paliatif*)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi *hernioraphy* biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri 19 berkurang bila Pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

b) Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien. Pada Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala  $\geq 5$  (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas (Aprilia, 2020; Nugraha, 2020).

c) R (*Regional* atau *area radiasi*)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

d) S (*Skala, Severity*)

Yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020).

e) T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Nugraha, 2020).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan.

a) Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.

b) Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

5) Aktivitas sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, personal hygiene, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, personal hygiene kurang terpenuhi (Nugraha, 2020).

6) Pemeriksaan fisik kasus *hernioraphy*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post *hernioraphy*, antara lain, sebagai berikut.

a) Kondisi umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

b) Sistem pernafasan

Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan peningkatan frekuensi nafas. Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya mengalami peningkatan

frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri (Aprilia, 2020).

c) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

d) Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi *hernioraphy* di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual (Aprilia, 2020).

e) Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi *hernioraphy* pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

f) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi *hernioraphy* tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

g) Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi *hernioraphy*. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi *hernioraphy* (biasanya pasien dipuasakan) (Aprilia, 2020).

h) Sistem musculoskeletal

Pasien post operasi *hernioraphy* dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan efek samping dari anestesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

i) Sistem integument

Terdapat luka post operasi *hernioraphy* di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

j) Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

k) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi *hernioraphy* biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

7) Riwayat psikologi

a) Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

b) Data sosial

Kaji ubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

c) Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020)

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

Menurut Haryono (2016) semua prosedur diagnostic dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

- a) *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
- b) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- c) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa post operasi dalam (SDKI, 2017) yang mungkin muncul adalah:

a. Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

**Tabel 2.1**  
Diagnosa Nyeri Akut

<b>Penyebab</b>	
1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	
<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	
<b>Subjektif</b> 1) Mengeluh nyeri	<b>Objektif</b> 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur
<b>Tanda dan Gejala Minor</b>	
<b>Subjektif</b> <i>(tidak tersedia)</i>	<b>Objektif</b> 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
<b>Kondisi Klinis Terkait</b>	
1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom koroner akut 5) Glaukoma	

b. Risiko infeksi (D.0142)

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

**Tabel 2.2**  
Diagnosa Risiko Infeksi

<b>Faktor Risiko :</b> Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah: 1) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2) Efek prosedur invasif 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer a) gangguan peristaltik; b) Kerusakan integritas kulit; c) Perubahan sekresi pH; d) Penurunan kerja siliaris; e) Ketuban pecah lama; f) Ketuban pecah sebelum waktunya; g) Merokok;
--

<ul style="list-style-type: none"> <li>h) Statis cairan tubuh.</li> <li>6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Penurunan hemoglobin;</li> <li>b) Imunosupresi;</li> <li>c) Leukopenia;</li> <li>d) Supresi respon inflamasi;</li> <li>e) Vaksinasi tidak adekuat</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) AIDS</li> <li>2) Luka bakar</li> <li>3) PPOK</li> <li>4) Diabetes mellitus</li> <li>5) Tindakan invasive</li> <li>6) Kondisi penggunaan terapi steroid</li> <li>7) Penyalahgunaan obat</li> <li>8) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)</li> <li>9) Kanker</li> <li>10) Gagal ginjal</li> <li>11) Imunosupresi</li> <li>12) <i>Lymphedema</i></li> <li>13) Leukositopenia</li> <li>14) Gangguan fungsi hati</li> </ul>

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

**Tabel 2.3**  
Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

<p><b>Penyebab</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2) Perubahan metabolisme</li> <li>3) Ketidakbugaran fisik</li> <li>4) Penurunan kendali otot</li> <li>5) Penurunan massa otot</li> <li>6) Penurunan kekuatan otot</li> <li>7) Keterlambatan perkembangan</li> <li>8) Kekakuan sendi</li> <li>9) Kontraktur</li> <li>10) Malnutrisi</li> <li>11) Gangguan musculoskeletal</li> <li>12) Gangguan neuromuscular</li> <li>13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14) Efek agen farmakologis</li> <li>15) Program pembatasan gerak</li> <li>16) Nyeri</li> <li>17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18) Kecemasan</li> <li>19) Gangguan kognitif</li> <li>20) Keengganan melakukan pergerakan</li> <li>21) Gangguan sensori-persepsi</li> </ul>
--



<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	
Subjektif 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun
<b>Tanda dan Gejala Minor</b>	
Subjektif 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak	Objektif 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah
<b>Kondisi Klinis Terkait</b> 1) Stroke 2) Cedera medula spinalis 3) Trauma 4) Fraktur 5) Osteoarthritis 6) Osteomalasia 7) Keganasan 8) Enterokolitis 9) Fibrosis kistik	

### 3. Perencanaan Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

**Tabel 2.4**  
Intervensi Manajemen Nyeri

<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>
<b>Definisi</b> Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.
<b>Tindakan</b>
<b>Observasi</b> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri

3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik
<b>Terapeutik</b> 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
<b>Edukasi</b> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
<b>Kolaborasi</b> A. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif post pembedahan (SDKI D.0142)

Tujuan : Tingkat Infeksi (L.14137), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat infeksi pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

**Tabel 2.5**  
Intervensi Pencegahan Infeksi

<b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b>
<b>Definisi</b>
Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.
<b>Tindakan</b>
<b>Observasi</b>
1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2) Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol>
<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3) Ajarkan etika batuk</li> <li>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol>
<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D. 0054)

Tujuan : Mobilitas fisik meningkat (L.03030), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

**Tabel 2.6**  
Intervensi Dukungan Ambulasi

<b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b>
<b>Definisi</b>
Dukungan ambulasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.
<b>Tindakan</b>
<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol>
<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol>
<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>

<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b>
<b>Definisi</b>
Dukungan mobilisasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.
<b>Tindakan</b>
<b>Observasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol>
<b>Terapeutik</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>
<b>Edukasi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nugraha, 2020). Implementasi pada pasien pasca operasi *hernioraphy* dilakukan 3-5 hari (Ramadhania, 2022).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa relaksasi otot progresif yang berhubungan dengan prosedur pasien post operasi *hernioraphy*.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi relaksasi otot progresif: keluhan nyeri

menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

#### **D. Konsep Intervensi Edukasi Mobilisasi Dini**

##### **1. Pengertian Edukasi Kesehatan**

Di Indonesia, istilah yang umum digunakan untuk edukasi kesehatan adalah penyuluhan. Banyak ahli memiliki definisi masing-masing mengenai edukasi kesehatan ini. Misalnya, edukasi kesehatan sering digambarkan sebagai bagian dari program kesehatan dan kedokteran yang bertujuan untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat guna mendukung pencapaian tujuan pengobatan, pencegahan penyakit, dan peningkatan kesehatan (Rakhmat, 2011). Menurut Notoatmodjo (2008), edukasi kesehatan adalah proses yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka, baik dari segi fisik, mental, maupun sosial.

##### **2. Tujuan Edukasi Kesehatan**

Visi umum pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial, sehingga mereka dapat menjadi produktif secara ekonomi dan sosial. Nursalam & Efendi (2009) menjelaskan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah menghasilkan perubahan sikap dan perilaku pada individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat untuk membina dan memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Menurut Notoatmodjo (2008), terdapat tiga butir utama dalam misi pendidikan kesehatan:

- a. Advokat (Advocate): Melakukan advokasi kepada para pengambil keputusan dalam berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.

- b. Menjembatani (Mediate): Menjadi penghubung dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Dalam mencapai kerja sama atau kemitraan, peran pendidikan kesehatan sangat penting.
- c. Memampukan (Enable): Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara kesehatan.

Menurut Nursalam & Efendi (2009), hakikat pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Merupakan salah satu cara untuk memecahkan masalah kesehatan dengan pendekatan pendidikan.
- b. Berfungsi sebagai penerangan dalam upaya memecahkan masalah kesehatan masyarakat.
- c. Usaha atau kegiatan yang membantu individu, keluarga, atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan/perilaku untuk mencapai kesehatan yang optimal.
- d. Proses pendidikan melibatkan pertumbuhan dan perkembangan; perubahan ke arah yang lebih baik, lebih dewasa, dan lebih matang pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- e. Komponen vital dalam pendidikan kesehatan adalah peningkatan, pemeliharaan, dan perbaikan kesehatan yang mengandalkan pemahaman pasien tentang syarat-syarat pemeliharaan kesehatan.
- f. Salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan.
- g. Merupakan peran yang harus dilaksanakan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.

### **3. Media Pendidikan Kesehatan**

Media memiliki peran penting sebagai alat bantu dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Menurut Notoadmojo (2012), alat-alat bantu tersebut berfungsi untuk:

- a. Menarik minat sasaran pendidikan.
- b. Menjangkau lebih banyak sasaran.
- c. Mengatasi berbagai hambatan pemahaman.

- d. Mendorong sasaran pendidikan untuk menyebarkan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian informasi atau bahan kesehatan.
- f. Mempermudah penerimaan informasi oleh masyarakat.
- g. Membangkitkan keinginan untuk mengetahui lebih lanjut, mendalami, dan memahami dengan lebih baik.
- h. Memperkuat pengertian yang telah diperoleh.

Menurut Notoatmodjo (2012), media penyuluhan dapat dibagi berdasarkan stimulasi indra, pembuatan dan penggunaannya, serta fungsinya sebagai penyalur media kesehatan.

- a. Berdasarkan Stimulasi Indra:
  - 1) Alat Bantu Lihat (Visual Aid): Membantu menstimulasi indra penglihatan.
  - 2) Alat Bantu Dengar (Audio Aid): Membantu menstimulasi indra pendengaran saat penyampaian bahan pendidikan.
  - 3) Alat Bantu Lihat-Dengar (Audio Visual Aid): Kombinasi alat bantu lihat dan dengar.
- b. Berdasarkan Pembuatan dan Penggunaan:
  - 1) Alat Peraga atau Media yang Rumit: Seperti film, film strip, slide yang memerlukan listrik dan proyektor.
  - 2) Alat Peraga Sederhana: Mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat.
- c. Berdasarkan Fungsinya sebagai Penyalur Media Kesehatan:
  - 1) Media Cetak:
    - a) Leaflet: Informasi kesehatan dalam bentuk lembaran lipat yang praktis, mudah disebarkan, dan ekonomis, meskipun kurang tahan lama dan mudah hilang.
    - b) Booklet: Menyampaikan pesan kesehatan melalui tulisan dan gambar dalam bentuk buku kecil.

- c) Flipchart: Buku dengan gambar peragaan dan kalimat pesan kesehatan di baliknya, mudah dibawa dan digunakan, tetapi kurang efektif untuk kelompok besar.
- 2) Media Elektronik:
- a) Video atau Filmstrip: Memberikan visualisasi yang nyata dan memicu diskusi, mudah digunakan, tetapi membutuhkan listrik dan ahli profesional, serta biaya tinggi.
  - b) Slide: Efektif untuk kelompok besar, mudah dibuat, tetapi membutuhkan listrik dan ruangan agak gelap.

## **E. Konsep Metode Demonstrasi**

### **1. Pengertian**

Metode demonstrasi adalah salah satu teknik pendidikan kesehatan di mana instruktur menunjukkan secara langsung cara melakukan suatu prosedur atau teknik kepada audiens (Bhoki, 2023). Metode ini efektif untuk mengajarkan keterampilan praktis dan memastikan pemahaman yang lebih mendalam melalui pengamatan langsung dan partisipasi.

### **2. Tujuan Metode Demonstrasi**

Tujuan metode demonstrasi menurut Aditia *et al.* (2023) adalah sebagai berikut:

- a. Mengajarkan Keterampilan Praktis: Memastikan bahwa peserta mampu melakukan prosedur atau teknik kesehatan tertentu dengan benar.
- b. Meningkatkan Pemahaman: Membantu peserta memahami langkah-langkah dan konsep melalui pengamatan langsung.
- c. Meningkatkan Retensi: Pengalaman langsung membantu peserta mengingat informasi lebih baik.
- d. Meningkatkan Kepercayaan Diri: Peserta yang telah melihat dan mencoba sendiri akan merasa lebih percaya diri dalam menerapkan keterampilan tersebut.



- e. Menyediakan Umpan Balik Langsung: Instruktur dapat memberikan koreksi dan saran secara langsung selama demonstrasi.

### **3. Kelebihan Metode Demonstrasi**

- a. Pengajaran Keterampilan Praktis

Demonstrasi memungkinkan peserta melihat langsung cara melakukan suatu prosedur, sehingga lebih mudah memahami dan mempraktikkan keterampilan tersebut.

- b. Pembelajaran Aktif

Peserta terlibat secara aktif dalam proses pembelajaran, yang meningkatkan retensi informasi dan keterampilan.

- c. Umpan Balik Langsung

Instruktur dapat memberikan koreksi dan saran secara langsung, membantu peserta memperbaiki kesalahan dan memahami langkah-langkah dengan benar.

- d. Visualisasi yang Jelas

Demonstrasi memberikan visualisasi nyata dari konsep atau teknik yang diajarkan, yang membantu peserta memahami lebih baik dibandingkan hanya melalui penjelasan verbal atau tulisan.

- e. Meningkatkan Kepercayaan Diri

Peserta yang telah melihat dan mencoba sendiri cenderung lebih percaya diri dalam menerapkan keterampilan yang dipelajari.

- f. Interaksi yang Lebih Baik

Meningkatkan interaksi antara instruktur dan peserta, serta di antara peserta sendiri, melalui diskusi dan praktik bersama.

#### **4. Kekurangan Metode Demonstrasi**

a. Waktu dan Sumber Daya

Demonstrasi sering memerlukan waktu dan persiapan yang lebih banyak, serta sumber daya yang memadai, termasuk alat dan bahan yang sesuai.

b. Jumlah Peserta Terbatas

Efektivitas demonstrasi berkurang jika jumlah peserta terlalu banyak, karena sulit memastikan setiap peserta dapat melihat dan terlibat secara langsung.

c. Ketergantungan pada Keterampilan Instruktur

Kebhasilan demonstrasi sangat bergantung pada keterampilan dan kemampuan instruktur dalam menjelaskan dan menunjukkan prosedur.

d. Keterbatasan Lingkungan

Memerlukan lingkungan yang sesuai, misalnya ruangan yang cukup besar atau fasilitas yang mendukung demonstrasi, yang tidak selalu tersedia.

e. Kemungkinan Hambatan Teknis

Alat atau bahan yang digunakan dalam demonstrasi mungkin mengalami kerusakan atau tidak berfungsi dengan baik, yang dapat mengganggu proses pembelajaran.

f. Penyesuaian dengan Tingkat Pemahaman Peserta

Sulit untuk menyesuaikan demonstrasi dengan tingkat pemahaman dan keterampilan yang bervariasi di antara peserta, yang dapat menyebabkan beberapa peserta kesulitan mengikuti.

## F. Jurnal Terkait

**Tabel 2.7**  
Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode	Hasil
1	Pengaruh Edukasi Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Tingkat Kemandirian Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendektomi	Metode penelitian yang digunakan adalah quasi-exsperimen dengan desain One group pretest-posttest design. Pengambilan sampel menggunakan Purposive Sampling (Judgmental Sampling) dengan jumlah sampel 32	Hasil uji statistic menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test nilai p value 0,001 nilai tersebut lebih kecil dari $\alpha$ 0,05 dengan demikian Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima $H_0$ ditolak artinya terdapat pengaruh signifikan antara tingkat kemandirian mobilisasi dini pada pasien post operasi apendektomi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi edukasi mobilisasi dini dengan metode demonstrasi.
2	Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang	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.	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 $H_a$ 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 rerata perilaku mobilisasi adalah 7 atau kategori sedang.
3	Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah Rsud Kota Makassar	Metode yang dilakukan yaitu dengan pemberian edukasi dengan ceramah dan demonstrasi cara melakukan gerakan mobilisasi pasca operasi.	Hasil yang didapatkan yaitu terdapat peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga tentang pentingnya mobilisasi dini pasca operasi dan gerakan yang dapat dilakukan pasca operasi. Pengetahuan pasien dan keluarga meningkat menjadi 83.33% dengan pengetahuan baik.
4	Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Penerapan Therapy Mobilisasi Dini Terhadap Percepatan Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Apendiktomi Di	Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus. Subyek yang digunakan 1 orang pasien post operasi apendiktomi. Analisa data dilakukan menggunakan analisa deskriptif, data di kumpulkan melalui observasi,	Hasil penerapan menunjukkan setelah dilakukan mobilisasi dini luka terlihat baik dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

	Ruang Dahlia RSUD dr. T.C. Hillers Maumere	wawancara, dan study dokumentasi.	
5	Pengaruh edukasi ROM aktif kombinasi media booklet dan demonstrasi terhadap kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi fraktur	Desain penelitian ini dengan quasi eksperimen dan jenis kuantitatif. Populasi adalah pasien post fraktur di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro tahun 2021, dengan sampel sebanyak 32 responden. Analisis dengan uji T test Independen. Waktu penelitian mulai 01 Juni sampai 17 Juli 2021.	Hasil menunjukkan rata-rata kemampuan mobilisasi pada kelompok eksperimen dengan edukasi ROM aktif kombinasi media booklet dan demonstrasi adalah 17,19, sedangkan rata-rata kemampuan mobilisasi pada kelompok kontrol (tanpa edukasi ROM aktif kombinasi media booklet dan demonstrasi) adalah 14,88. Hasil analisis menunjukkan hasil $p\text{-value} = 0,04$