

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Deskripsi Konseptual**

##### **1. Konsep Mobilisasi Dini**

###### **a. Definisi Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini merupakan perawatan khusus yang diberikan pada pasien pasca pembedahan. Tindakan ini dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur seperti latihan pernafasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Merdawati, 2018).

Mobilisasi dini adalah kegiatan bergerak atau berpindah dan berubah posisi di tempat tidur untuk membantu mencegah terjadinya komplikasi paru dan sirkulasi, mencegah dekubitus, menstimulasi peristaltik dan mengurangi nyeri (Maryunani, 2014).

###### **b. Tujuan Mobilisasi Dini**

Tujuan dari dilakukannya mobilisasi dini adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar BAB dan BAK, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali memenuhi kebutuhan gerak hariannya dan mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi (Merdawati, 2018).

c. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Bahiyatun (2009) dalam Wati (2021) terdapat manfaat mobilisasi dini yaitu:

- a. Mencegah Hipotensi (tekanan darah rendah)
- b. Hilangnya kekuatan otot
- c. Mengurangi tekanan pada kulit
- d. Meningkatkan kekuatan otot
- e. Mencegah konstipasi (susah BAB)

d. Tahap Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Menurut Rismalia (2010) perbedaan mobilisasi dini antara pasien dengan anastesi spinal dan anastesi umum adalah waktu pelaksanaannya. Mobilisasi dini pada pasien dengan anastesi spinal dapat dilakukan pada 24 jam setelah operasi sedangkan pada pasien dengan anastesi umum dapat dilakukan sedini mungkin mulai dari 6-12 jam setelah operasi.

Menurut Kasdu (2003) dalam Wati (2021) mobilisasi dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada pasien general anastesi :

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama klien harus tirah baring terlebih dahulu. Mobilisasi dini yang biasa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki, dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeserkan kaki. Bertujuan agar organ pencernaan kembali normal.
- b. Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring kanan dan kekiri mencegah thrombosis dan trombo emboli.
- c. Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah klien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan.

e. Jenis Rentang Gerak

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. 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.

3. Rentang gerak Fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan misalnya belajar bangun dari tempat tidur.

f. Factor factor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut Habiawati (2018) faktor – faktor yang mempengaruhi mobilisasi, yaitu:

1. Gaya hidup

Seseorang dapat melakukan mobilisasi dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan dimana seseorang itu tinggal (Masyarakat).

2. Jenis kelamin

Gill (1990) dalam Umar Erna, *at all.* (2018) mengungkapkan laki-laki dan perempuan tidak memiliki perbedaan secara signifikan dalam tingkat atau skala nyeri terutama yang ditimbulkan karena post operasi. Beberapa journal atau penelitian menyebutkan masalah jenis kelamin lebih dilihatnya dari sisi kultur. Bila laki-laki dilarang mengeluh dan perempuan boleh mengeluh bila terasa

sakit/nyeri.

### 3. Energi

Energi sangat dibutuhkan untuk melakukan banyak hal, salah satunya adalah mobilisasi. Dalam melakukan mobilisasi, cadangan energi yang dimiliki oleh setiap orang sangatlah beragam. Disamping itu, kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor untuk mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

### 4. Keberadaan nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya. (Perry dan Potter, 1993).

### 5. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan.

Tabel 2.1 Katagori Usia Menurut Departemen Kesehatan RI

Katagori	Usia
Balita	0-5 Tahun
Kanak – Kanak	5-11 Tahun
Remaja Awal	12-16 Tahun
Remaja Akhir	17-25 Tahun
Dewasa Awal	26-35 Tahun
Dewasa Akhir	36-45 Tahun
Lansia Awal	46-55 Tahun
Lansia Akhir	56-65 Tahun
Manula	>65 Tahun

#### 6. Tingkat Kecemasan

Yang mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas). Ansietas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2008).

#### 7. Tingkat pengetahuan

Informasi mengenai apa yang diharapkan termasuk sensasi selama dan setelah penanganan dapat memberanikan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan dan penerapan penanganan. Informasi khusus mengenaiantisipasi peralatan misalnya penanganan alat fiksasi eksternal, alat bantu ambulasi (trapeze, walker, tongkat), latihan dan medikasi harus didiskusikan dengan pasien. Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien.

#### 8. Dukungan keluarga

Keterlibatan anggota keluarga dalam rencana asuhan keperawatan pasien dapat memfasilitasi proses pemulihan (Sjamsuhidajat & Jong ,2005 dalam Rachmawati, 2016). Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasional yang bersifat mendukung pelaksanaan mobilisasi dini. Keluarga selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan dalam pelaksanaan mobilisasi. (Friedman 2013, dalam Dini Qurrata Ayuni, 2020)

## 9. Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat menurunkan kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik, seseorang yang menjalani perasaan tidak aman, tidak bersemangat, dan harga diri rendah, akan mudah mengalami perubahan dalam mekanika tubuh dan ambulasi.

## 10. Motivasi

Motivasi adalah suatu tindakan yang dilakukan seseorang untuk membantu mendorong orang lain agar menambah rasa kemauan untuk melakukan sesuatu. Motivasi adalah serangkaian sikap dan nilai yang mempengaruhi individu untuk mencapai hal yang spesifik sesuai dengan tujuan individu (Bahri, 2018). Motivasi adalah perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku. Dari berbagai macam definisi motivasi, ada tiga hal penting dalam pengertian motivasi, yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan muncul karena seseorang merasakan sesuatu yang kurang, baik fisiologis maupun psikologis. Dorongan merupakan arahan untuk memenuhi kebutuhan sedangkan tujuan adalah akhir dari satu siklus motivasi (Nursalam, 2015).

### g. Mobilisasi Dini Post Operasi Laparatomi

Laparatomi adalah tindakan yang melibatkan rongga abdomen yang dapat dilakukan dengan pembedahan terbuka. 70% dari tindakan operasi di rumah sakit terkait dengan operasi abdomen (Sudoyo, 2014).

Pasca bedah pasien dirawat dengan diobservasi kemungkinan tanda-tanda komplikasi dini, dengan monitor vital sin, local abdomen dan produk drain intraperitoneal.

Lama perawat tidak bisa ditentukan secara pasti, Drain di lepas jika kondisi local baik dan produk minimal.

Tujuan Perawatan Post Laparatomi Menurut Rudi Haryono, (2012) tujuan perawatan post laparatomi antara lain: mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien, mempersiapkan pasien pulang Adapun komplikasi pada pasien laparatomi adalah :

1) Stich abscess

Biasanya muncul pada hari ke 10 post operasi atau bisa juga sebelumnya, sebelum jahitan insisi tersebut diangkat. Abses ini dapat superficial ataupun lebih dalam. Jika dalam ia dapat berupa massa yang teraba di bawah luka, dan terasa nyeri jika diraba. Abses ini biasanya akan diabsorpsi dan hilang dengan sendirinya, walaupun untuk yang superficial dapat kita lakukan insisi pada abses tersebut. Antibiotic jarang diperlukan dalam kasus ini.

2) Infeksi

luka operasi Biasanya jahitan akan terkubur didalam kulit sebagai hasil dari edema dan proses inflamasi sekitarnya, penyebabnya dapat berupa staphylococcus Aureus, E. Colli, streptococcus faecalis, Bacteroides, dsb. Penderitannya biasanya akan mengalami demam, sakit kepala, anorexia, dan malaise. Keadaan dapat diatasi dengan membuka beberapa jahitan untuk mengurangi tegangan dan penggunaan antibiotika yang sesuai. Dan jika keadaanya sudah parahdan berupa suppurasi yang extensive hingga ke dalam lapisan abdomen, maka tindakan drainase dapat dilakukan.

3) Gas gangrene

Biasanya berupa rasa nyeri yang sangat pada luka operasi, biasanya 12-72 jam setelah operasi, peningkatan temperatur (39o- 41o C), takhikardia (120-140/m), shock yang berat. Keadaan ini dapat diatasi dengan melakukan debridement luka di ruang operasi, dan pemberian antibiotika, sebagai pilihan utamanya adalah penicillin 1 juta unit IM dilanjutkan dengan 500.000 unit tiap 8 jam.

#### 4) Hematoma

Kejadian ini kira-kira 2% dari komplikasi operasi. Keadaan ini biasanya hilang dengan sendirinya, ataupun jika hematom itu cukup besar dapat dilakukan aspirasi.

#### 5) Keloid scars

Penyebab dari keadaan ini hingga kini tidak diketahui, hanya memang sebagian orang mempunyai kecenderungan untuk mengalami hal ini lebih dari orang lain. Jika keloid scars yang terjadi tidak terlalu besar maka injeksi triamcinolone ke dalam keloid dapat berguna, hal ini dapat diulangi 6 minggu kemudian jika belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Jika keloid scar nya tumbuh besar, maka operasi excise yang dilanjutkan dengan skin-graft dapat dilakukan.

#### h. Proses Keperawatan dan Mobilitas

Perencanaan meliputi identifikasi hasil yang diharapkan dan sarana atau intervensi untuk memastikan hasil tersebut tercapai. Pada titik ini, perawat juga harus mempertimbangkan bagaimana ia dapat mengimplementasikan rencana asuhan dengan cara yang aman. Menjaga mobilitas dengan cara aman sebagian terletak pada penggunaan gerak tubuh yang bagus. Gerak tubuh dapat dideskripsikan sebagai cara seseorang menggunakan tulang, otot, sendi untuk menghasilkan gerakan. Penggunaan gerak tubuh yang

tepat mencegah luka pada sistem muskuloskeletal. Untuk memperoleh gerak tubuh yang tepat, seseorang harus memelihara pelengkungan dan keseimbangan yang tepat selama bergerak.

Intervensi untuk mobilitas terbagi dalam dua kategori luas yaitu intervensi promosi kesehatan dan intervensi restoratif. Intervensi promosi kesehatan menjaga individu pada level fungsional mereka yang optimal dan menysasar individu yang berisiko mengalami dampak menjadi tidak aktif secara fisik. Intervensi restoratif menysasar individu yang telah mengalami beberapa level imobilitas dan diimplementasikan untuk meminimalkan dampak negatif imobilitas dan untuk memperbaiki pada level fungsional optimal seseorang. Adapun Intervensi yang dapat dilakukan dari intervensi promosi kesehatan dan intervensi restoratif sebagai berikut (Vaughans, 2011) :

a. Intervensi Promosi Kesehatan

Setiap orang harus mengidentifikasi tujuan pribadi untuk beraktivitas dan bekerja supaya mencapai level fungsional optimal. Menurut laporan *surgeon* mengenai aktivitas fisik dan kesehatan. Ada dua komponen utama atas kesuksesan program untuk mempromosikan aktivitas fisik yaitu dengan mengidentifikasi aktivitas menyenangkan yang mampu dilakukan seseorang dan konsistensi dalam melakukan aktivitas. Dengan demikian, perawat harus bekerja dekat dengan pasien secara individu untuk menyesuaikan suatu program yang memenuhi kriteria tersebut.

b. Intervensi Restoratif

Intervensi khusus yang dibutuhkan tergantung pada sebab imobilitas pada pasien dan juga fase penyembuhan. Pembahasan berikut menyoroti intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk pasien yang mengalami gangguan mobilitas :

1) Memposisikan dan memindahkan

Pasien yang tidak dapat bergerak mungkin memerlukan bantuan perawat untuk mengubah posisi atau berpindah dari satu lokasi ke lokasi lain (misal dari tempat tidur ke kursi, dari tempat tidur ke toilet). Memposisikan dan memindahkan dapat menimbulkan masalah kenyamanan pribadi atau dapat sebagai bagian dari intervensi yang diresepkan untuk mencegah komplikasi dan mempromosikan fungsi yang optimal. Ketika memposisikan atau memindah seorang pasien, perawat harus :

- a) Merencanakan bagaimana aktivitas tersebut akan dilakukan sebelum dimulai
  - b) Menggunakan gerak tubuh yang benar.
  - c) Membiarkan pasien membantu sebanyak mungkin.
  - d) Menggunakan peralatan pembantu (kertas gambar, sabuk transfer, lift mekanis, orang lain).
  - e) Memastikan pelengkungan tubuh yang benar (mungkin perlu bantal, belat, penyangga kaki).
  - f) Menghindari tekanan, khususnya pada tulang – tulang yang menonjol (siku, tumit, sacrum).
  - g) Membuat jadwal (setidaknya setiap dua jam)
- 2) Latihan gerak

Mobilitas sendi dipertahankan dengan melakukan latihan gerak tertentu. Latihan gerak dapat dilakukan secara aktif atau pasif. Sebelum memulai latihan gerak, derajat gerakan yang dapat dilakukan tanpa menyebabkan luka harus diperhatikan.

3) Ambulasi

Untuk mempromosikan keamanan dan mencegah luka pada pasien dan perawat, kesiapan pasien untuk berjalan harus dinilai. Ambulasi aktual tidak harus dicoba sampai pasien punya kekuatan yang dibutuhkan dan koordinasi untuk melakukan tugas ini. Latihan perlu dilakukan secara bertahap, mulai dari duduk di tempat tidur berlanjut dengan duduk dengan kaki

berjantai (duduk di sisi tempat tidur dengan kaki pada posisi bergantung). Berjalan harus ditunda jika pasien mengeluh pusing atau jika ada bukti kalau pasien mengalami hipotensi hipostatis. Peralatan pembantu seperti sabuk transfer, tongkat, kruk, atau alat bantu jalan harus digunakan jika perlu.

## **2. Konsep Edukasi**

### **a. Pengertian Edukasi**

Edukasi merupakan bagian dari komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dalam pendidikan kesehatan yang di berikan secara lebih sistematis. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan karena merupakan salah satu peranan yang harus di laksanakan dalam setiap memberikan asuhan keperawatan dimana saja bertugas. Pendidikan kesehatan diidentikkan dengan penyuluhan kesehatan karena keduanya berorientasi kepada perubahan perilaku yang diharapkan yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya.

Penyuluhan pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan diberikan 2 jam sebelum dilakukan operasi dengan tujuan meningkatkan kemampuan adaptasi pasien dalam menjalani rangkaian prosedur pembedahan sehingga klien diharapkan lebih kooperatif dalam perawatan post operasi, dan mengurangi resiko komplikasi post operasi (Ignativicius, 1996). Oleh sebab itu perawat sebaiknya melakukan penyuluhan tentang apa yang harus dilakukan pasca operasi khususnya mobilisasi dini pada saat pre operasi, agar pasien mengetahui apa yang harus mereka lakukan pasca operasi. Mendefinisikan penyuluhan tentang pentingnya

mobilisasi adalah tindakan suportif dan pendidikan yang dilakukan perawat agar perilaku pasien post operasi dapat berubah dari ketidaktahuan menjadi paham akan perawatan dirinya, dan khususnya mengenai mobilisasi post operasi, pasien telah mempunyai gambaran atau pengetahuan perawatan post operasi (Long, 1998)

b. Tujuan Edukasi

Menurut *World Health Organization* (1954), dalam Wati (2021) tujuan edukasi sebagai berikut :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat oleh sebab itu pendidik kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari hari.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada. Pemanfaatan sarana pelayanan yang ada kadang dilakukan secara berlebihan atau justru sebaliknya, kondisi sakit tetapi tidak menggunakan sarana kesehatan yang ada semestinya.

c. Metode dan Teknik Edukasi

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa berdasarkan sasarannya, metode dan teknik edukasi di bagi menjadi 3 (tiga), yaitu :

1) Metode individual

Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau keliennya dapat berkomunikasi langsung baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana

komunikasi lainnya, misalnya telepon. Cara ini paling efektif karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespons dalam waktu yang bersamaan. Dalam menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan masalahnya. Metode dan teknik promosi kesehatan individual ini yang terkenal dengan *counselling*.

## 2) Metode Massal

Apabila sasaran promosi kesehatan adalah massal atau public, maka metode dan teknik promosi kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus digunakan metode promosi massal. Merancang metode promosi kesehatan massal memang paling sulit, sebab sasaran public sangat heterogen, baik dilihat dari kelompok umur, tingkat pendidikan, tingkat social ekonomi, social budaya dan sebagainya. Kita memahami masing masing kelompok sasaran yang sangat variatif tersebut berpengaruh terhadap cara merespons, cara mempersepsikan dan pemahaman terhadap pesan pesan kesehatan padahal kita harus merancang dan meluncurkan pesan pesan kesehatan tersebut kepada massa dengan metode, teknik dan isi yang sama. Metode dan teknik promosi kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah :

- a) Ceramah umum (*public speaking*), misalnya di lapangan terbuka dan temoat tempat umum (*public places*)
- b) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat dirancang dengan berbagai bentuk, misalnya

sandiwara (drama), *talk show*, dialog interaktif, simulasi, spot dan sebagainya.

- c) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, leaflet, selebaran poster dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam macam antara lain artikel, Tanya jawab, komik dan sebagainya.

### 3) Metode kelompok

Teknik dan metode promosi kesehatan kelompok ini digunakan sebagai sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu kelompok kecil dan kelompok besar. Disebut kelompok kecil jika kelompok sasaran antara 6-15 orang. Sedang kelompok besar bila sasaran tersebut di atas 15 sampai dengan 50 orang. Oleh sebab itu, metode promosi kesehatan kelompok di bedakan menjadi 2 yaitu :

- a) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat, bola salju, bermain peran, metode permainan simulasi dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik, alat peraga, slide dan sebagainya.
- b) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, lokakarya dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya *overhead projector*, *slide projector*, *sound system* dan sebagainya.

### d. Alat Bantu Edukasi

#### 1) Pengertian

Alat bantu pendidikan kesehatan atau dapat disebut alat peraga adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim pesan (penyuluh) ke penerima pesan (sasaran) sehingga dapat menerangkan pikiran, perasaan perhatian dan minat sasaran sedemikian rupa sehingga terjadi pemahaman, pengertian dan penghayatan dari apa yang diterangkan.

## 2) Manfaat alat bantu

Menurut Notoatmodjo (2012) manfaat alat bantu pendidikan kesehatan sebagai berikut :

- a) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- b) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- c) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- d) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih, banyak dan cepat
- e) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan pesan yang diterima kepada orang lain.
- f) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan
- g) Mendorong keinginan orang lain untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik
- h) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh, sehingga apa yang diterima akan lebih lama tersimpan di dalam ingatan.

## 3) Macam macam alat bantu edukasi

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa media promosi kesehatan adalah saluran kombinasi yang dipakai

untuk mengirim pesan kesehatan. Media yang dapat digunakan sebagai berikut :

- a) Media elektronik, meliputi radio, televisi, internet, telepon, handphone dan teleconference
  - b) Media cetak meliputi majalah, koran, *leaflet*, *booklet*, *flyer*, *billboard*, spanduk, poster, *flannelgraph*, *bulletin board*
  - c) Media lain seperti, surat
- 4) Cara menggunakan alat bantu

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa cara menggunakan alat bantu sebagai berikut :

- a) Senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati
- b) Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan di bicarakan dipergunakan itu adalah penting
- c) Pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar agar mereka tidak kehilangan control pihak pendidik.
- d) Gaya bicara hendaknya bervariasi agar pendengar tidak bosan dan tidak mengantuk
- e) Ikut sertakan para peserta atau pendengar dan berikan kesempatan untuk memegang atau mencoba alat alat tersebut
- f) Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana.

### **3. Konsep Media *Booklet***

#### **a. Pengertian**

*Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.

#### **b. Karakteristik *Booklet***

Buku berukuran kecil (setengah kuarto) dan tipis, tidak lebih dari 30 halaman bolak balik, yang berisi tulisan dan gambar

gambar. Struktur isi menyerupai buku (pendahuluan, isi, penutup), hanya saja penyajian isinya jauh lebih singkat daripada buku.

c. Kelebihan dan kekurangan

Kelebihan dan kekurangan dari *booklet* sebagai berikut :

1) Kelebihan :

- a) Dapat digunakan sebagai media belajar mandiri
- b) Dapat dipelajari isinya dengan mudah
- c) Dapat dijadikan informasi bagi keluarga dan teman
- d) Mudah dibuat, diperbanyak, diperbaiki dan disesuaikan
- e) Mengurangi kebutuhan mencatat
- f) Dapat dibuat dengan sederhana dan biaya relative lebih murah
- g) Tahan lama
- h) Memiliki daya tampung lebih luas
- i) Dapat diarahkan pada segmen tertentu

2) Kelemahan *booklet* :

- a) Mencetak media nya dapat memakan waktu beberapa hari sampai berbulan bulan, tergantung kepada kompleksnya pesan yang dicetak dan keadaan alat percetakan setempat
- b) Tanpa perawatan yang baik, media cetak akan cepat rusak, hilang atau musnah.

#### 4. Konsep Media *Audio Visual*

a. Pengertian

Media *audio visual* adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan.

Pesan dan informasi yang dapat disalurkan dalam satu proses atau kegiatan. Pesan dan informasi yang dapat disalurkan melalui media ini dapat berupa pesan verbal dan nonverbal yang mengandalkan baik penglihatan maupun pendengaran. Beberapa contoh media audio visual adalah film, video, program TV dan lain lain

*b. Kelebihan dan Kekurangan Audio Visual*

Setiap jenis media yang digunakan dalam proses pembelajaran memiliki kelebihan dan kelemahan begitu pula dengan media *audio visual*. Ada beberapa kelebihan dan kelemahan media *audio visual* dalam pembelajaran sebagai berikut :

1) Kelebihan media *audio visual* :

- a) Film dan video dapat melengkapi pengalaman dasar siswa
- b) Film dan video dapat menggambarkan suatu proses secara tepat yang dapat di saksikan secara berulang ulang, jika perlu.
- c) Disamping mendorong dan meingkatkan motivasi film dan video menanamkan sikap sikap dan segi afektif lainnya.
- d) Film dan video yang mengandung nilai nilai positif dapat mengundang pemikiran dan pembahasan dalam kelompok
- e) Film dan video dapat menyajikan peristiwa yang berbahaya jika dilihat secara langsung
- f) Film dan video dapat ditunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok heterogen maupun homogeny maupun perorangan.

g) Film yang dalam kecepatan normal memakan waktu satu minggu dapat ditampilkan dalam satu ada dua menit.

2) Kelemahan media *audio visual* :

- a) Pengadaan film dan video umumnya memerlukan biaya mahal dan waktu yang banyak
- b) Tidak semua siswa dapat mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui film tersebut
- c) Film dan video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan .

c. Tujuan Media *Audio Visual*

Mengemukakan tentang beberapa tujuan dari pembelajaran menggunakan media video, antara lain :

1) Untuk tujuan kognitif

- a) Dapat mengembangkan mitra kognitif yang menyangkut kemampuan mengenal kembali dan kemampuan memberikan rangsangan gerak dan serasi.
- b) Dapat menunjukkan serangkaian gambar diam tanpa usaha sebagai media foto dan film bingkai meskipun kurang ekonomis
- c) Melalui video dapat pula diajarkan pengetahuan tentang hukum hukum dan prinsip prinsip tertentu
- d) Video dapat digunakan untuk menunjukkan contoh dan cara bersikap atau berbuat dalam suatu penampilan, khususna yang menyangkut interaksi.

2) Untuk tujuan afektif

- a) Video merupakan media yang baik sekali untuk menyampaikan informasi dalam matra afektif
  - b) Dapat menggunakan efek dan teknik, video dapat menjadi media yang sangat baik dalam mempengaruhi sikap dan emosi.
- 3) Untuk tujuan psikomotorik
- a) Video merupakan media yang tepat untuk memperlihatkan contoh ketrampilan yang menyangkut gerak. Dengan alat ini dijelaskan, baik dengan cara memperlambat maupun mempercepat gerakan yang ditampilkan.
  - b) Melalui video dapat langsung mendapat umpan balik secara visual terhadap kemampuan mereka sehingga mampu mencoba keterampilan yang menyangkut gerakan tadi.

## **B. Penelitian Terkait**

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Muntingrum, Indah (2022) yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas edukasi “semangat ceria” terhadap kemampuan mobilisasi dini pasien post operasi laparatomi di ruang gynecologi RSI Sultan Agung Semarang, dengan hasil penelitian ada pengaruh edukasi semangat ceria terhadap mobilisasi dini pasien post operasi laparatomi dengan nilai p value 0,000 ( $p < 0,5$ )

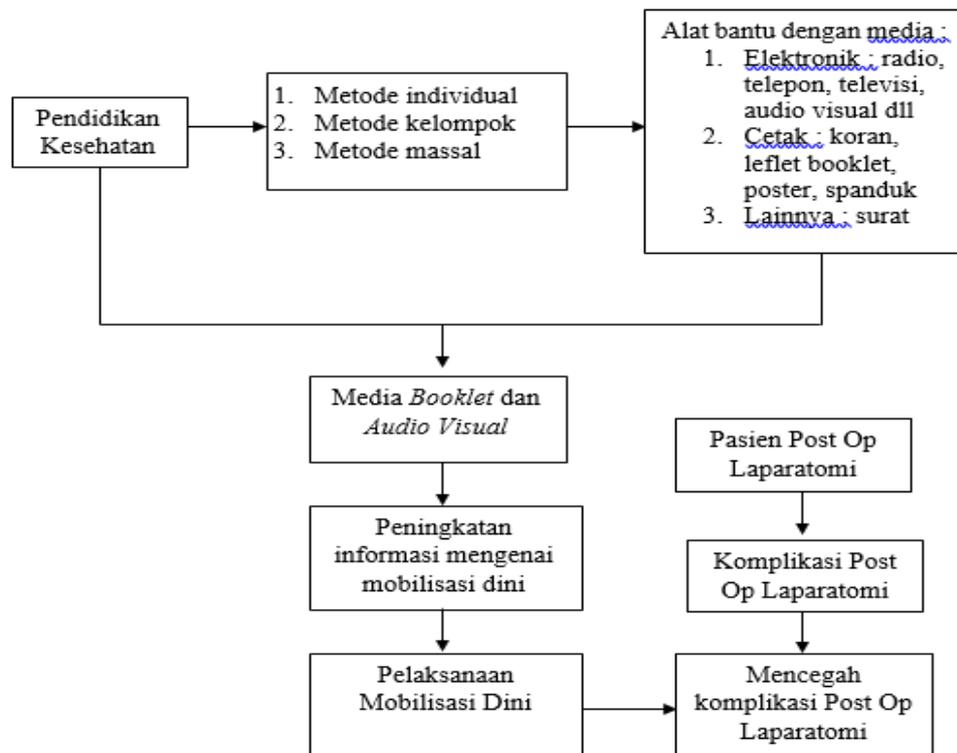
Penelitian Murhan et al., (2022) yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi ROM aktif kombinasi media *booklet* dan demonstrasi terhadap kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi fraktur, dengan hasil penelitian menunjukkan rata rata kemampuan mobilisasi pada kelompok eksperimen dengan edukasi ROM aktif kombinasi media *booklet* dan demonstarsi adalah 17,19, sedangkan rata rata kemampuan mobilisasi pada kelompok kontrol (tanpa edukasi room aktif kombinasi media *booklet* dan demontrasi ) adalah 14,88. Hasil analisis menunjukkan

hasil  $p - value$  : 0,04. Simpulan ada pengaruh yang signifikan terapi edukasi ROM aktif kombinasi media *booklet* dan demonstrasi terhadap kemampuan mobilisasi pada pasien post fraktur.

penelitian Arianti (2018) dengan judul efektifitas edukasi video animasi mobilisasi dini dengan kecepatan pemulihan kemampuan berjalan pada pasien pasca pembedahan dengan hasil terdapat perbedaan kecepatan pemulihan kemampuan berjalan pada kelompok control dan intervensi, kecepatan berjalan pada kelompok control adalah 51,4 jam, sedangkan pada kelompok intervensi adalah 34,33 jam. Hasil uji independent sample test ditemukan nilai signifikan  $p$  : 0,000. Pemberian edukasi video animasi mobilisasi dini mampu meningkatkan kecepatan pemulihan kemampuan berjalan pada pasien pasca pembedahan.

### C. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut :

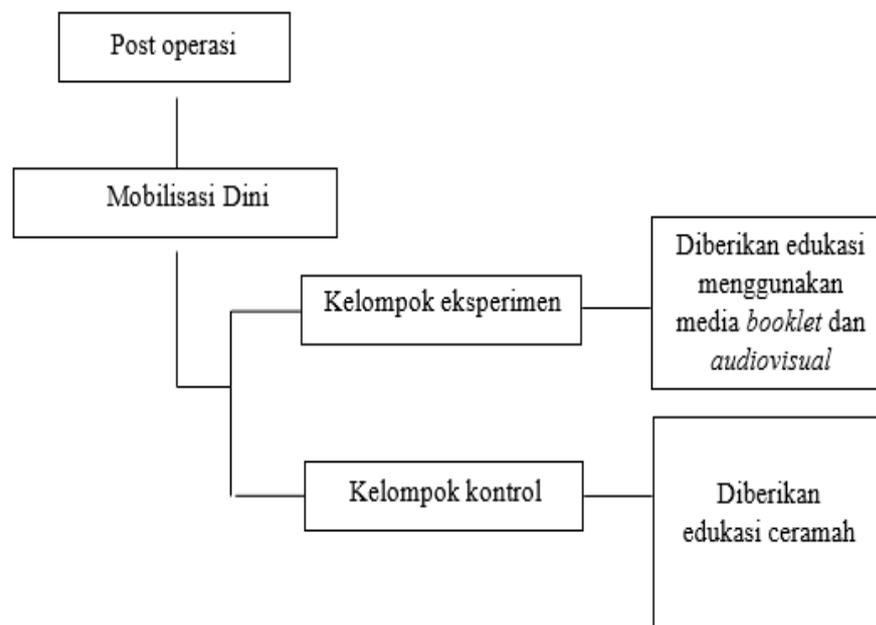


Gambar 2.2

Kerangka Teori (Notoatmodjo, 2012, Murhan et al., 2022, Lina et al., 2019)

#### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variable yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018). Berdasarkan konsep diatas, maka penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

#### E. Hipotesis

Hipotesis dalam suatu penelitian merupakan jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2018). Adapun hipotesis dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut :

##### Ha :

Ada Pengaruh yang bermakna pemberian Edukasi menggunakan Media *Booklet* dan *audio visual* terhadap Kemampuan Mobilisasi Dini Pada

Pasien Post Operasi *Laparotomi* di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023.