

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Konsep Dasar Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)

a. Definisi

BPH adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan oleh hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar / jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan uretra pars prostatika (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

b. Etiologi

Menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010) Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui secara pasti, tetapi hanya 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya BPH yaitu testis dan usia lanjut. Karena etiologi yang belum jelas maka melahirkan beberapa hipotesa yang diduga timbulnya BPH antara lain:

1) Hipotesis Dihidrotestosteron (DHT)

Peningkatan *5 alfa reduktase* dan reseptor *androgen* akan menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

2) Ketidak seimbangan estrogen – testoteron

Dengan meningkatnya usia pada pria terjadi peningkatan hormon Estrogen dan penurunan testosteron sedangkan estradiol tetap. yang dapat menyebabkan terjadinya *hyperplasia stroma*.

3) Interaksi – epitel

Peningkatan epidermal *gorwth* faktor atau *fibroblas gorwth* faktor dan penurunan transforming *gorwth* faktor beta menyebabkan hiperplasia stroma dan epitel.

4) Penurunan sel yang mati

Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat

5) Teori stem

Sel stem yang meningkat mengakibatkan proliferasi sel transit.

c. Patofisiologi

Menurut Sunaryo, H. (1999: 11) Pada fase-fase awal dari BPH, kompensasi oleh muskulus destrusor berhasil dengan sempurna. Artinya pola dan kualitas dari miksi tidak banyak berubah. Pada fase ini disebut Sebagai BPH Kompensata. Lama kelamaan kemampuan kompensasi menjadi berkurang dan pola serta kualitas miksi berubah, kekuatan serta lamanya kontraksi dari muskulus destrusor menjadi tidak adekuat sehingga tersisalah urine di dalam buli-buli saat proses miksi berakhir seringkali BPH menambah kompensasi ini dengan jalan meningkatkan tekanan intra abdominal (mengejan) sehingga tidak jarang disertai timbulnya hernia dan haemorhoid puncak dari kegagalan kompensasi adalah tidak berhasilnya melakukan ekspulsi urine dan terjadinya retensi urine, keadaan ini disebut sebagai BPH Dekompensata. Fase Dekompensasi yang masih akut menimbulkan rasa nyeri dan dalam beberapa hari menjadi kronis dan terjadilah inkontinensia urine secara berkala akan mengalir sendiri tanpa dapat dikendalikan, sedangkan buli-buli tetap penuh. Ini terjadi oleh karena buli- buli tidak sanggup atau dilatasi lagi. Puncak dari kegagalan kompensasi adalah ketidak mampuan otot detrusor memompa urine dan menjadi retensi urine. Retensi urine yang kronis dapat mengakibatkan kemunduran fungsi ginjal (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

d. Terapi Pasien BPH

Tidak semua pasien *hiperplasia prostat* perlu menjalani tindakan medik Kadang-kadang mereka yang mengeluh *LUTS* ringan dapat sembuh sendiri tanpa mendapatkan terapi apapun atau hanya dengan nasehat dan konsultasi saja Namun di antara mereka akhirnya ada yang membutuhkan terapi medikamentosa atau tindakan medik yang lain karena keluhannya semakin parah. Tujuan terapi pada pasien BPH adalah

(1) memperbaiki keluhan miksi, (2) meningkatkan kualitas hidup, (3) mengurangi obstruksi infravesika, (4) mengembalikan fungsi ginjal jika terjadi gagal ginjal, (5) mengurangi volume residu urine setelah miksi, dan (5) mencegah progresifitas penyakit. Hal ini dapat dicapai dengan cara medikamentosa, pembedahan, atau tindakan endourologi yang kurang invasif.

BPH adalah penyakit yang progresif, yang artinya semakin bertambah usia, 1) volume prostat semakin bertambah, 2) laju pancaran urine semakin menurun, 3) keluhan yang berhubungan dengan miksi semakin bertambah, dan 4) penyulit yang terjadi semakin banyak; di antaranya adalah retensi urine sehingga dibutuhkan tindakan pembedahan. Salah satu marker untuk meramalkan progresifitas prostat adalah serum *PSA*. Semakin tinggi nilai *PSA* (setelah disingkirkan tidak ada kanker prostat), semakin besar kemungkinan BPH menimbulkan masalah (Purnomo, 2014).

e. Operasi Pembedahan BPH

Penyelesaian masalah pasien BPH jangka panjang yang paling baik saat ini adalah pembedahan, karena pemberian obat-obatan atau terapi non invasif lainnya membutuhkan jangka waktu yang sangat lama untuk melihat hasil terapi (Purnomo, 2014).

Desobstruksi kelenjar prostat akan menyembuhkan gejala obstruksi dan miksi yang tidak lampias. Hal ini dapat dikerjakan dengan cara operasi terbuka, *reseksi prostat transuretra* (TURP), atau *insisi prostat transuretra* (TUIP atau BNI). Pembedahan direkomendasikan pada pasien BPH yang: (1) tidak menunjukkan perbaikan setelah terapi medikamentosa, (2) mengalami retensi urine, (3) infeksi saluran kemih berulang, (4) hematuria, (5) gagal ginjal, dan (6) timbulnya batu saluran kemih atau penyulit lain akibat obstruksi saluran kemih bagian bawah.

a) Pembedahan terbuka

Beberapa macam teknik operasi prostatektomi terbuka adalah metode dari Millin, yaitu melakukan enukleasi kelenjar prostat

melalui pendekatan *retropubik infravesika*, *Freyer* melalui pendekatan *suprapubik transvesika*, atau *transperineal*. Prostatektomi terbuka adalah tindakan yang paling tua yang masih banyak dikerjakan saat ini, paling invasif, dan paling efisien sebagai terapi BPH. Prostatektomi terbuka dapat dilakukan melalui pendekatan *suprubik transvesikal (Freyer)* atau *retropubik infravesikal (Millin)*. Prostatektomi terbuka dianjurkan untuk prostat yang sangat besar (>100 gram).

Penyulit yang dapat terjadi setelah prostatektomi terbuka adalah: inkontinensia urine (3%), impotensia (5-10%), ejakulasi retrograd (60-80%), dan kontraktur leher buli-buli (3-5%). Dibandingkan dengan TURP dan BNI, penyulit yang terjadi berupa striktura uretra dan ejakulasi retrograd lebih banyak dijumpai pada prostatektomi terbuka. Perbaikan gejala klinis sebanyak 85-100%, dan angka mortalitas sebanyak 2%.

b) Pembedahan Endourologi

Saat ini tindakan TURP merupakan operasi paling banyak dikerjakan di seluruh dunia. Operasi ini lebih disenangi karena tidak diperlukan insisi pada kulit perut, massa mondok lebih cepat, dan memberikan hasil yang tidak banyak berbeda dengan tindakan operasi terbuka. Pembedahan endourologi transuretra dapat dilakukan dengan memakai tenaga elektrik TURP atau dengan memakai energi Laser. Operasi terhadap prostat berupa reseksi (TURP), insisi *TUIP*, atau *evaporasi*. Pada TURP, kelenjar prostat dipotong menjadi bagian-bagian kecil jaringan prostat yang dinamakan cip prostat. Selanjutnya cip prostat akan dikeluarkan dari buli-buli melalui evakuator Ellik.

c) TURP (*Reseksi Prostat Trasuretra*)

Reseksi kelenjar prostat dilakukan transuretra dengan mempergunakan cairan irigan (pembilas) agar daerah yang akan direseksi tetap terang dan tidak tertutup oleh darah. Cairan yang dipergunakan adalah berupa larutan non ionic, yang dimaksudkan

agar tidak terjadi hantaran listrik pada saat operasi. Cairan yang sering dipakai dan harganya cukup murah yaitu H₂O steril (*aquades*).

Salah satu kerugian dari *aquades* adalah sifatnya yang hipotonik sehingga cairan ini dapat masuk ke sirkulasi sistemik melalui pembuluh darah vena yang terbuka pada saat reseksi. Kelebihan H₂O dapat menyebabkan terjadinya hiponatremia relatif atau gejala intoksikasi air atau dikenal dengan sindroma TURP. Sindroma ini ditandai dengan pasien yang mulai gelisah, kesadaran somnolen, tekanan darah meningkat, dan terdapat bradikardi. Jika tidak segera diatasi, pasien akan mengalami edema otak yang akhirnya jatuh dalam koma dan meninggal. Angka mortalitas sindroma TURP ini adalah sebesar 0,99%.

Untuk mengurangi resiko timbulnya sindroma TURP operator harus membatasi diri untuk tidak melakukan reseksi lebih dari 1 jam. Di samping itu beberapa operator memasang sistostomi suprapubik terlebih dahulu sebelum reseksi diharapkan dapat mengurangi penyerapan air ke sirkulasi sistemik. Penggunaan cairan non ionik lain selain H₂O yaitu glisin dapat mengurangi resiko hiponatremia pada TURP, tetapi karena harganya cukup mahal beberapa klinik urologi di Indonesia lebih memilih pemakaian *aquades* sebagai cairan irigasi.

2. Konsep Kepatuhan

a. Definisi

Ada banyak ahli maupun peneliti yang membuat definisi tentang kepatuhan. Di antara para ahli tersebut, ada yang menyebut kepatuhan sebagai *compliance* dan ada juga yang menyebutnya sebagai *adherence*. Pada bagian ini hanya disampaikan beberapa definisi, termasuk definisi kepatuhan oleh *WHO* (Swarjana, 2022).

- 1) Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien (dalam hal minum obat, mengikuti diet, atau menjalankan perubahan gaya hidup lainnya) tepat sesuai dengan resep klinis (Sackett and Haynes, 1976).

- 2) Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang (dalam hal minum obat, mengikuti diet, atau melakukan perubahan gaya hidup lainnya) sesuai dengan nasihat medis atau kesehatan (Haynes and Sackett, 1979).
- 3) Kepatuhan adalah sejauh mana individu memilih perilaku yang bertepatan dengan resep klinis; rejimen harus konsensual, yaitu dicapai melalui negosiasi antara petugas kesehatan dan pasien (Dracup and Meleis, 1982).
- 4) Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang dalam minum obat, mengikuti diet, dan/atau menjalankan perubahan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia layanan kesehatan (WHO, 2003).
- 5) Kepatuhan adalah sejauh mana pasien berpartisipasi dalam rejimen pengobatan setelah dia setuju dengan rejimen itu (Balkrishnan, 2005).
- 6) Kepatuhan minum obat adalah sejauh mana seorang pasien bertindak sesuai dengan interval dan dosis yang ditentukan dari rejimen dosis (Cramer et al., 2008).
- 7) Kepatuhan adalah proses di mana pasien mengambil obat sesuai resep, terdiri dari inisiasi, implementasi, dan penghentian (Vrijens et al., 2012).

b. Pengukuran kepatuhan perilaku

Pengukuran kepatuhan umumnya dikaitkan dengan pengukuran kepatuhan minum obat atau pengobatan atau terapi. Namun, pengukuran terhadap kepatuhan perilaku juga penting dilakukan, misalnya, kepatuhan pencegahan kesehatan. Beberapa contoh kepatuhan dalam pencegahan kesehatan, misalnya, kepatuhan pencegahan tuberculosis, Covid-19, hipertensi, dan penyakit lainnya. Selain itu, kepatuhan dalam bentuk lainnya juga dapat dilakukan pengukuran, misalnya, kepatuhan diet, dan lain-lain. Ada banyak literature yang membuat indikator kepatuhan atau cut-off point untuk menentukan kepatuhan (Swarjana, 2022). Pengukuran tingkat kepatuhan dapat dilakukan melalui

penggunaan kuesioner dan observasi sebagai alat pengambilan data. Kuisisioner adalah alat untuk memperoleh informasi dari responden. Observasi adalah alat untuk mengamati penyembuhan luka yang diidentifikasi melalui lembar observasi dengan objek pengamatan yang dilakukan peneliti untuk mengamati pelaksanaan mobilisasi dini. di mana data yang diperlukan dikumpulkan untuk mengukur indikator-indikator yang telah ditetapkan. Indikator tersebut menjadi sangat penting sebagai metode tidak langsung untuk menilai sejauh mana kepatuhan terhadap standar tertentu, dan penyimpangan dari standar diukur dengan menggunakan tolak ukur atau ambang batas yang ditetapkan oleh organisasi sebagai petunjuk derajat kepatuhan (Novayanti, 2017).

Menurut Depkes RI dalam (Arimutri, 2019) kriteria kepatuhan seseorang di bagi menjadi tiga yaitu:

- 1) Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semua benar.
- 2) Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturan hanya sebagian dari yang ditetapkan dan dengan sepenuhnya namun tidak semuanya.
- 3) Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau aturan sama sekali.

Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga bisa dibuatkan ranking tingkat kepatuhan seseorang. Tingkat kepatuhan dapat dibedakan menjadi dua tingkatan, yaitu:

- 1) Patuh : 75%-100%
- 2) Tidak patuh : <75%

3. Mobilisasi Dini

a. Definisi

Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk dapat bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman. Istilah

mobilisasi banyak digunakan untuk menyatakan pergerakan baik secara fisiologis maupun psikologis. Mobilisasi juga didefinisikan sebagai pergerakan individu baik aktual maupun potensial baik pergerakan secara fisik, pergerakan peningkatan kualitas hidup, maupun pergerakan peningkatan kesejahteraan.

Kemampuan seseorang untuk berpindah dari satu posisi ke posisi yang lain baik posisi duduk, berbaring, berdiri, dan sebagainya untuk berpartisipasi dalam kegiatan rutin sehari-hari didefinisikan sebagai mobilisasi fungsional. Kegiatan yang termasuk dalam mobilisasi fungsional diantaranya mobilisasi di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi roda, mobilisasi latihan berjalan, mengemudi dan naik kendaraan umum.

WHO menyatakan individu yang mengalami penurunan kemampuan melakukan mobilisasi secara normal dikatakan mengalami keterbatasan kemampuan mobilisasi. Kondisi tersebut lebih lanjut disebut dengan imobilisasi yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan individu untuk bergerak bebas (Erlina, 2020).

b. Konsep Mobilisasi

Konsep mobilisasi mula – mula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara berangsur – angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Wahyuningsih et al., 2016).

Tujuan dari mobilisasi dini adalah :

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh.
- 2) Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik.
- 4) Mempertahankan tonus otot.
- 5) Memperlancar eliminasi.
- 6) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi.

c. Mobilisasi Dini Pasca TURP

Mobilisasi awal setelah operasi, seperti melibatkan rentang gerak (*ROM*), pernapasan dalam, dan batuk efektif, memiliki tujuan untuk merangsang kembali fungsi neuromuskular serta membantu dalam pengeluaran sekret dan lendir. Meskipun sebagian besar pasien masih khawatir bahwa gerakan tubuh pada posisi tertentu setelah operasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka operasi yang baru saja dilakukan, sebenarnya hal ini tidak selalu menjadi masalah. Kenyataannya, hampir semua jenis operasi memerlukan mobilisasi atau gerakan tubuh sesegera mungkin. Yang terpenting adalah dapat mengelola rasa nyeri dengan baik, dan pada operasi yang melibatkan saluran kemih dengan pemasangan kateter atau pipa drainase, pasien biasanya dapat mulai bergerak dalam dua kali 24 jam setelah operasi (Azhari, 2023).

Peranan mobilisasi dini sangat signifikan dalam mengurangi rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien dari lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi yang berperan dalam proses peradangan, yang pada gilirannya meningkatkan respons nyeri, dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Melalui mekanisme ini, mobilisasi dini terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pascaoperasi (Sunengsih et al., 2022). Latihan mobilisasi dini juga berperan dalam meningkatkan sirkulasi darah, yang dapat merangsang penurunan nyeri dan mempercepat proses penyembuhan luka. Mobilisasi membantu mencegah kekakuan otot dan sendi, mengurangi rasa nyeri, menjaga kelancaran peredaran darah, dan mengembalikan fungsi fisiologis organ-organ vital. Seluruhnya, hal ini dapat membawa manfaat dalam percepatan penyembuhan luka bekas operasi.

Mobilisasi dapat dimulai sejak 8 jam setelah operasi, terutama setelah pasien sadar atau anggota tubuh dapat digerakkan kembali setelah

pembiusan regional. Pada tahap awal pergerakan, aktivitas fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang dapat ditebuk atau diluruskan. Ini melibatkan kontraksi otot dalam keadaan statis maupun dinamis, termasuk gerakan badan seperti miring ke kiri atau ke kanan. Dalam rentang waktu 12 hingga 24 jam setelah operasi, bahkan mungkin lebih awal, pasien sudah dapat didudukkan, baik bersandar maupun tidak. Pada tahap berikutnya, pasien dapat duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil melakukan gerakan-gerakan tertentu. Pada hari kedua setelah operasi, secara umum, sebagian besar pasien tidak mengalami hambatan fisik untuk berjalan, dengan tetap menjaga posisi infus yang terpasang (Azhari, 2023).

4. Konsep perilaku kesehatan

a. Definisi

Menurut (Glanz, Lewis and Rimer, 2008) Perilaku kesehatan merupakan atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan (Pakpahan et al., 2021).

b. Klasifikasi perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu (Ajzen and Fishbein, 2000):

- 1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) Usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan upaya penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek.
 - a) Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

- b) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat sehingga dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
 - c) Perilaku gizi makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan tetapi dapat juga menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit.
- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, (*health seeking behavior*). Perilaku yang menyangkut tindakan seseorang saat sakit/kecelakaan, mulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.
- 3) Perilaku kesehatan lingkungan Bagaimana seseorang merespon lingkungan baik fisik, sosial, budaya, dan sebagainya agar tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Pakpahan et al., 2021).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Terdapat banyak teori yang menjelaskan faktor yang memengaruhi perilaku. Di dalam bidang perilaku kesehatan, terdapat 4 teori yang menjadi acuan dalam kajian perilaku kesehatan masyarakat yakni teori Lawrence Green (Mrl et al., 2019).

- 1) Faktor – faktor predisposisi (predisposing factors), yaitu faktor-faktor yang terdapat dari dalam diri dapat terwujud dalam bentuk usia, jenis kelamin, penghasilan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai – nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor – faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat – obatan, alat – alat kontrasepsi, jamban, transportasi, dan sebagainya.
- 3) Faktor – faktor pendorong (reinforcing factors) yang terwujud dari faktor yang ada diluar individu dapat terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku petugas kesehatan, kelompok referensi, perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, peraturan atau norma yang ada.

5. Promosi Kesehatan

a. Definisi

Media Pendidikan atau Promosi Kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, Radio, komputer, dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Notoadmojo, 2010).

Promosi Kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya perilaku yang positif.

b. Tujuan media promosi kesehatan

Adapun beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan antara lain adalah:

- 1) Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- 2) Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- 3) Dapat memperjelas informasi.
- 4) Media dapat mempermudah pengertian.

- 5) Mengurangi komunikasi yang verbalistik.
- 6) Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap lolos dengan mata.
- 7) Memperlancar komunikasi, dan lain-lain.

c. Penggolongan media promosi Kesehatan

Penggolongan media promosi kesehatan ini dapat ditinjau dari berbagai aspek, antara lain:

- 1) Berdasarkan bentuk umum penggunaannya: Berdasarkan penggunaan media promosi dalam rangka dari promosi kesehatan, dibedakan menjadi:
 - a) bahan bacaan: modul, buku referensi/ bacaan, folder, *leaflet*, majalah dan sebagainya.
 - b) bahan peragaan: poster tunggal, poster seri, flipchart, tranparan, slide, film, dan seterusnya.
- 2) Berdasarkan cara produksi: berdasarkan cara produksinya, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi:
 - a) Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. adapun macam-macamnya yaitu poster, *leaflet*, *brosur*, majalah, surat kabar, lembar balik, *Sticker*, dan *pamflet*. fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur.

Kelebihan dan kelemahan media cetak.

 - 1) Kelebihannya tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak tinggi, tidak perlu listrik, dapat dibawa ke mana-mana, dapat mengungkit rasa keindahan, mempermudah pemahaman dan meningkatkan gairah belajar.
 - 2) Kelemahan media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak serta mudah terlipat.
 - b) Media elektronika yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikannya melalui alat

bantu elektronika, adapun macam-macam media tersebut adalah TV, Radio, film, video film, CD dan VCD.

Kelebihan dan kelemahan media elektronik.

- 1) Kelebihannya sudah dikenal masyarakat, mengikutsertakan semua panca indra. lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak, bertatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar. sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang.
 - 2) Kelemahannya biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, perlu alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang. peralatan selalu dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan perlu terampil dalam pengoperasian.
- c) Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya: Papan reklame, Spanduk, Pameran, Banner dan TV layar lebar.

kelebihan dan kelemahan media luar ruang:

- 1) Kelebihannya: sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar, bergerak, bertatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar, dapat menjadi tempat bertanya lebih detail, dapat menggunakan semua panca indra secara langsung, dan lain-lain.
- 2) Kelemahannya: biaya lebih tinggi, rumit, ada yang memerlukan listrik, ada yang memerlukan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan, dan perlu keterampilan dalam pengoperasian.

B. Hasil penelitian relevan

Tabel 2. 1. Penelitian terkait

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Variable Penelitian	Populasi/ Sample Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	I Wayan Sumberjaya, I Made Martha	Mobilisasi Dini Dan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Turp Benign Prostate Hyperplasia	di Ruang Bima RSUD Sanjiwani Gianyar	2020	Variabel dependen : Pasien Post Operasi <i>Turp Benign Prostate Hyperplasia</i> Variabel independent : Mobilisasi Dini Dan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien	Populasi : semua pasien post operasi <i>Benign Prostate Hyperplasia</i> Sample : 12 responden menggunakan teknik purposive sampling	Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan menggunakan rancangan pre experiment. Penelitian pre eksperimen atau pre experimental designs merupakan rancangan penelitian yang belum dikategorikan sebagai eskperimen sungguhan. Dalam rancangan dalam penelitian ini menggunakan pre dan post test one group design. Pengukuran akhir (post test) dilakukan pada semua kelompok untuk menentukan efek perlakuan pada responden.	Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian tentang pengaruh mobilisasi dini terhadap nyeri post operasi <i>TURP</i> pada pasien <i>BPH</i> di RSUD Muhammadiyah Bantul diketahui bahwa usia responden kelompok eksperimen sebagian besar masuk dalam rentang usia > 65 tahun sebanyak 11 orang (73,3%). Usia responden pada kelompok kontrol sebagian besar masuk dalam rentang usia > 65 tahun sebanyak 11 orang (73,3%). Pekerjaan responden kelompok intervensi sebagian besar adalah buruh/petani sebanyak 11 orang (73,3%).

								<p>Pekerjaan responden kelompok kontrol sebagian besar adalah buruh/petani sebanyak 8 orang (53,3%). Status perkawinan responden kelompok intervensi sebagian besar adalah menikah sebanyak 14 orang (93,3%). Status perkawinan responden kelompok kontrol seluruhnya adalah menikah sebanyak 15 orang (100%). Suku bangsa responden kelompok intervensi sebagian besar adalah Jawa sebanyak 14 orang (93,3%). Suku bangsa kelompok kontrol seluruhnya suku Jawa sebanyak 15 orang (100%). Tingkat pendidikan responden kelompok intervensi sebagian besar adalah SD sebanyak 6 orang (40%). Tingkat pendidikan responden kelompok kontrol sebagian besar adalah SD</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

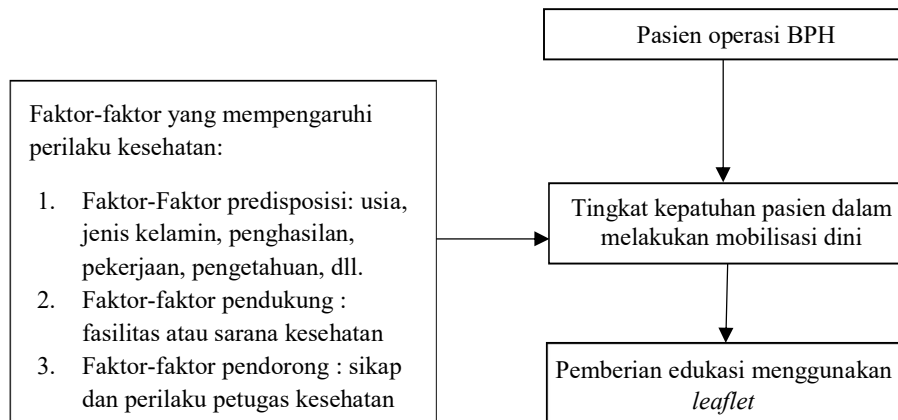
								sebanyak 9 orang (60%)
2	(Tadzkiroh, 2021)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Kejadian Stocel Pada Pasien Post Operasi <i>Transuretral Resection of the Prostate (TURP)</i>	di Ruang Dahlia RSUD Ibnu Sina Gresik	2021	Variabel dependen: Kejadian Stocel Pada Pasien Post Operasi <i>Transuretral Resection of the Prostate (TURP)</i> Variabel independent : Mobilisasi Dini	Populasi : semua pasien Post Operasi <i>Transuretral Resection of the Prostate (TURP)</i> Sampel : diambil dengan teknik purposive sampling sebanyak 28 pasien post op TURP.	Desain dalam penelitian ini adalah pra eksperimen one grup pre dan post test. Sampel diambil dengan teknik purposive sampling sebanyak 28 pasien post op TURP. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, kemudian data yang terkumpul dianalisis dengan uji Wilcoxon.	Hasil penelitian menunjukkan kejadian stocel pada pasien post op <i>TURP</i> sebelum melakukan mobilisasi dini, dari 28 pasien terjadi kejadian stocel sebanyak 20 pasien (71,4%) dan sesudah melakukan mobilisasi dini dari 28 pasien tidak terjadi stocel 24 pasien (85,7%). Hasil uji Wilcoxon menunjukkan bahwa $\alpha = 0,000 < 0,05$ berarti terdapat perbedaan yang signifikan kejadian stocel sebelum dan sesudah diberikan mobilisasi dini pada pasien post op <i>TURP</i> di Ruang Dahlia RSUD Ibnu Sina Gresik. Mobilisasi dini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh,

								mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka
3	(Sugianto, 2021)	Efektifitas Pendidikan Kesehatan Mobilisasi Dini Terhadap Pengetahuan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pra Pembedahan Abdomen Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soeroto Ngawi	di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soeroto Ngawi	2021	Variabel dependen : Pengetahuan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pra Pembedahan Abdomen Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soeroto Ngawi Variabel independent : Pendidikan Kesehatan Mobilisasi Dini	Populasi : semua Pasien Pra Pembedahan Abdomen sample : sebanyak 26 responden dengan teknik Purposive Sampling.	Penelitian ini menggunakan jenis Pra eksperiment dengan one group pre - post test design. Jumlah sample sebanyak 26 responden dengan teknik Purposive Sampling. Dengan intervensi pendidikan kesehatan, dan alat ukur yang digunakan adalah kuisioner. Analisis yang digunakan adalah Paired T-test.	Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan pendidikan kesehatan, pengetahuan responden masuk dalam kategori kurang dengan rerata nilai 27,08. Setelah diberikan pendidikan kesehatan pengetahuan responden masuk kategori cukup dengan rerata nilai 58,31. Hasil uji statistik didapatkan P value 0,000 (p value < 0,05), sehingga dapat diartikan pendidikan kesehatan efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini. Dari hasil penelitian ini diharapkan institusi rumah sakit dapat menyusun standart operasional prosedur tentang pendidikan kesehatan pada pasien pra pembedahan abdomen.

4	Elsa Jessica, Rahmaya Nova Handayani, Eza Kemal Firdaus (Jessica et al., 2023)	Pengaruh pemberian edukasi mobilisasi dini terhadap tingkat pengetahuan pada pasien pasca spinal anestesi	di recovery room RSUD Cilacap	2024	<p>Variabel dependen : Tingkat pengetahuan pada pasien pasca spinal anestesi</p> <p>Variabel independent : Pemberian edukasi mobilisasi dini</p>	<p>Populasi : pada penelitian ini seluruh pasien spinal anestesi yang menjalani perawatan di RSUD Cilacap dengan kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi : Pasien dengan usia 18 - 60 tahun, Pasien dalam keadaan sadar (tidak dalam pengaruh obat anestesi)</p> <p>sampel : pada penelitian ini sebanyak 50 responden</p>	<p>Metode penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian ini adalah pra eksperimental dengan desain pre-test dan post-test one group desain yaitu eksperimen yang dilakukan pada satu kelompok tanpa kelompok pembanding. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Cross Sectional. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah consecutive sampling.</p>	<p>Hasil penelitian ini adalah dewasa tengah berusia 31-59 tahun sebanyak 36 responden (72,0%) dengan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 26 responden (52,0%) sedangkan pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 22 responden (44,0%) dan responden paling banyak dalam penelitian ini yaitu belum pernah operasi sebanyak 36 responden (72,0%). hasil uji paired t-test ditentukan oleh nilai signifikansinya (Sig. 2-tailed) diperoleh <i>p value</i> 0.001 ($p < 0,05$) sehingga H_0 diterima yang artinya bahwa terdapat adanya pengaruh edukasi mobilisasi dini terhadap tingkat pengetahuan pada pasien pasca</p>
---	--	---	-------------------------------	------	--	---	--	--

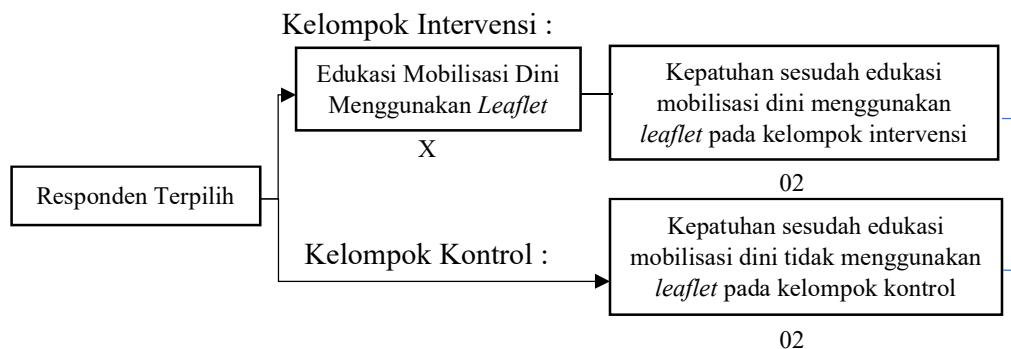
								spinal anestesi atau juga dapat disimpulkan bahwa edukasi mobilisasi dini berpengaruh untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori
Sumber (Mrl et al., 2019).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Hipotesis berperan mengarahkan dalam mengidentifikasi variabel- variabel yang diteliti atau diamati (Notoadmojo, 2010). Adapun hipotesis untuk penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

Ha: Ada pengaruh edukasi mobilisasi dini menggunakan *leaflet* terhadap tingkat kepatuhan pasien post TURP BPH melakukan mobilisasi dini

Ho: Tidak ada pengaruh edukasi mobilisasi dini menggunakan *leaflet* terhadap tingkat kepatuhan pasien post TURP BPH melakukan mobilisasi dini