



**PENGARUH METODE *SOCIALIZATION EXTERNALIZATION CONBINATION*  
*INTERNALIZATION (SECI)* DALAM PENINGKATAN PELAKSANAAN  
*EARLY MOBILIZATION* DI BANGSAL RAWAT INAP**

Thesis

Oleh :

Ns. Karnadi, S.Kep.

NIM : 21902400023

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULKAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2025**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa thesis ini Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 5 Februari 2026

Mengetahui,  
Wakil Dekan I



Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep. Sp.Kep.Mat  
NUPTK. 9941753654230092

Peneliti,



Ns. Karnadi, S.Kep.  
NIM : 21902400023





**PENGARUH METODE *SOCIALIZATION EXTERNALIZATION CONBINATION*  
*INTERNALIZATION (SECI)* DALAM PENINGKATAN PELAKSANAAN  
*EARLY MOBILIZATION* DI BANGSAL RAWAT INAP**

Thesis

Untuk memenuhi persyaratan mencapai S2 Keperawatan

Oleh :

Ns. Karnadi, S.Kep.

NIM : 21902400023

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULKAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**

## ABSTRAK

Mobilisasi dini sebagai komponen utama Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) memainkan peran vital dalam mempercepat pemulihan pasien pasca operasi, mengurangi komplikasi seperti ileus paralitik (20-30%), pneumonia aspirasi, dan ketergantungan opioid, serta mempersingkat lama rawat inap hingga 2-3 hari dibandingkan pendekatan konvensional. Namun, implementasinya di bangsal rawat inap RSI Sultan Agung Semarang masih suboptimal, dengan hanya 60% perawat melaksanakan protokol tepat waktu akibat keterbatasan pengetahuan tacit, kurangnya kolaborasi tim, dan praktik berbasis instruksi verbal satu arah. Penelitian ini menguji efektivitas metode SECI (Socialization-Externalization-Combination-Internalization) dari Nonaka & Takeuchi untuk mentransformasi pengetahuan tersembunyi menjadi praktik eksplisit melalui siklus interaksi sosial, dialog reflektif, sintesis dokumentasi, dan aplikasi klinis berkelanjutan. Dengan desain quasi-eksperimental pretest-posttest control group, 54 perawat dibagi random menjadi kelompok intervensi SECI (n=27, 4 sesi workshop 90 menit) dan kontrol diskusi konvensional (n=27), menggunakan instrumen kuesioner pengetahuan (20 item, reliabilitas 0.87) dan observasi pelaksanaan (checklist 15 indikator, inter-rater reliability 0.92). Analisis non-parametrik Wilcoxon menunjukkan peningkatan signifikan pengetahuan intervensi ( $\Delta=23.7$  poin,  $p<0.001$ ) vs kontrol ( $\Delta=11.9$  poin,  $p=0.008$ ), sementara Mann-Whitney mengonfirmasi superioritas pelaksanaan (88.9% sesuai vs 77.8%,  $p=0.021$ ; OR=2.45, 95%CI 1.12-5.36). SECI unggul karena memfasilitasi knowledge spiral: sosialisasi berbagi pengalaman kasus, eksternalisasi metafor visual protokol, kombinasi guideline ERAS terintegrasi, dan internalisasi simulasi bedside. Temuan ini selaras dengan meta-analisis global (reduksi komplikasi 28%, Ljungqvist et al., 2023) dan berkontribusi pada kebijakan rumah sakit nasional. Rekomendasi mencakup adopsi SECI dalam CPD perawat, pelatihan blended online-offline, dan evaluasi longitudinal untuk sustainabilitas, mendukung target SDGs 3.8 peningkatan kualitas pelayanan kesehatan Indonesia.

**Kata Kunci:** Metode SECI, early mobilization, ERAS, kompetensi perawat, quasi-eksperimen, manajemen pengetahuan.

## ***ABSTRACT***

Early mobilization, a cornerstone of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol, is critical for accelerating postoperative recovery and mitigating complications such as paralytic ileus (20-30%), aspiration pneumonia, and opioid dependence, consequently reducing hospital stay by 2-3 days compared to conventional methods. However, its implementation in the inpatient wards of RSI Sultan Agung Hospital Semarang remains suboptimal, with only 60% of nurses adhering to timely protocols due to limited tacit knowledge, inadequate team collaboration, and reliance on one-way verbal instructions. This study investigated the effectiveness of the SECI (Socialization-Externalization-Combination-Internalization) method, based on Nonaka & Takeuchi's organizational learning theory, in transforming hidden knowledge into explicit practice through a cycle of social interaction, reflective dialogue, documentation synthesis, and continuous clinical application. Employing a quasi-experimental pretest-posttest control group design, 54 nurses were randomly assigned to either the SECI intervention group (n=27, 4 x 90-minute workshop sessions) or a conventional discussion control group (n=27). Knowledge data was collected via a validated questionnaire (20 items, reliability 0.87), and implementation via a structured observation checklist (15 indicators, inter-rater reliability 0.92). Non-parametric Wilcoxon analysis revealed a significant knowledge improvement in the SECI group (pretest median 65.2±8.4 to posttest 88.9±6.2, p<0.001) compared to the control group (65.8±7.9 to 77.8±9.1, p=0.008). Mann-Whitney confirmed the superiority of the SECI group in implementation (88.9% appropriate vs 77.8%, p=0.021; OR=2.45, 95% CI 1.12-5.36). The SECI method excelled by facilitating a knowledge spiral: socialization of case experience sharing, externalization of visual protocol metaphors, combination of integrated ERAS guidelines, and internalization through bedside simulations. These findings align with global meta-analyses reporting a 28% reduction in complications via optimal ERAS, and contribute to national hospital policies. Recommendations include integrating SECI into continuous professional development for nurses, implementing blended online-offline training, and conducting longitudinal evaluations for sustainability, thereby supporting SDG 3.8 targets for improving healthcare quality in Indonesia.

***Keywords:*** SECI method, early mobilization, ERAS, nurse competency, quasi-experimental, knowledge management.

## HALAMAN PERSETUJUAN

Thesis berjudul:

**PENGARUH METODE SOCIALIZATION EXTERNALIZATION  
CONBINATION INTERNALIZATION DALAM PENINGKATAN  
PELAKSANAAN EARLY MOBILIZATION DI BANGSAL RAWAT INAP**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Ns. Karnadi, S.Kep.

NIM: 21902400023

Telah diserahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal: 17 November 2025



Dr. Ns. Suyanto, M.Kep. Sp.Kep.MB.

NUPTK. 2952763664130292

Pembimbing II

Tanggal: 17 November 2025



Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep.

NUPTK. 6852754655231142

**HALAMAN PENGESAHAN**

Thesis berjudul:

**PENGARUH METODE SOCIALIZATION EXTERNALIZATION  
CONBINATION INTERNALIZATION DALAM PENINGKATAN  
PELAKSANAAN EARLY MOBILIZATION DI BANGSAL RAWAT INAP**

Disusun oleh:

Nama: Ns. Karnadi, S.Kep.

NIM: 21902400023

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 3 Desember 2025  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I:

Ns. Herry Susanto, MAN, Ph.D.

NUPTK. 1945763664130252



Penguji II:

Dr. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NUPTK. 2952763664130292



Penguji III:

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep.

NUPTK. 6852754655231142



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep, M.Kep

NUPTK. 1154752653130093

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah robbal'alamiin*

Syukur yang tidak pernah berhenti, peneliti ucapkan kepada Allah SWT atas semua karunia dan keindahan yang telah diberikan-Nya, umur yang panjang, kesehatan, waktu dan kesempatan sehingga peneliti dapat menyelesaikan thesis untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Magister jenjang Strata 2 (S-2) di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan judul : *“Pengaruh Metode Socialization Externalization Combination Internalization (SECI) Dalam Peningkatan Pelaksanaan Early Mobilization Di Bangsal Rawat Inap”*.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan thesis ini. Untuk itu peneliti ucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Ns. Iwan Ardian, SKM, S.Kep, M.Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep, Ketua Prodi S2 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Herry Susanto, MAN, Ph.D, Penguji I yang telah memberikan ilmu, pengarahan, bimbingan dan masukannya dengan penuh ketelitian, senyuman sehingga membuat hati terasa tenang.
4. Dr. Suyanto, M.Kep, Ns.Sp.Kep.MB, Pembimbing I, Penguji II yang sudah memberikan bimbingan dan ilmunya dengan penuh perhatian dan kesabaran, yang tidak pernah bosan memberikan bimbingan, mengajarkan bagaimana cara menyusun thesis dengan benar, menulis dengan benar, bagaimana memberikan pendapat dengan benar, dan masih banyak lagi yang diberikan.
5. Dr. Erna Melastuti, M.Kep, Pembimbing II, Penguji III yang telah memberikan pengarahan bagaimana cara menyusun thesis dengan baik, dan selalu menyempatkan waktunya dalam proses bimbingan terutama disaat beliau sedang bekerja.

6. Seluruh staf dan dosen di lingkungan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Spesial buat istriku dan kedua putra putriku tersayang yang telah banyak membantu, mendukung dan mendoakan saya dalam penyusunan thesis ini.
8. Kepada kedua orang tua saya yang tidak pernah berhenti-hentinya mendoakan dan mendukung saya sehingga dapat menyelesaikan thesis ini.
9. Seluruh keluarga yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan dalam penulisan thesis ini.
10. Seluruh teman-teman Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada saya baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
11. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada saya baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
12. Kepada pihak yang belum saya sebutkan satu-persatu, terima kasih.

Dalam penulisan thesis ini, peneliti menyadari bahwa thesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti dengan segala kekurangan diri dan kerendahan hati memohon kritik dan sarannya agar thesis ini menjadi lebih baik dan bermanfaat bagi semua kalangan pada umumnya dan khususnya bagi peneliti sendiri.

Semarang, 3 Desember 2025

Peneliti

Ns. Karnadi, S.Kep

## DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN JUDUL .....	iii
ABSTRAK .....	iv
ABSTRACT .....	v
HALAMAN PERSETUJUAN .....	vi
HALAMAN PENGESAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	10
A. Tinjauan Teori .....	10
1. Pengetahuan .....	10
2. Edukasi .....	23
3. Perilaku .....	29
4. Metode SECI .....	38
5. Konsep Pendidikan Orang Dewasa .....	44
6. ERAS ( <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> ) .....	51
7. Efek Metode SECI Terhadap Pelaksanaan <i>Early Mobilization</i> .....	56

B. Kerangka Teori.....	59
C. Hipotesa.....	60
BAB III METODE PENELITIAN .....	61
A. Kerangka Konsep.....	61
B. Variabel Penelitian.....	61
C. Jenis dan Desain Penelitian .....	62
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	63
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	66
F. Definisi Operasional.....	66
G. Instrumen / Alat Pengumpulan Data .....	68
H. Metode Pengumpulan Data .....	69
I. Rencana Analisa Data.....	72
J. Etika Penelitian.....	81
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	83
A. Analisis Univariat.....	83
B. Analisis Bivariat.....	91
BAB V PEMBAHASAN.....	103
A. Analisis Univariat.....	103
B. Analisis Bivariat.....	111
BAB VI PENUTUP .....	114
A. Kesimpulan.....	114
B. Saran.....	116
DAFTAR PUSTAKA .....	118
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keuntungan SECI .....	43
Tabel 2.2	Contoh parameter mobilisasi .....	55
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel penelitian .....	67
Tabel 4.1	Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan dan perawat klinik di bangsal rawat inap tahun 2025 .....	83
Tabel 4.2	Distribusi pengetahuan pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap Tahun 2025.....	84
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	85
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	85
Tabel 4.5	Distribusi pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	86
Tabel 4.6	Distribusi frekuensi pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	87
Tabel 4.7	Distribusi frekuensi pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	87
Tabel 4.8	Distribusi pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	88
Tabel 4.9	Distribusi frekuensi pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	88
Tabel 4.10	Distribusi frekuensi pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	89
Tabel 4.11	Distribusi pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok control di bangsal rawat inap tahun 2025.....	89

Tabel 4.12	Distribusi frekuensi pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	90
Tabel 4.13	Distribusi frekuensi pelaksanaan tentang <i>early mobilization</i> setelah metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	90
Tabel 4.14	Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.....	91
Tabel 4.15	Hasil uji normalitas data pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.....	92
Tabel 4.16	Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.....	93
Tabel 4.17	Hasil uji normalitas data pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.....	94
Tabel 4.18	Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	95
Tabel 4.19	Hasil uji normalitas data pelaksanaan <i>early mobilization</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	95
Tabel 4.20	Hasil uji homogenitas .....	97
Tabel 4.21	Perbedaan pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	98
Tabel 4.22	Perbedaan pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025.....	99
Tabel 4.23	Perbedaan pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	99
Tabel 4.24	Perbedaan pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	100
Tabel 4.25	Perbedaan pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	100
Tabel 4.26	Perbedaan pelaksanaan <i>early mobilization</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025.....	101

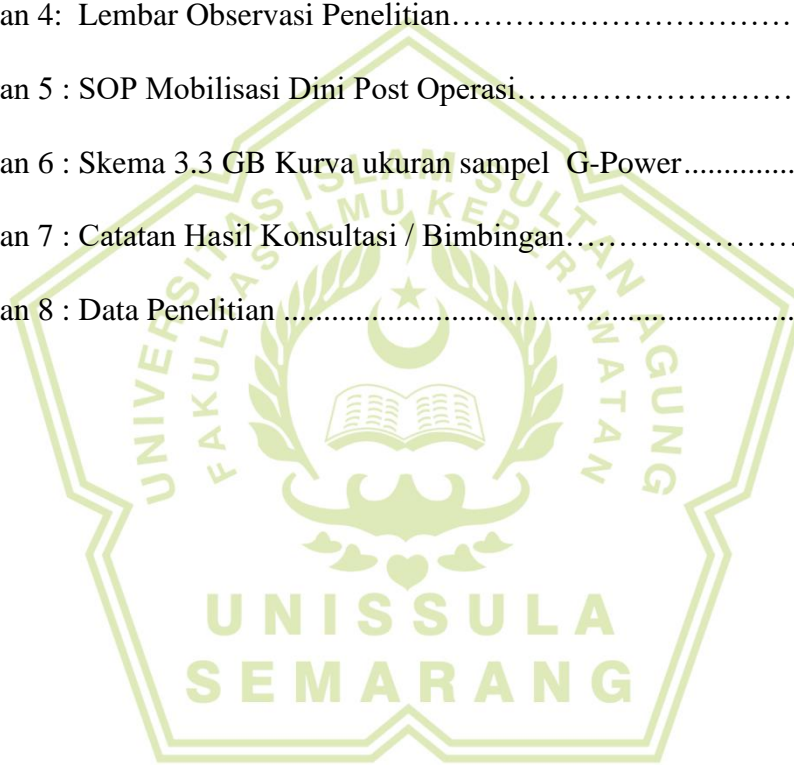
## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Model SECI .....	39
Skema 2.2	Proses Belajar .....	48
Skema 2.3	Piramida Belajar Orang Dewasa.....	50
Skema 2.4	Kerangka Teori .....	59
Skema 3.1	Kerangka Konsep.....	61
Skema 3.2	Jenis Desain Penelitian .....	63



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Permohonan Menjadi Responden.....	122
Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	123
Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian.....	124
Lampiran 4: Lembar Observasi Penelitian.....	126
Lampiran 5 : SOP Mobilisasi Dini Post Operasi.....	128
Lampiran 6 : Skema 3.3 GB Kurva ukuran sampel G-Power.....	131
Lampiran 7 : Catatan Hasil Konsultasi / Bimbingan.....	132
Lampiran 8 : Data Penelitian .....	134



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Manajemen pasca operasi yang efektif di rumah sakit merupakan aspek penting dalam meningkatkan hasil klinis pasien dan mempercepat pemulihan mereka. Salah satu pendekatan yang terbukti efektif adalah *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), yang menekankan pentingnya mobilisasi dini pasien sebagai bagian dari program pemulihan cepat. Kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan salah satu indikator penting dalam meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan pasien (Kehlet & Wilmore, 2017). Salah satu pendekatan inovatif dalam meningkatkan kualitas layanan adalah melalui program *Enhanced Recovery After Surgery*. ERAS merupakan protokol yang dirancang untuk mempercepat pemulihan pasien pascaoperasi, dengan salah satu komponen utamanya adalah *early mobilization* atau mobilisasi dini (Kehlet & Wilmore, 2017). Meskipun memiliki banyak manfaat, pelaksanaan mobilisasi dini di bangsal rawat inap sering kali belum optimal karena berbagai kendala, termasuk kurangnya pengetahuan dan praktik yang sesuai dikalangan tenaga kesehatan. Hal ini seringkali berujung pada pelaksanaan yang tidak konsisten dan keterbatasan dalam memaksimalkan manfaat *early mobilisasi* untuk pasien (Jurt et al., 2020).

Dari sebuah penelitian menunjukkan bahwa penerapan *early mobilization* mampu mengurangi waktu rawat inap, mempercepat pemulihan,

dan menurunkan komplikasi pasca operasi hingga 30% (Ljungqvist et al. 2017). Dari penelitian metode konvensional menunjukkan rata-rata durasi rawat inap pasien 7-10 hari. Penundaan pemberian makanan sering kali menyebabkan ileus paralitik, yakni kegagalan usus untuk kembali bekerja secara normal setelah operasi (Academic Journal, 2023). Ketergantungan pada opioid untuk mengontrol nyeri menyebabkan efek samping seperti mual, muntah, konstipasi, dan penurunan kesadaran. Komplikasi ini dapat menghambat mobilisasi dini dan mempengaruhi pemulihan. Pada metode konvensional, kejadian ileus dilaporkan sekitar 20-30% (Frontiers in Surgery, 2023). Dari hasil pengamatan dilapangan pada pasien setelah tindakan medis operasi banyak ditemukan permasalahan yang dikeluhkan seorang pasien, diantaranya pasien mengeluh nyeri, perut terasa begah dan kembung, pasien takut mobilisasi, permasalahan ini harus mendapat perhatian khusus bagi seorang perawat.

*Early* mobilisasi idealnya dapat dilakukan segera pada pasien setelah dilakukan tindakan operasi, mulai dari latihan di tempat tidur, menggerakkan tungkai miring kiri dan miring kanan, bangun dan duduk di tempat tidur dan mulai latihan berdiri disamping tempat tidur (Kozier, Erb, Berman, dan Snyder, 2010). Pemenuhan kebutuhan mobilisasi dini yang dilakukan oleh perawat sangat penting dilakukan karena dapat mengurangi risiko yang timbulkan, Dengan adanya perubahan pengetahuan dan pelaksanaan tindakan perawat selanjutnya dapat mempengaruhi

profesionalisme dalam melakukan *early mobilization* sebagai proses pemulihan pasien pasca operasi (Rogers, 2014).

Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien post operasi meliputi pelemahan (memburuknya keadaan), keterbatasan fungsi tubuh dan cacat. Pelemahan meliputi nyeri akut pada bagian lokasi operasi, takut dan keterbatasan LGS (Lingkup Gerak Sendi). Keterbatasan fungsi tubuh meliputi ketidakmampuan berdiri, berjalan, serta ambulasi dan cacat meliputi aktivitas yang terganggu karena keterbatasan gerak akibat nyeri dan prosedur medis (Kristiantari, 2019). Namun, meskipun bukti ilmiah mendukung manfaat ERAS, penerapan metode ini diberbagai rumah sakit masih menemui kendala. Menurut sebuah survei nasional di Amerika Serikat, hanya 60% tenaga kesehatan yang merasa memiliki pengetahuan yang memadai mengenai komponen ERAS, dengan mayoritas tenaga medis melaporkan perlunya pelatihan tambahan (White et al., 2021). Berdasarkan wawancara kepala ruangan di Ruang Baitus Salam 1 RSI Sulatan Agung pada Bulan Oktober 2024 menjelaskan bahwa perawat hanya memberikan arahan pasien *post* operasi untuk meningkatkan mobilisasi pada pasien pasca operasi, yaitu dengan menggerakkan anggota tubuhnya seperti kaki dan tangannya. Kegiatan memiringkan tubuh ke kanan dan ke kiri pada saat 6-12 jam setelah operasi.

Dari hasil wawancara sebanyak 5 perawat perawat di bangsal program mobilisasi dini belum berjalan dengan maksimal, pasien melakukan mobilisasi dini di hari kedua setelah operasi. *Problem* perilaku perawat belum melaksanakan mobilisasi dini masih sebatas sebuah intruksi satu arah dan

perawat kepada pasien atau sebuah advis oleh dokter. Sejalan dengan upaya untuk mengatasi tantangan tersebut, metode SECI telah muncul sebagai pendekatan yang efektif dalam peningkatan dan manajemen pengetahuan. Metode ini yang berfokus pada bagaimana pengetahuan tacit (tersembunyi) diubah menjadi pengetahuan eksplisit melalui interaksi sosial dan kolaborasi antar tenaga medis. Dalam konteks rumah sakit, metode SECI diyakini dapat memfasilitasi proses transfer pengetahuan yang lebih baik antarprofesional Kesehatan (Nonaka dan Takeuchi Nakamura, T., et al., 2019).

Selain itu hasil penelitian yang dilakukan menemukan bahwa metode SECI mampu meningkatkan kolaborasi antar tim medis, yang pada akhirnya memperbaiki hasil perawatan pasien (Nakamura et al., 2019). Metode SECI, yang berakar dari teori manajemen pengetahuan, telah terbukti meningkatkan transfer pengetahuan antarprofesional dan mempromosikan pembelajaran berkelanjutan dalam berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan (Garcia et al., 2023). Studi mengungkapkan bahwa penerapan metode SECI dapat meningkatkan keterlibatan tenaga medis dan memperkuat pemahaman mengenai praktik perawatan yang kompleks, Metode ini memiliki sejumlah kelebihan dan kekurangan yang perlu diperhatikan saat diimplementasikan (Wong et al., 2022). Kelebihan metode SECI ini meliputi terjadi peningkatan inovasi, pembelajaran berkelanjutan, pengelolaan pengetahuan yang efektif dan meningkatkan kolaborasi. Selain kelebihan terdapat pula kekurangan metode SECI diantaranya kekurangan dalam implementasi, ketergantungan

budaya organisasi, memerlukan sumberdaya yang besar serta potensi informasi berlebih (Farnese et al., 2019).

Penerapan metode SECI dalam pelatihan dan edukasi kesehatan di rumah sakit belum banyak diteliti, terutama dalam konteks meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan mobilisasi dini di bangsal rawat inap. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pelatihan berbasis pengetahuan eksplisit saja tidak cukup untuk menciptakan perubahan perilaku yang signifikan dalam praktik klinis (Lawal & Rotimi, 2021). Oleh karena itu, penelitian ini penting untuk mengeksplorasi bagaimana metode SECI dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dan mengoptimalkan pelaksanaan mobilisasi dini sesuai dengan standar ERAS.

Menanggapi tantangan ini, konsep pengetahuan menjadi sangat relevan, khususnya melalui metode SECI (Sosialisasi, Eksternalisasi, Kombinasi, Internalisasi). Metode SECI telah diakui sebagai pendekatan efektif dalam peningkatan dan manajemen pengetahuan, yang berfokus pada transformasi pengetahuan *tacit* (tersembunyi) menjadi pengetahuan eksplisit melalui interaksi sosial dan kolaborasi antar tenaga medis [Latar Belakang Masalah.docx]. Dalam konteks rumah sakit, metode SECI dapat memfasilitasi transfer pengetahuan yang lebih baik antar profesional kesehatan, seperti yang diungkapkan oleh Nonaka dan Takeuchi Nakamura, T., et al. (2019).

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa metode SECI mampu meningkatkan kolaborasi antar tim medis, yang pada gilirannya memperbaiki hasil perawatan pasien (Nakamura et al., 2019). Metode ini, yang berakar dari

teori manajemen pengetahuan, terbukti meningkatkan transfer pengetahuan antar profesional dan mempromosikan pembelajaran berkelanjutan di berbagai sektor, termasuk kesehatan (Garcia et al., 2023). Studi lebih lanjut mengungkapkan bahwa penerapan metode SECI dapat meningkatkan keterlibatan tenaga medis dan memperkuat pemahaman praktik perawatan yang kompleks. Meskipun memiliki kelebihan seperti peningkatan inovasi, pembelajaran berkelanjutan, pengelolaan pengetahuan yang efektif, dan peningkatan kolaborasi, metode SECI juga memiliki kekurangan seperti tantangan implementasi, ketergantungan pada budaya organisasi, kebutuhan sumber daya yang besar, dan potensi informasi berlebih (Farnese et al., 2019).

Penerapan metode SECI dalam pelatihan dan edukasi kesehatan di rumah sakit masih belum banyak diteliti, terutama dalam konteks peningkatan pengetahuan dan pelaksanaan mobilisasi dini di bangsal rawat inap. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pelatihan berbasis pengetahuan eksplisit saja tidak cukup untuk menciptakan perubahan perilaku yang signifikan dalam praktik klinis (Lawal & Rotimi, 2021). Oleh karena itu, penelitian ini menjadi penting untuk mengeksplorasi bagaimana metode SECI dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dan mengoptimalkan pelaksanaan mobilisasi dini sesuai dengan standar ERAS.

Dengan latar belakang ini, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi lebih lanjut bagaimana metode SECI dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan khususnya perawat serta mengoptimalkan pelaksanaan mobilisasi dini (ERAS) di bangsal rawat inap.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan terhadap upaya peningkatan kualitas perawatan kesehatan di rumah sakit, khususnya dalam konteks pemulihan pasca operasi.

## **B. Perumusan Masalah**

Permasalahan yang terjadi dari latar belakang realita di lapangan memang banyak yang di timbulkan pasien pasca operasi, seperti kelemahan anggota tubuh, nyeri, keterbatasan gerak hingga kecacatan pada fisik, dan dan keterbatasan sehingga berkurangnya lingkup gerak sendi. Selain itu permasalahan lain pemahaman tentang pengetahuan perawat di bangsal dan pelaksanaan protokol mobilisasi dini (ERAS) saat ini belum berjalan dengan maksimal, dan masih sebuah intruksi satu arah dari perawat ke pasien. Selain itu juga dalam peningkatan pengetahuan perawat masih sebatas sosialisasi.

Berdasarkan dari uraian latar belakang di atas, pertanyaan pada penelitian ini adalah “Adakah pengaruh metode SECI dalam peningkatan pelaksanaan *early mobilization* di bangsal rawat inap?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh metode SECI dalam peningkatan pelaksanaan *early mobilization* di bangsal rawat inap.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis karakteristik responden (umur, pendidikan dan perawat klinik).
- b. Menganalisis pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.
- c. Menganalisis pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.
- d. Menganalisis pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.
- e. Menganalisis pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.
- f. Menganalisis perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi
- g. Menganalisis perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.
- h. Menganalisis perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah dan memperkaya konsep dan teori yang menyongsong pengembangan ilmu keperawatan di pendidikan

maupun dilingkungan pelayanan keperawatan secara klinis di Rumah sakit.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi peneliti lain yang berminat untuk melakukan penelitian lanjutan.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi Rumah Sakit dalam merawat pasien *post* operasi, juga dalam meningkatkan pengetahuan dan mutu kerja perawat.

### b. Bagi Perawat

Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menambah pengetahuan tentang metode SECI, pelaksanaan *early mobilization*.

### c. Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan untuk menambah pengetahuan dan meningkatkan kesadaran pasien tentang pentingnya mobilisasi dini pasca operasi.

### d. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang metode SECI dalam pelaksanaan *early mobilization*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Pengetahuan**

###### **a. Pengertian pengetahuan**

Pengetahuan adalah pemahaman, keterampilan, atau wawasan yang diperoleh melalui pendidikan, pengalaman, atau pembelajaran yang sistematis. Secara umum, pengetahuan dapat dikategorikan sebagai informasi yang memberikan landasan untuk memahami dan bertindak secara efektif dalam konteks tertentu. Pengetahuan bersifat dinamis dan terus berkembang melalui interaksi antara individu, komunitas, dan lingkungan. Dalam konteks organisasi, pengetahuan menjadi aset penting untuk inovasi dan keunggulan kompetitif.

Studi menegaskan pentingnya pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan dalam meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tenaga kesehatan yang mendapatkan pelatihan reguler mengenai mobilisasi dini lebih mampu menerapkan teknik yang aman dan efektif dalam program *early* mobilisasi ERAS, yang pada gilirannya meningkatkan hasil klinis pasien. Pelatihan yang dirancang secara tepat memungkinkan perawat dan staf medis lainnya memahami protokol *early* mobilisasi ERAS

secara komprehensif, termasuk kapan dan bagaimana memobilisasi pasien dengan aman (Bailey et al., 2023).

Pengetahuan yang diperoleh melalui pelatihan tidak hanya bersifat teoretis, tetapi juga mencakup latihan praktis yang memungkinkan tenaga kesehatan untuk mempraktikkan teknik mobilisasi secara langsung. Latihan ini memungkinkan staf medis untuk mengantisipasi dan menangani situasi klinis yang kompleks, seperti pasien dengan risiko jatuh tinggi atau pasien yang mengalami nyeri hebat setelah operasi.

Selain itu, peningkatan pengetahuan klinis tidak hanya bermanfaat bagi pasien tetapi juga memberikan dampak positif pada efisiensi pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kompetensi staf kesehatan dalam pelaksanaan mobilisasi dini melalui program ERAS berhubungan dengan penurunan lama rawat inap, pengurangan komplikasi pascaoperasi, serta peningkatan kepuasan pasien. Dengan demikian, pengembangan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan secara berkelanjutan berkontribusi langsung terhadap keberhasilan implementasi ERAS (Lira et al., 2021).

Pengetahuan ini juga harus disertai dengan kemampuan untuk beradaptasi dengan berbagai kondisi pasien, mengingat tidak semua pasien pascaoperasi memiliki kemampuan yang sama untuk dimobilisasi dini. Kondisi klinis seperti tingkat nyeri, kondisi medis

yang mendasari, dan jenis operasi yang dilakukan harus dipertimbangkan dalam menentukan strategi mobilisasi dini yang sesuai untuk setiap individu. Strategi individualisasi dalam ERAS, termasuk dalam mobilisasi dini, sangat bergantung pada pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan untuk menilai kondisi pasien secara akurat dan merancang rencana perawatan yang paling sesuai (Kehlet dan Wilmore, 2020).

Pelatihan yang berkelanjutan juga diperlukan untuk memastikan bahwa staf medis tetap *up-to-date* dengan praktik terbaik yang terbaru dalam ERAS. Seiring dengan perkembangan penelitian dan teknologi medis, protokol ERAS terus diperbarui untuk mengoptimalkan hasil klinis. Sebagai contoh bahwa pelaksanaan program pelatihan berkelanjutan yang berbasis model SECI dalam organisasi kesehatan memungkinkan staf medis untuk lebih mudah mengadopsi perubahan protokol klinis dan berbagi pengetahuan baru diantara mereka (Sharma et al. ,2021).

Oleh karena itu, pelatihan berkelanjutan bukan hanya tentang pengetahuan dasar, tetapi juga tentang menciptakan budaya pembelajaran diantara tenaga kesehatan. Ketika mereka mampu berbagi pengetahuan melalui pengalaman praktis (sosialisasi), menyusun panduan berdasarkan pengalaman tersebut (eksternalisasi), menyatukan berbagai sumber pengetahuan (kombinasi), dan menerapkan pengetahuan tersebut dalam praktik sehari-hari

(internalisasi), maka mereka akan lebih siap untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi yang sesuai dengan protokol ERAS. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2018). Menurut Blum (dalam Notoatmodjo, 2018) adanya tiga area, wilayah, ranah atau domain perilaku yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (tindakan).

1) Ranah kognitif (*cognitive domain*)

Ranah kognitif dapat diukur dari pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, lidah dan sebagainya).

2) Ranah afektif (*affective domain*)

Ranah afektif dapat diukur dengan sikap. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap belum merupakan tindakan tetapi merupakan predisposisi perilaku atau reaksi tertutup.

3) Ranah psikomotor (*psychomotor domain*)

Ranah psikomotor dapat diukur dari keterampilan. Ranah psikomotor merupakan suatu sikap yang belum tentu terwujud dalam tindakan.

**b. Tingkat pengetahuan**

Cakupan dalam tingkatan pengetahuan yaitu:

- 1) Tahu (*know*). Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.
- 2) Memahami (*comprehension*). Memahami merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*application*). Aplikasi merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
- 4) Analisis (*analysis*). Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*synthesis*). Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dan dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada,
- 6) Evaluasi (*evaluation*). Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi. Penilaian-penilaian

ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo dalam Kholid, 2018).

**c. Cara memperoleh pengetahuan**

Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo (2018), adalah sebagai berikut:

1) Cara non ilmiah

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba lagi dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan (Notoatmodjo, 2018).

b) Cara kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2018).

c) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara lain dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun

informal, para pemuka agama, pemegang pemerintahan dan sebagainya. Pengetahuan ini diperoleh berdasarkan pada pemegang otoritas, yakni orang yang mempunyai wibawa atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan atau ilmuwan. Prinsip inilah, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan pendapat sendiri (Notoatmodjo, 2018).

d) Berdasarkan pengalaman

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 2018).

e) Cara akal sehat (*common sense*)

Akal sehat kadang-kadang dapat menemukan teori kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasehat orang tuanya, atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya tersebut salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini

sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak-anak (Notoatmodjo, 2018).

f) Kebenaran melalui wahyu

Ajaran agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak. Sebab kebenaran ini diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan bukan karena hasil usaha penalaran atau penyelidikan manusia (Notoatmodjo, 2018).

g) Secara intuitif

Kebenaran yang secara intuitif diperoleh manusia secara cepat melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang dapat diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak hanya menggunakan cara-cara yang rasional dan sistematis. Kebenaran ini bisa diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati (Notoatmodjo, 2018).

h) Melalui jalan pikiran

Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan dalam pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi (Notoatmodjo, 2018).

i) Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pertanyaan-pertanyaan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berpikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemungkinan disimpulkan kedalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala. Karena proses berfikir induksi itu beranjak dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak (Notoatmodjo, 2018).

j) Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pertanyaan-pertanyaan umum ke khusus. Dalam berfikir deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara

umum, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi (Notoatmodjo, 2018).

## 2) Cara ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini juga bisa disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metode penelitian (*research methodology*) (Notoatmodjo, 2018).

### d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Syah (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

#### 1) Faktor internal

Faktor internal yang dimaksud adalah keadaan atau kondisi jasmani. Faktor internal terdiri dari dua aspek, yaitu:

##### a) Aspek fisiologis

Kondisi umum yang menandai tingkat kebugaran organ-organ tubuh dan sendi-sendinya dapat mempengaruhi semangat dan intensitas dalam mengikuti pelajaran. Kondisi organ yang lemah dapat menurunkan kualitas semangat belajar, sehingga materi yang dipelajari kurang atau tidak berbekas. Kesehatan indra pendengaran juga dapat mempengaruhi kemampuan dalam menyerap informasi dan pengetahuan.

b) Aspek psikologis

Banyak faktor yang termasuk dalam aspek psikologis yang dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas pengetahuan, di antara faktor-faktor tersebut ada faktor rohani yang dipandang lebih esensial adalah sebagai berikut:

(1) Inteligensia

Tingkat kecerdasan manusia atau *Intelligence Quotient* (IQ) tak dapat diragukan lagi sangat menentukan tingkat pengetahuan.

(2) Sikap

Sikap yang positif terhadap materi yang disajikan merupakan pertanda awal yang baik bagi proses belajar, sebaiknya sikap negatif terhadap materi pelajaran menimbulkan kesulitan dalam belajar.

(3) Bakat

Seseorang akan lebih mudah menyerap pengetahuan apabila sesuai dengan bakat yang dimilikinya. Secara umum, bakat dikumpulkan potensial dimiliki untuk mencapai keberhasilan.

(4) Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk menekuni dan memperhatikan suatu hal

dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

#### (5) Motivasi

Pengertian dasar motivasi adalah keadaan internal organisme baik manusia maupun hewan yang mendorong untuk berbuat sesuatu. Dalam pengertian itu, motivasi berarti pemasok daya untuk bertingkah laku secara terarah.

#### 2) Faktor eksternal

##### a) Lingkungan sosial

Lingkungan sosial sekolah seperti para staf, administrasi dan teman-teman dapat mempengaruhi semangat belajar seseorang. Para guru yang selalu menunjukkan sikap dan perilaku yang simpatik dan memperhatikan siswa teladan yang baik dan rajin khususnya dalam belajar, misalnya rajin belajar dalam berdiskusi, dapat menjadi daya dorong yang positif bagi kegiatan belajar.

##### b) Lingkungan non sosial

Faktor-faktor yang termasuk lingkungan non sosial adalah gedung tempat belajar, rumah, tempat dan letaknya, alat-alat belajar, cuaca dan waktu belajar yang digunakan siswa, faktor-faktor ini dipandang turut menentukan tingkat keberhasilan seseorang.

### 3) Faktor pendekatan belajar

Faktor pendekatan belajar adalah jenis upaya belajar yang meliputi strategi dan metode yang digunakan untuk melakukan metode pembelajaran.

#### e. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan menanyakan kepada seseorang agar ia mengungkapkan apa yang diketahui dalam bentuk jawaban. Jawaban tersebut yang merupakan reaksi dari stimulus yang diberikan baik dalam bentuk pertanyaan langsung maupun tertulis. Pengetahuan pengukuran dapat berupa kuesioner maupun wawancara (Blum dalam Notoatmodjo, 2012).

Menurut Arikunto dalam Putri (2015) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan ini dapat dinilai dari penguasaan seseorang terhadap objek atau materi tes yang bersifat objektif maupun *essay*. Penilaian secara objektif seseorang akan diberikan pertanyaan tentang suatu objek atau pokok bahasan yang berupa jenis pemilihan ganda, kuesioner dan sebagainya. Masing-masing jenis pertanyaan memiliki nilai bobot tertentu, setelah itu akan diperoleh skor setiap responden dari setiap pertanyaan yang dijawab benar.

#### 1) Pertanyaan subjektif

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pertanyaan *essay* digunakan dengan penilaian yang melibatkan

faktor subjektif dari penilai, sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilai dari waktu ke waktu.

2) Pertanyaan objektif

Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choise*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat dinilai secara pasti oleh penilai.

Menurut Arikunto dalam Putri (2015) pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu:

- 1) Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 2) Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 57-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 3) Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab  $\leq 56\%$ .

**2. Edukasi**

**a. Pengertian edukasi**

Edukasi merupakan proses pengembangan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan nilai-nilai, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup individu dan kelompok. Secara umum, edukasi mencakup pendidikan formal dan informal, yang masing-masing memiliki kontribusi penting dalam mencetak masyarakat yang terampil dan berpengetahuan. Studi terbaru menyatakan bahwa edukasi harus lebih terfokus pada pengembangan keterampilan abad ke-21, seperti kemampuan berpikir kritis, kreatif, kolaboratif, dan

berkomunikasi (Anderson, 2021). Edukasi adalah bagian integral dari keperawatan yang melibatkan proses komunikasi dan interaksi antara pemberi edukasi (perawat atau tenaga kesehatan) dengan penerima edukasi (pasien atau keluarga). Proses ini mencakup upaya untuk memotivasi dan memberdayakan individu agar mampu berperan aktif dalam pengelolaan kesehatannya, Nursalam (2020).

#### **b. Metode edukasi**

Pendekatan-pendekatan baru dalam pendidikan terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi. Metode seperti *blended learning*, *flipped classroom*, dan *personalized learning* semakin diterapkan, terutama di lingkungan pendidikan tinggi. *Blended learning* mengombinasikan metode pembelajaran tatap muka dengan digital, memberikan fleksibilitas kepada siswa dalam belajar kapan saja dan di mana saja (Graham et al., 2019). *Flipped classroom* adalah metode di mana siswa mengakses materi pembelajaran sebelum kelas, sehingga waktu di kelas digunakan untuk diskusi dan pemecahan masalah. Penelitian menunjukkan metode ini dapat meningkatkan keterlibatan siswa dan hasil belajar (Hernandez et al., 2022).

#### **c. Peran teknologi dalam edukasi**

Perkembangan teknologi digital, seperti internet, kecerdasan buatan, dan realitas virtual, sangat memengaruhi cara belajar dan mengajar. Teknologi memungkinkan akses informasi yang lebih luas

dan fleksibel, serta mendukung model pembelajaran jarak jauh dan *e-learning*. Selain itu, teknologi juga memberikan kesempatan untuk personalisasi pembelajaran, di mana sistem pembelajaran adaptif dapat menyesuaikan materi sesuai dengan kebutuhan dan kecepatan belajar siswa. Teknologi juga memfasilitasi *gamification* dalam pembelajaran, yang bisa meningkatkan motivasi dan keterlibatan siswa (Fang & Zhang, 2021).

**d. Faktor yang mempengaruhi edukasi**

1) Faktor individu

- a) Motivasi intrinsik dan ekstrinsik: Motivasi adalah dorongan yang mempengaruhi keinginan siswa untuk belajar. Penelitian menunjukkan bahwa motivasi intrinsik (seperti minat pribadi) dan motivasi ekstrinsik (seperti penghargaan) berperan penting dalam hasil akademik siswa (Deci & Ryan, 2021).
- b) Gaya belajar dan kognisi: Setiap individu memiliki gaya belajar yang berbeda, termasuk visual, auditori, dan kinestetik. Gaya belajar dan kapasitas kognitif ini menentukan bagaimana siswa memahami dan mengaplikasikan materi pembelajaran (Kolb, 2020).

2) Faktor keluarga

- a) Dukungan emosional dan akademik: Keterlibatan orang tua dalam pendidikan anak mereka berkaitan dengan pencapaian

akademik yang lebih baik. Dukungan emosional membantu siswa merasa lebih percaya diri, sementara dukungan akademik membantu siswa dalam mengatasi tantangan belajar (Smith & Houghton, 2020).

- b) Status Sosial Ekonomi (SES): Status sosial ekonomi keluarga berpengaruh terhadap akses ke sumber daya pendidikan. Penelitian menunjukkan bahwa siswa dari keluarga dengan SES lebih tinggi memiliki akses yang lebih baik ke materi belajar, bimbingan akademik, dan teknologi pendidikan (Williams & Johnson, 2019).

### 3) Faktor sosial

- a) Pengaruh Teman Sebaya: Lingkungan sosial di sekitar siswa, terutama pengaruh teman sebaya, memengaruhi minat dan sikap siswa terhadap pembelajaran. Teman sebaya dapat memberikan dukungan atau tantangan akademik, yang memengaruhi keterlibatan siswa dalam pembelajaran (Hughes, 2022).
- b) Nilai dan Norma Sosial: Norma sosial dalam masyarakat yang mementingkan pendidikan dapat memotivasi siswa untuk meraih prestasi akademik yang lebih tinggi. Sebaliknya, lingkungan yang kurang mendukung pendidikan bisa menghambat motivasi belajar (Anderson, 2021).

#### 4) Faktor teknologi

- a) Akses teknologi dan literasi digital: Dalam era digital, akses ke teknologi seperti komputer dan internet sangat berpengaruh pada kemampuan belajar siswa. Literasi digital memungkinkan siswa untuk lebih mudah memahami materi melalui berbagai media pembelajaran daring (Fang & Zhang, 2021).
- b) Pengaruh teknologi pada interaksi sosial: Teknologi memungkinkan interaksi sosial jarak jauh yang mendukung pembelajaran kolaboratif, tetapi juga dapat menyebabkan gangguan perhatian jika digunakan tanpa batasan yang tepat (Park & Lee, 2023).

#### 5) Faktor institusi pendidikan

- a) Kualitas guru dan metode pembelajaran: Guru yang berkualitas memainkan peran penting dalam keberhasilan akademik siswa. Keterampilan guru dalam menggunakan metode pembelajaran interaktif dan berbasis teknologi membantu meningkatkan pemahaman siswa (Hernandez et al., 2022).
- b) Fasilitas pendidikan: Fasilitas yang memadai, seperti laboratorium dan perpustakaan, memberikan siswa akses untuk mengembangkan pengetahuan mereka secara praktis

dan mendalam. Fasilitas yang tidak memadai seringkali membatasi pengalaman belajar siswa (Graham et al., 2019).

6) Faktor kebijakan dan lingkungan pendidikan

a) Kebijakan pendidikan dan kurikulum: Pemerintah berperan besar dalam menentukan standar kurikulum dan kebijakan pendidikan, termasuk anggaran pendidikan. Kurikulum yang sesuai dengan perkembangan zaman membantu siswa mempersiapkan diri menghadapi tantangan global (Smith & Houghton, 2020).

b) Lingkungan fisik sekolah: Lingkungan sekolah yang aman dan nyaman mendukung proses belajar. Studi menunjukkan bahwa lingkungan sekolah yang baik dapat meningkatkan konsentrasi dan motivasi belajar siswa (Li & Xu, 2020).

**e. Dampak psikologis edukasi modern**

Transisi ke pembelajaran daring dan penggunaan teknologi yang intensif dalam pendidikan telah menimbulkan berbagai dampak psikologis. Sebuah studi menemukan bahwa siswa yang mengikuti pembelajaran daring memiliki kecenderungan tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan pembelajaran tatap muka, terutama dalam situasi pandemi. Ini disebabkan oleh keterbatasan interaksi sosial dan perubahan lingkungan belajar yang drastis (Park & Lee, 2023). Namun, pada sisi lain, penelitian juga menunjukkan bahwa pembelajaran daring bisa lebih inklusif bagi mereka yang memiliki

kesulitan akses ke pendidikan formal atau yang membutuhkan fleksibilitas waktu belajar.

**f. Edukasi di bidang kesehatan**

Dalam bidang kesehatan, edukasi tidak hanya berlaku bagi tenaga kesehatan tetapi juga pasien. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyakit dan pengobatan yang dijalani dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan kualitas hidup pasien. Di era digital, edukasi kesehatan kini dapat dilakukan melalui aplikasi kesehatan yang menawarkan informasi kesehatan, manajemen penyakit kronis, dan telekonsultasi (Li & Xu, 2020).

**g. Tantangan dan implementasi**

Meskipun teknologi telah membuka banyak peluang, ada beberapa tantangan dalam penerapan edukasi modern. Tantangan ini termasuk ketimpangan akses teknologi, keterbatasan literasi digital, dan keterbatasan finansial. Masalah ketimpangan akses digital menjadi tantangan utama, terutama di negara-negara berkembang. Banyak institusi pendidikan berupaya mengatasi hambatan ini dengan memberikan akses perangkat dan konektivitas, tetapi masalah ketidakmerataan masih sangat terasa (Anderson, 2021).

**3. Perilaku**

**a. Pengertian perilaku**

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian

dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini. Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia baik yang diamati maupun tidak dapat diamati oleh interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku secara lebih rasional dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan dari luar subyek tersebut. Respon ini terbentuk dua macam yakni bentuk pasif dan bentuk aktif dimana bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat dari orang lain sedangkan bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi secara langsung (Adventus, dkk, 2019).

Menurut Notoatmodjo (2018) perilaku dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manusia dapat diartikan sebagai suatu aktivitas yang sangat kompleks sifatnya, antara lain perilaku dalam berbicara, berpakaian, berjalan, persepsi, emosi, pikiran dan motivasi. Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2018)

Teori Bloom dalam Notoatmodjo (2018), mengatakan bahwa perilaku manusia terbagi menjadi tiga macam domain, yaitu domain kognitif, afektif, dan psikomotor. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang paling esensial dalam membentuk tindakan seseorang. batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikannya itu

mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku, yang terdiri dari: ranah kognitif (*cognitive domain*) ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Skinner (2018) membedakan adanya dua respons, yaitu:

- 1) *Respondent response (reflexive)* yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons yang relatif tetap, misalnya makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih dan menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta dan sebagainya.
- 2) *Operant response (instrumental response)* yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulator* dan *reinforce*, karena memperkuat respons. Misalnya seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respons terhadap uraian tugasnya) kemudian memperoleh penghargaan diri atasannya maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Menurut Damayanti (2017) dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini maka perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu:

- 1) Perilaku tertutup (*convert behavior*) yakni respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- 2) Perilaku terbuka (*overt behavior*) yakni respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

**b. Faktor yang mempengaruhi perilaku**

Menurut Lawrence Green dalam Damayanti (2017) kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu: faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*).

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor ini dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat

sosial ekonomi, dan sebagainya. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

2) Faktor pendukung (*enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan tinja ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit (RS), poliklinik, pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos poliklinik desa (Polindes), pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta, dan sebagainya. Masyarakat perlu sarana dan prasarana pendukung untuk berperilaku sehat.

3) Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga di sini Undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja dalam berperilaku sehat, melainkan diperlukan juga perilaku contoh atau acuan dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih para

petugas kesehatan. Undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

**c. Domain perilaku**

Menurut Bloom dalam Adventus, dkk (2019) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Perilaku terbagi dalam tiga domain yaitu:

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

2) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Dalam kehidupan sehari-hari, sikap merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni:

- a) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.

- b) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- c) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- a) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi, dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian seseorang terhadap ceramah-ceramah.
- b) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan berarti orang dapat menerima ide tersebut.
- c) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkatan yang ketiga. Misalnya: seorang ibu yang mengajak ibu yang lain untuk pergi menimbang anaknya ke Posyandu.
- d) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggungjawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3) Praktek atau tindakan (*practice*)

Tindakan terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- a) Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan tindakan tingkat pertama.
- b) Respon terpimpin (*guided respons*), dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh merupakan indicator tindakan tingkat kedua.
- c) Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai tindakan tingkat ketiga.
- d) Adaptasi (*adaptation*), adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

**d. Proses perilaku “tahu”**

Menurut Notoatmodjo (2018), perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamat oleh pihak luar. Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

- 2) *Interest* (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) individu atau mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Adaptation* dimana individu mulai menerima kondisi baru atau mulai stimulus.

**e. Perubahan perilaku**

Menurut Hosland, dkk dalam Damayanti (2017) perubahan perilaku pada hakekatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- 1) *Stimulus* atau rangsangan yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Stimulus yang tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu dan berhenti di sini. *Stimulus* yang diterima oleh organisme berarti ada perhatian individu dan stimulus tersebut efektif.
- 2) *Stimulus* yang telah mendapatkan perhatian dari organisme maka rangsangan ini akan dimengerti dan dilanjutkan pada proses berikutnya.

- 3) Organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya atau bersikap.
- 4) Akhirnya dengan fasilitas dan dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut atau perubahan perilaku.

**f. Pengukuran perilaku**

Menurut Notoatmodjo dalam Damayanti (2018) ada dua cara dalam melakukan pengukuran perilaku yaitu:

- 1) Perilaku dapat diukur secara langsung yakni wawancara terhadap kegiatan yang dilakukan beberapa jam, hari, bulan yang lalu (*recall*).
- 2) Perilaku yang diukur secara tidak langsung yakni, dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

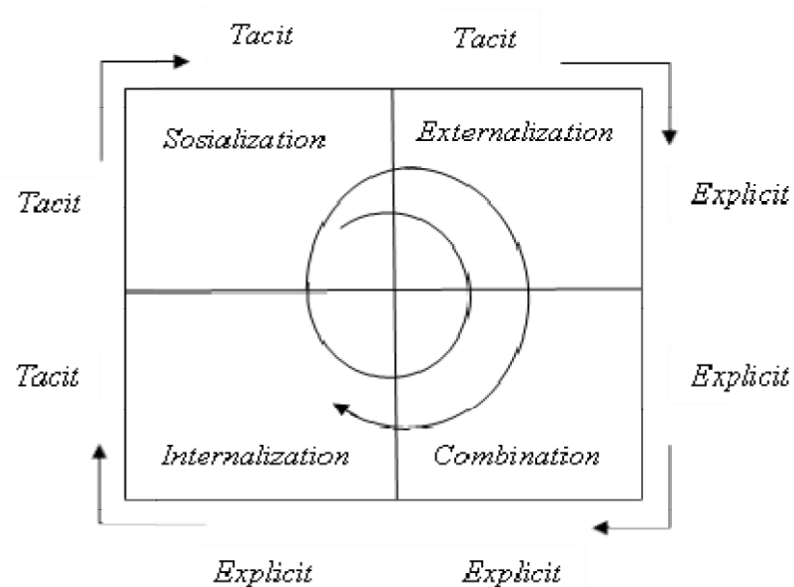
**4. Metode SECI**

Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Setiarso dkk, 2009) mengajukan sebuah model proses transfer knowledge, yang disebut SECI Model. Penggunaan kata SECI diambil dari akronim dari 4 proses konversi knowledge yaitu:

- a. *Socialization*.
- b. *Externalization*.
- c. *Combination*.
- d. *Internalization*.

Model ini dibuat untuk memahami dinamika penciptaan sehingga dapat mengelola proses penciptaan *knowledge* secara efektif. Profesor Nonaka menyatakan bahwa penciptaan *knowledge* adalah proses interaksi berbentuk spiral antara *explicit* dan *tacit knowledge*. Interaksi antara kedua jenis *knowledge* ini akan mengarah pada penciptaan *knowledge* baru.

Luasan spiral digambarkan sebagai besaran *knowledge*, yang terus bertumbuh. Skema dari SECI model adalah sebagai berikut:



Skema 2.1 SECI model oleh Nonaka dan Takeuchi Nakamura, T., et al. (2019).

a. *Socialization*

Sosialisasi adalah adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan *tacit knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi, dan praktek. Proses ini tidak cukup hanya dilakukan dengan

mendengarkan dan berpikir. Nonaka dalam Setiarso (2012), proses sosialisasi antar sumber daya manusia di organisasi salah satunya dilakukan melalui pertemuan tatap muka (rapat, diskusi dan pertemuan bulanan). SDM dapat berbagi *knowledge* dan pengalaman yang dimilikinya tercipta *knowledge* baru bagi mereka. Rapat dan diskusi yang dilakukan secara berkala harus memiliki notulen rapat. Notulen rapat ini kemudian menjadi bentuk eksplisit (dokumentasi) dari *knowledge*. Didalam sistem *knowledge management* yang akan dikembangkan, fitur *collaboration* seperti email, diskusi elektronik sehingga dapat memungkinkan pertukaran *tacit knowledge* (informasi, pengalaman dan keahlian) yang dimiliki seseorang sehingga organisasi semakin mampu belajar serta melahirkan ide baru yang kreatif dan inovatif. Proses sosialisasi dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan (*training*) dengan mengubah *tacit knowledge* para trainer menjadi *tacit knowledge* para karyawan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan koordinasi, mempercepat proses aktivitas dan menumbuhkan budaya belajar. Pada proses sosialisasi, sosialisasi meliputi kegiatan berbagi *tacit knowledge* disebarkan melalui kegiatan bersama seperti tinggal bersama, meluangkan waktu bersama, dan bukan melalui tulisan atau instruksi verbal.

*Tacit knowledge* hanya bisa disebarkan jika seseorang merasa bebas untuk menjadi seseorang yang lebih besar yang memiliki pengetahuan tacit dari orang lain.

b. *Externalization*

Proses eksternalisasi adalah proses mengungkapkan dan menerjemahkan *tacit knowledge* menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan, dan sebagainya untuk dapat dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan. Organisasi mendatangkan *expert* sesuai dengan bidang keahliannya yang tidak dimiliki oleh organisasi. Dengan mendatangkan *expert* akan menghasilkan *knowledge* baru dalam organisasi yang dapat dipelajari, dikembangkan dan dimanfaatkan untuk meningkatkan *knowledge* SDM. Untuk itu semua *tacit knowledge* yang diperoleh dari *expert* dan hasil pekerjaan *expert* yang antara lain berwujud konsep serta prosedur, manual, sistem serta laporan pelaksanaan uraian pekerjaan harus didokumentasikan untuk dimanfaatkan organisasi dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya

c. *Combination*

Kombinasi adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokan, dan penyusunan kembali. Alat untuk melakukan proses ini misalnya *database* dan *computer network*. *Content management* yang memiliki fungsi untuk mengelola informasi organisasi baik yang terstruktur (*database*) maupun yang tidak terstruktur (dokumen, laporan dan notulen yang mendukung proses kombinasi ini. Kombinasi meliputi konversi *explicit knowledge*

ke dalam bentuk himpunan yang lebih kompleks. Fase kombinasi bergantung kepada tiga proses yaitu penangkapan dan integrasi *explicit knowledge* baru termasuk pengumpulan data eksternal dari dalam atau dari luar institusi kemudian dikombinasikan.

d. *Internalization*

Internalisasi berarti adalah proses penyerapan *explicit knowledge* manajemen jadi *tacit knowledge* yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi. Semua dokumen data, informasi dan *knowledge* yang sudah didokumentasikan dapat dibaca oleh orang lain. Pada proses inilah terjadi peningkatan *knowledge* sumber daya manusia. Beberapa sumber *explicit knowledge* dapat diperoleh melalui media intranet (database organisasi), surat edaran atau surat keputusan, papan pengumuman dan internet serta media massa sebagai sumber eksternal. Untuk dapat mendukung proses ini, sistem perlu memiliki alat bantu pencarian dan pengambilan dokumen. *Content management*, selain mendukung proses kombinasi, juga dapat memfasilitasi proses internalisasi. Pemicu untuk proses ini adalah penerapan “*learning by doing*”. Beberapa fitur yang terdapat pada fungsi *learning* akan sangat membantu terlaksananya proses ini. Selain itu, pendidikan dan pelatihan (*training*) dapat mengubah berbagai pelajaran tertulis (*explicit knowledge*) menjadi *tacit knowledge* para karyawan (Setiarso dkk, 2009).

Selanjutnya Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Shi et al, 2010) menyatakan penciptaan pengetahuan merupakan proses yang berkesinambungan dari interaksi dinamis antara pengetahuan tacit dan eksplisit. Hanya dengan memasuki pengetahuan tacit dapat pengetahuan eksplisit baru dan lebih baik dibuat. Keuntungan dari penggunaan model SECI dalam proses pembelajaran antara lain adalah untuk:

- a. Mengapresiasi dinamika dari sifat *knowledge* dan penciptaan *knowledge*.
- b. Menyediakan kerangka kerja bagi manajemen yang terkait.

Tabel 2.1 Keuntungan SECI

<b>Format</b>	<b><i>Tacit</i></b>	<b><i>Explicit</i></b>
<b><i>Tacit</i></b>	<i>Socialization</i> , Menciptakan pengetahuan melalui berbagi pengalaman, dan pengembangan model mental dan keterampilan teknis.	<i>Externalization</i> , Menciptakan pengetahuan konseptual melalui artikulasi pengetahuan menggunakan Bahasa. Dialog yang kolektif diperlukan.
<b><i>Explicit</i></b>	<i>Internalization</i> , Menciptakan pengetahuan operasional melalui <i>learning by doing</i> . Eksplisit pengetahuan seperti cerita langsung bisa membantu.	<i>Combination</i> , Menambahkan system pengetahuan yang baru yang melibatkan banyak media dan ide.

Sumber: Shi, SongGen and Jia (2010)

Selain memiliki keuntungan, SECI model juga mempunyai kelemahan, yaitu:

- a. Studi ini didasarkan pada organisasi yang berada di Jepang. Para pekerja di Perusahaan di Jepang bersifat loyal dan bekerja hingga seumur hidup.

- b. Linearitas konsep: muncul pertanyaan tentang tata urutan proses konversi dan kemungkinan arah spiral berjalan berlawanan dengan jarum jam.

## 5. Konsep pendidikan orang dewasa

### a. Pengertian pendidikan dewasa

Pendidikan orang dewasa, yang sering dikenal dengan istilah *andragogi*, adalah pendekatan yang menekankan karakteristik pembelajaran yang khas bagi individu dewasa. Berbeda dengan pembelajaran anak-anak (*pedagogi*), andragogi berfokus pada peran pengalaman, motivasi intrinsik, dan kebutuhan spesifik dari peserta didik dewasa. Knowles (2020), prinsip-prinsip andragogi mencakup lima asumsi dasar, yaitu: (1) kebutuhan untuk mengetahui, (2) konsep diri sebagai pembelajar, (3) peran pengalaman, (4) kesiapan untuk belajar, dan (5) orientasi belajar yang berpusat pada pemecahan masalah.

Orang dewasa biasanya terlibat dalam proses pembelajaran karena dorongan internal, seperti keinginan untuk mengembangkan diri, meningkatkan keterampilan kerja, atau memenuhi kebutuhan praktis lainnya (Merriam & Baumgartner, 2021). Mereka cenderung mencari pembelajaran yang relevan dengan pengalaman hidup dan dapat diaplikasikan langsung dalam konteks kehidupan pribadi dan profesional. Pengalaman masa lalu peserta didik dewasa menjadi

sumber belajar yang kaya, sehingga pembelajaran kolaboratif dan berbasis pengalaman sering kali lebih efektif (Brookfield, 2023).

Seiring dengan perkembangan teknologi, pendidikan orang dewasa mengalami transformasi yang signifikan. Pembelajaran berbasis digital, seperti *e-learning* dan *platform* pembelajaran daring, telah membuka peluang bagi orang dewasa untuk belajar secara fleksibel sesuai dengan jadwal dan preferensi mereka (Bates, 2022). Model pembelajaran ini memungkinkan pendidikan menjadi lebih inklusif dan dapat diakses oleh pembelajar dari berbagai latar belakang.

Namun, tantangan tetap ada dalam implementasi pendidikan orang dewasa, termasuk kesenjangan digital dan perbedaan dalam keterampilan teknologi antara peserta didik. Hal ini menuntut penyelenggara program untuk mengembangkan strategi pembelajaran yang responsif dan mendukung keberagaman keterampilan serta aksesibilitas teknologi (Moore & Kearsley, 2023).

Selain itu, pendidikan orang dewasa harus memperhatikan konteks sosial dan budaya yang mempengaruhi motivasi dan keterlibatan dalam proses belajar. Taylor dan Cranton (2019) menekankan pentingnya pendekatan transformasional yang menggabungkan refleksi kritis dan pengalaman langsung untuk mendorong perubahan perspektif di kalangan peserta didik dewasa.

## **b. Kebutuhan belajar orang dewasa**

Orang dewasa memiliki kebutuhan belajar yang berbeda dari anak-anak. Kebutuhan belajar orang dewasa lebih berorientasi pada pemecahan masalah nyata yang relevan dengan kehidupan mereka. Merriam dan Baumgartner (2021) menjelaskan bahwa orang dewasa cenderung belajar untuk memenuhi kebutuhan praktis, seperti peningkatan keterampilan kerja, pengembangan diri, atau pemenuhan tugas profesional. Mereka ingin menguasai pengetahuan dan keterampilan yang dapat diterapkan langsung dalam konteks sehari-hari.

Kebutuhan belajar orang dewasa juga menuntut fleksibilitas dalam metode dan waktu pembelajaran. Pembelajaran berbasis teknologi telah menjadi solusi yang populer karena dapat disesuaikan dengan jadwal yang padat dan memungkinkan pembelajaran mandiri (Bates, 2022). Namun, tantangan seperti kesenjangan akses terhadap teknologi dan keterampilan digital masih harus diatasi agar pendidikan dapat diakses secara merata (Moore & Kearsley, 2023).

## **c. Metode pendidikan orang dewasa**

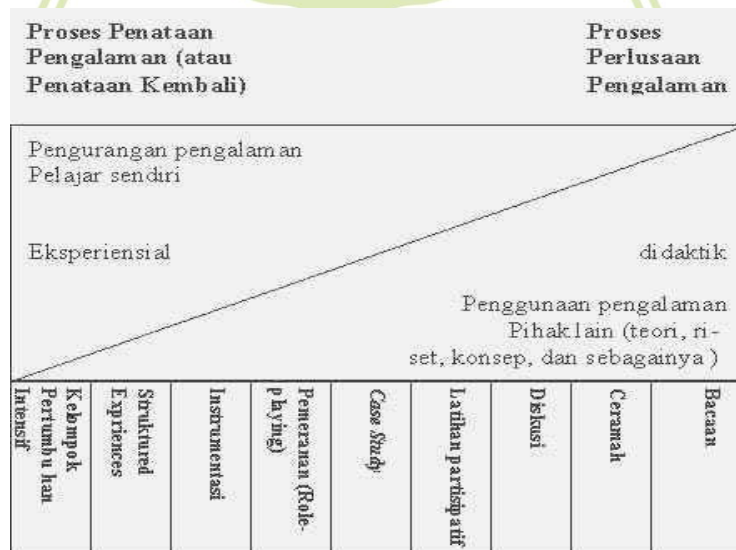
Metode pendidikan orang dewasa harus menyesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan unik mereka. Beberapa metode yang umum digunakan dalam pendidikan orang dewasa meliputi:

- 1) Pembelajaran berbasis diskusi: Brookfield (2023) menekankan bahwa diskusi merupakan metode yang efektif untuk mendorong

partisipasi aktif dan refleksi kritis. Diskusi memberikan kesempatan bagi peserta didik dewasa untuk berbagi pengalaman dan saling belajar satu sama lain.

- 2) Pembelajaran berbasis pengalaman (*experiential learning*): Kolb (2015) menguraikan bahwa orang dewasa belajar lebih efektif melalui pengalaman langsung yang memungkinkan mereka menghubungkan teori dengan praktik. Metode ini mencakup simulasi, studi kasus, dan proyek lapangan yang menekankan pembelajaran kontekstual.
- 3) Pendekatan transformasional: Taylor dan Cranton (2019) menggarisbawahi bahwa pembelajaran transformasional mendorong peserta didik untuk merefleksikan pengalaman mereka dan mengubah perspektif mereka. Metode ini relevan untuk pendidikan yang bertujuan mengembangkan pemikiran kritis dan perubahan sikap.
- 4) Pembelajaran mandiri (*self-directed learning*): Merriam dan Baumgartner (2021) menyatakan bahwa orang dewasa memiliki preferensi untuk mengatur pembelajaran mereka sendiri. Pendekatan ini mendorong kemandirian dan tanggung jawab dalam proses belajar, dengan peran fasilitator sebagai pendukung.
- 5) Pembelajaran berbasis teknologi: Bates (2022) menunjukkan bahwa pembelajaran digital, termasuk e-learning dan kursus daring, memungkinkan pembelajaran yang fleksibel dan sesuai

dengan kebutuhan individu. Teknologi juga memungkinkan akses ke sumber daya yang luas dan memfasilitasi kolaborasi virtual. Dalam pembelajaran orang dewasa, banyak metode yang diterapkan. Untuk memberhasilkan pembelajaran semacam ini, apapun metode yang diterapkan seharusnya mempertimbangkan faktor sarana dan prasarana yang tersedia untuk mencapai tujuan akhir pembelajaran, yakni agar peserta dapat memiliki suatu pengalaman belajar yang bermutu. Sejalan dengan dalam pembelajaran orang dewasa, banyak metode yang diterapkan. Untuk memberhasilkan pembelajaran semacam ini, apapun metode yang diterapkan seharusnya mempertimbangkan faktor sarana dan prasarana yang tersedia untuk mencapai tujuan akhir pembelajaran (Lumandi, 2022).



Skema 2.2 Proses Belajar Lumandi (1987)

Penetapan pemilihan metode seharusnya guru mempertimbangkan aspek tujuan yang ingin dicapai, yang dalam hal

ini mengacu pada garis besar program pengajaran yang dibagi dalam dua jenis: 1) Rancangan proses untuk mendorong orang dewasa mampu menata dan mengisi pengalaman baru dengan mempedomani masa lampau yang pernah dialami, misalnya dengan latihan keterampilan, melalui tanya jawab, wawancara, konsultasi, latihan kepekaan, dan lain-lain, sehingga mampu memberi wawasan baru pada masing-masing individu untuk dapat memanfaatkan apa yang sudah diketahuinya. 2) Proses pembelajaran yang dirancang untuk tujuan meningkatkan transfer pengetahuan baru, pengalaman baru, keterampilan baru, untuk mendorong masing-masing individu orang dewasa dapat meraih semaksimal mungkin ilmu pengetahuan yang diinginkannya, apa yang menjadi kebutuhannya, keterampilan yang diperlukannya, misalnya belajarmenggunakan program komputer yang dibutuhkan di tempat ia bekerja.

Untuk menguraikan lebih lanjut apa yang dimaksud di atas, secara singkat diperinci bagaimana hubungannya dengan kedua ujung pada kontinum proses belajar, yakni penataan (atau penataan kembali) pengalaman belajar di ujung yang satu, dan perluasan pengalaman belajar di ujung yang lain.



Skema 2.3 Piramida Belajar Orang Dewasa lumandi (1987)

Skema di atas tampak bahwa pada ceramah peserta hanya mendengarkan. Fungsi bicara hanya sedikit terjadi pada waktu tanya jawab. Untuk metode diskusi bicara dan mendengarkan adalah seimbang. Dalam pendidikan dengan cara demonstrasi, peserta sekaligus mendengar, melihat dan berbicara. Pada saat latihan praktis peserta dapat mendengar, berbicara, melihat dan mengerjakan sekaligus, sehingga dapat diperkirakan akan menjadi paling efektif.

Metode pembelajaran menurut Lumandi menekankan pentingnya pendekatan yang interaktif dan berpusat pada peserta didik untuk memaksimalkan efektivitas pendidikan. Lumandi menyoroti bahwa pembelajaran sebaiknya menggabungkan berbagai metode untuk mengakomodasi beragam gaya belajar dan memastikan transfer pengetahuan yang mendalam. Salah satu metode yang diusulkan mencakup penggunaan diskusi, simulasi, dan praktik langsung sebagai cara untuk memperkuat pembelajaran (Lumandi, 2022).

Prinsip utama metode pembelajaran menurut Lumandi:

- 1) Pembelajaran aktif: Mengajak peserta didik untuk berpartisipasi secara langsung melalui kegiatan seperti diskusi kelompok, studi kasus, dan proyek.
- 2) Penggunaan pengalaman nyata: Pembelajaran yang dikaitkan dengan pengalaman hidup orang dewasa cenderung lebih bermakna dan mudah diingat.
- 3) Pemberdayaan peserta didik: Membuat peserta didik merasa memiliki kontrol atas proses pembelajaran meningkatkan motivasi dan keterlibatan.

Lumandi mengacu pada piramida pembelajaran untuk menunjukkan efektivitas metode pembelajaran yang berbeda. Piramida ini menggambarkan bagaimana tingkat retensi peserta didik meningkat seiring dengan penggunaan metode yang lebih interaktif.

## 6. ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)

### a. Pengertian

*Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) merupakan sebuah perubahan paradigma perawatan perioperatif berupa pendekatan multimodal, multidisiplin, dan berbasis bukti dengan tujuan memperbaiki luaran klinis dan efisiensi perawatan perioperative (Ljungqvist O, dkk, 2017). Berbeda dari perawatan perioperatif konvensional, ERAS lebih menekankan proses perawatan yang terdiri dari berbagai intervensi yang dapat mengurangi stres

pembedahan, mempertahankan fungsi fisiologis, dan mempercepat proses pemulihan ke kondisi semula. Pencegahan stres dan upaya meminimalisir respons stres merupakan mekanisme utama dan dasar konsep ERAS (Scott MJ, dkk, 2015).

Dalam protocol ERAS disebutkan bahwa pasien sebelum operasi melalui tahapan berikut:

- 1) Pasien diet kaya karbohidrat sehari sebelum operasi.
- 2) Tidak ada persiapan usus secara mekanis.
- 3) Puasa 6 jam untuk pasien makanan padat dan puasa 2 jam untuk cairan bening.
- 4) Pertahankan hypovolemia selama operasi.
- 5) Analgesia preventif.
- 6) Pengaturan suhu selama operasi.
- 7) Profilaksis mual dan muntah pasca operasi.
- 8) Terapi cairan restriktif setelah operasi.
- 9) Dimulainya Kembali asupan cairan dan makanan padat secara oral dalam waktu 24 jam setelah operasi.
- 10) Pelepasan kateter kandung kemih 12-24 jam setelah operasi.
- 11) Mobilisasi aktif pada hari pertama pasca operasi.

Protokol ERAS juga bermanfaat menurunkan mortalitas jangka panjang, berkurangnya morbiditas, komplikasi, dan lama rawat tentunya juga akan menurunkan biaya perawatan. Faktor yang menentukan keberhasilan implementasi ERAS antara lain kemauan

berubah ke paradigma ERAS, pembentukan tim multidisiplin, peningkatan komunikasi dan kolaborasi, dukungan manajemen rumah sakit, standarisasi proses perawatan, serta adanya audit. Kepemimpinan dan promotor setempat yang baik juga merupakan factor keberhasilan yang penting (Ljungqvist O, dkk, 2017). Pada protokol ERAS terdapat poin pasien pasca operasi pada hari pertama dilakukan mobilisasi aktif.

### **1) Protokol mobilisasi dini pasca operasi**

Mobilisasi dini merupakan bagian integral dari pemulihan pascaoperasi dan telah terbukti mengurangi komplikasi serta mempercepat pemulihan pasien. Protokol mobilisasi dini biasanya dimulai segera setelah operasi, seringkali pada hari pertama pascaoperasi, tergantung pada kondisi pasien dan jenis prosedur yang dilakukan. Protokol ini bertujuan untuk mengembalikan kemampuan fungsional pasien dan mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan kelemahan otot (Balikesir Medical Journal, 2023).

### **2) Prinsip dan tahapan protokol mobilisasi dini**

Protokol mobilisasi dini umumnya melibatkan tahapan progresif berikut (Kehlet & Wilmore, 2021):

#### **a) Praoperasi**

- (1) Edukasi pasien tentang pentingnya mobilisasi dini.

- (2) Latihan pernapasan dan penguatan ringan sebelum operasi.
- (3) Penilaian kondisi pasien untuk menetapkan rencana individual mobilisasi.

**b) Hari operasi**

Beberapa jam setelah operasi:

- (1) Jika memungkinkan, pasien dimobilisasi ke posisi duduk di tepi tempat tidur.
- (2) Latihan gerakan pasif dan aktif pada ekstremitas untuk mencegah kekakuan.
- (3) Monitoring tanda vital.

**c) *Post operasi hari ke-1***

- (1) Pasien dibantu berdiri dengan alat bantu (walker atau tongkat jika diperlukan).
- (2) Dilakukan jalan pendek di sekitar tempat tidur atau ruangan perawatan.
- (3) Evaluasi fungsi respirasi, tekanan darah, dan tingkat nyeri.
- (4) Durasi mobilisasi: 2-3 kali sehari selama 5-15 menit per sesi.

**d) *Post operasi hari ke-2 dan seterusnya***

- (1) Meningkatkan intensitas dan durasi mobilisasi.
- (2) Berjalan lebih jauh (misalnya ke toilet atau lorong).

- (3) Latihan fungsional, seperti duduk-berdiri.
- (4) Evaluasi progres pasien menggunakan alat ukur seperti Skala Mobilisasi ICU atau Borg Scale.

Prinsip penting dalam mobilisasi dini, yaitu:

- a) Individualisasi: Protokol disesuaikan dengan kondisi fisik, usia, dan tingkat keparahan pasien.
- b) Multidisiplin: Kolaborasi antara tim medis untuk memastikan efektivitas.
- c) Keamanan: Semua aktivitas dilakukan dengan memperhatikan risiko komplikasi.

Tabel 2. 2 Contoh parameter mobilisasi

Hari	Kegiatan Mobilisasi	Durasi/Intensitas
Hari Operasi	Duduk di tempat tidur	5-15 menit
Hari 1 Postoperasi	Berdiri dengan bantuan, berjalan pendek	2-3 sesi (10-20m)
Hari 2 Postoperasi	Berjalan di Lorong tanpa alat bantu	4 sesi (30-50m)
Hari 3 Postoperasi	Aktivitas fungsional mandiri (mandi, berpakaian)	Sesuai toleransi

### 3) Efektivitas mobilisasi dini

Penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi dini pascaoperasi mengurangi durasi rawat inap di rumah sakit, meningkatkan fungsi fisik, dan mengurangi risiko komplikasi medis. Sebagai contoh:

- a) Pada pasien bedah gastrointestinal, protokol mobilisasi dini membantu mempercepat proses pemulihan dan mengurangi masa rawat inap.

- b) Pada operasi ortopedi, seperti penggantian sendi, mobilisasi dini meningkatkan hasil fungsional tanpa meningkatkan risiko komplikasi.

#### 4) Hambatan implementasi

Meskipun efektif, pelaksanaan mobilisasi dini sering menghadapi kendala seperti:

- a) Ketidaknyamanan pasien akibat nyeri pascaoperasi.
- b) Kurangnya pemahaman atau pelatihan tenaga kesehatan mengenai protokol mobilisasi dini.
- c) Keterbatasan sumber daya di fasilitas medis tertentu.

Mobilisasi dini merupakan bagian penting dari protokol *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), yang memberikan kerangka kerja sistematis untuk mempercepat pemulihan pasien dengan pendekatan berbasis bukti.

#### 7. Efek metode SECI terhadap pelaksanaan *early mobilization*

Metode SECI mempengaruhi pelaksanaan *early mobilization* (mobilisasi dini) dalam konteks ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), yaitu:

- a. *Socialization* (Sosialisasi)
  - 1) Proses: Berbagi pengalaman langsung dan pengetahuan tacit (tidak tertulis) antara tenaga kesehatan.

- 2) Efek pada mobilisasi dini
  - a) Meningkatkan pemahaman praktis antar perawat dan dokter melalui diskusi informal atau mentoring.
  - b) Mendorong kolaborasi untuk mempercepat tindakan mobilisasi pasien dengan berbagi pengalaman terbaik yang sudah terbukti efektif.
- b. *Externalization* (Eksternalisasi)
  - 1) Proses: Mengubah pengetahuan tacit menjadi pengetahuan eksplisit melalui dokumentasi dan panduan kerja.
  - 2) Efek pada mobilisasi dini
    - a) Membantu dalam pembuatan prosedur atau protokol yang jelas untuk mobilisasi dini.
    - b) Memfasilitasi pelatihan formal dengan standar tindakan yang terdokumentasi.
- c. *Combination* (Kombinasi)
  - 1) Proses: Menggabungkan berbagai jenis pengetahuan eksplisit menjadi satu panduan yang komprehensif.
  - 2) Efek pada mobilisasi dini
    - a) Meningkatkan aksesibilitas terhadap informasi melalui buku panduan, modul pelatihan, atau aplikasi yang memudahkan pelaksanaan mobilisasi dini.
    - b) Memungkinkan pembaruan berkelanjutan berdasarkan data klinis terbaru.

d. *Internalization* (Internalisasi)

1) Proses: Mengubah pengetahuan eksplisit menjadi pengetahuan tacit melalui praktik berulang.

2) Efek pada mobilisasi dini

a) Membantu tenaga kesehatan menerapkan protokol mobilisasi dini secara otomatis sebagai bagian dari rutinitas.

b) Meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur mobilisasi dini karena pemahaman dan pengalaman yang mendalam.

Implementasi metode SECI dalam pelaksanaan *early mobilization* meningkatkan:

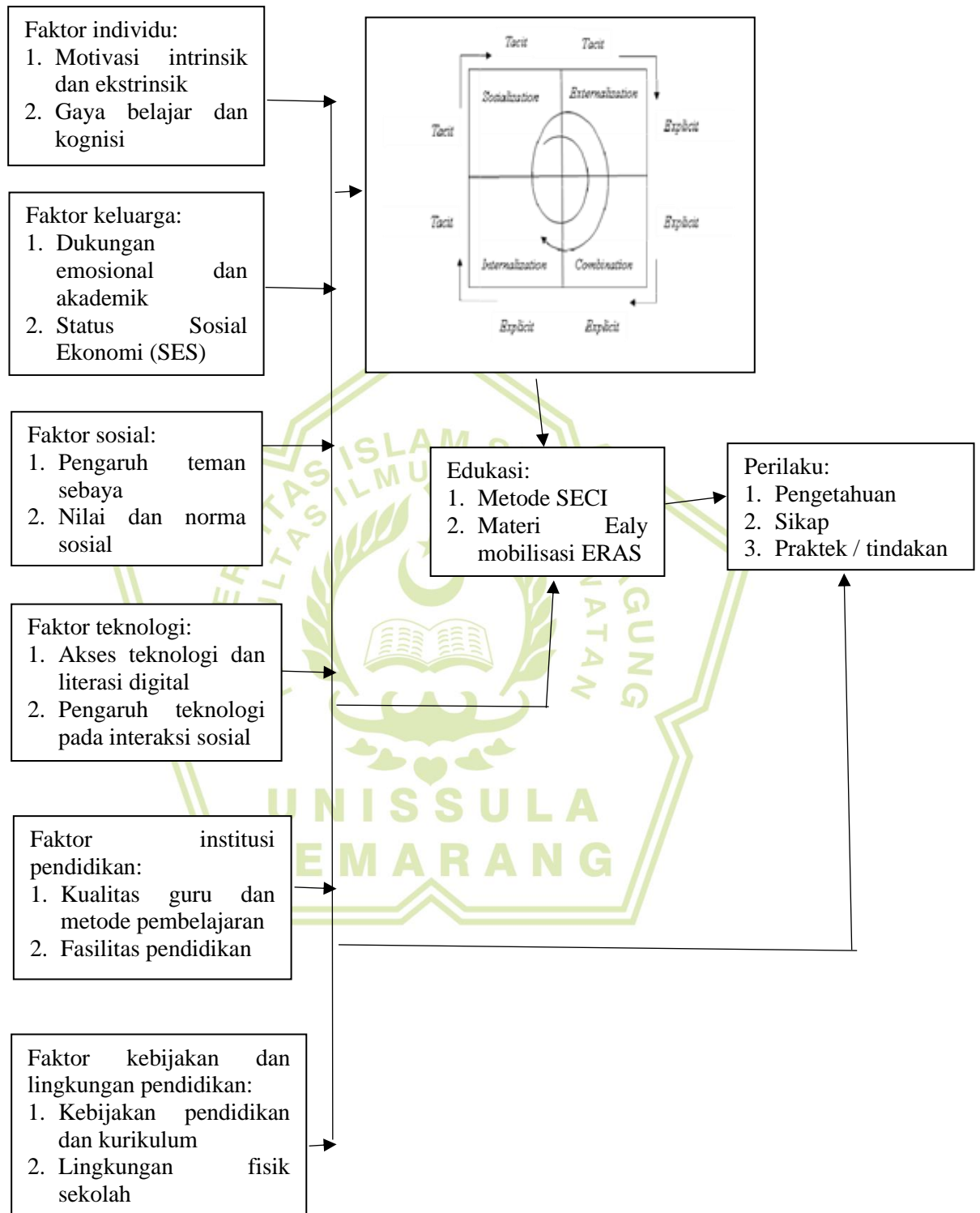
a. Pemahaman pengetahuan klinis: Staf menjadi lebih terampil dalam mengadopsi protokol ERAS yang efektif.

b. Kepatuhan prosedur: Lebih sedikit kesalahan karena peningkatan alur kerja yang standar.

c. Kolaborasi multidisiplin: Memperkuat kerja sama tim untuk pengambilan keputusan yang lebih cepat dan efisien dalam mobilisasi pasien.

d. Hasil pasien yang lebih baik: Waktu pemulihan yang lebih singkat dan risiko komplikasi lebih rendah.

## B. Kerangka Teori



Skema 2.4 Kerangka Teori Edukasi  
Nakamura, T., et al. (2019)

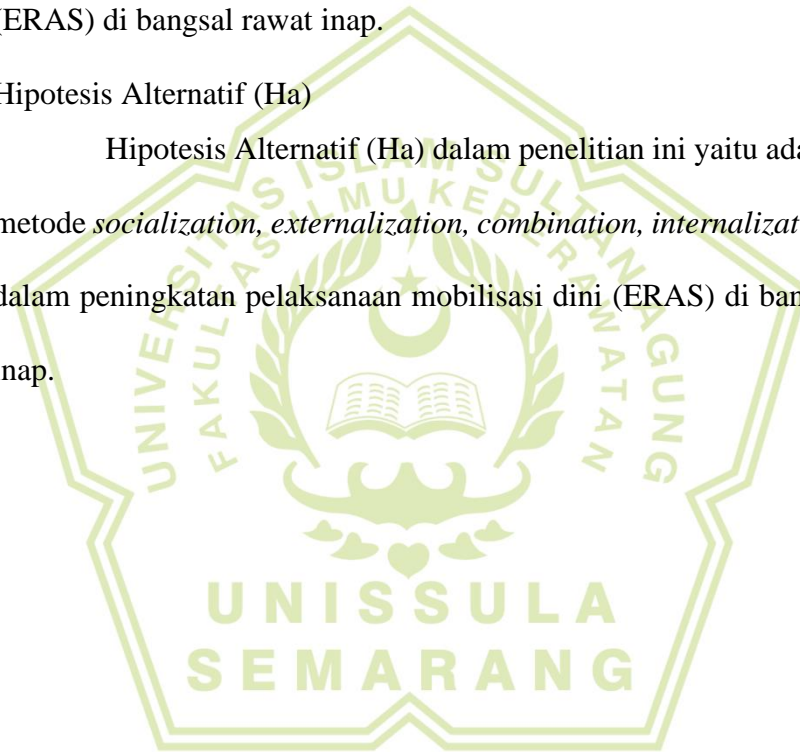
### C. Hipotesa

1. Hipotesis Nol (Ho)

Hipotesis Nol (Ho) dalam penelitian ini yaitu tidak terdapat pengaruh metode *socialization*, *externalization*, *combination*, *internalization* (SECI) dalam peningkatan pelaksanaan mobilisasi dini (ERAS) di bangsal rawat inap.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

Hipotesis Alternatif (Ha) dalam penelitian ini yaitu ada pengaruh metode *socialization*, *externalization*, *combination*, *internalization* (SECI) dalam peningkatan pelaksanaan mobilisasi dini (ERAS) di bangsal rawat inap.

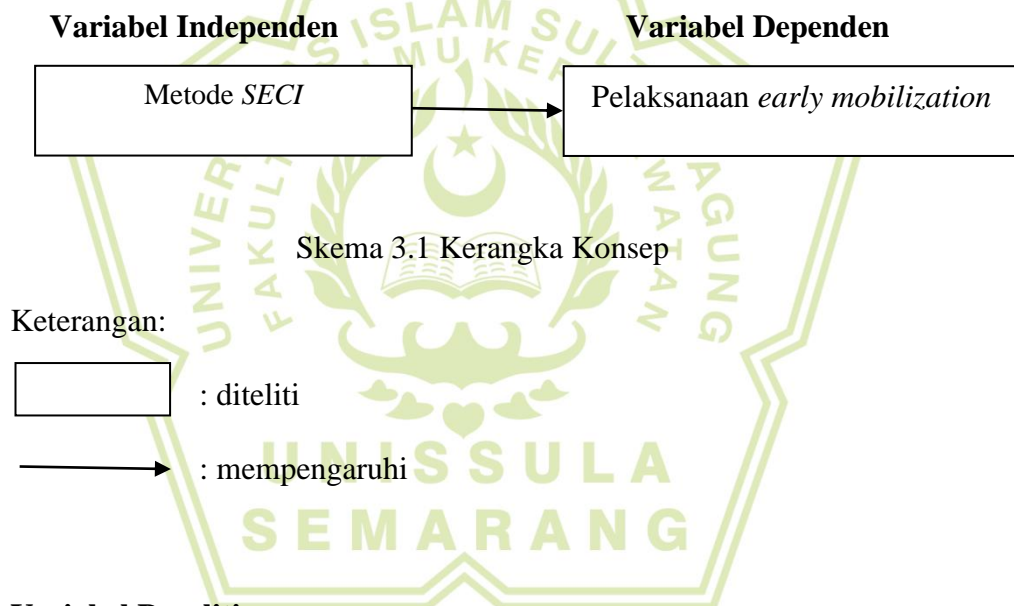


### BAB III

## METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2018). Masalah yang ingin diteliti adalah pengaruh metode *SECI* dalam peningkatan pelaksanaan *early mobilization* di bangsal rawat inap.



#### B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulan. Variabel yang digunakan di dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu variabel independen dan variabel dependen (Sugiyono, 2023).

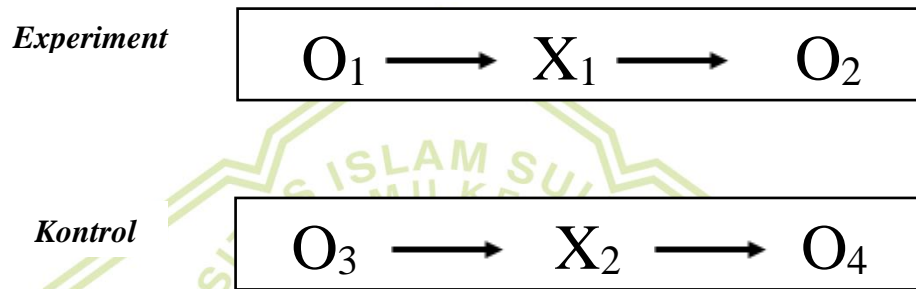
Variabel independen (bebas) adalah variabel yang sering disebut sebagai variabel stimulus, prediktor dan antecedent. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi penyebab perubahan dari variabel dependen (terikat). Variabel dependen (terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independen (bebas). Variabel ini juga dikenal sebagai variabel output, kriteria atau konsekuensi (Sugiyono, 2023). Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah metode SECI sedangkan variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah pelaksanaan *Early mobilization*.

### C. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan penelitian kuantitatif dengan metode penelitian *quasi-experimental*. Metode penelitian eksperimen merupakan metode penelitian yang digunakan untuk mencari pengaruh perlakuan (*treatment*) tertentu terhadap yang lain dalam kondisi yang terkendali (Sugiyono, 2023). Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode penelitian semu atau *quasi-experimental* dengan desain penelitian menggunakan *two group pre test and post test design*. Desain penelitian tersebut adalah salah satu bentuk desain penelitian eksperimental yang melibatkan dua kelompok: kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kedua kelompok tersebut diberikan *pre test* (tes awal) sebelum perlakuan (*treatment*) diberikan, dan *post test* (tes akhir) setelah perlakuan dilakukan. Desain ini bertujuan untuk melihat efek perlakuan dengan

membandingkan hasil *pre test* dan *pos test* di kedua kelompok (Sugiyono, 2023).

Model desain penelitian yang diterapkan adalah *two group pre test and post test design*:



Skema 3.2 Jenis Desain Penelitian

Keterangan:

- O<sub>1</sub> : Penilaian perilaku sebelum dilakukan metode SECI edukasi *early mobilization* (intervensi)
- O<sub>2</sub> : Penilaian perilaku setelah dilakukan metode SECI edukasi *early mobilization* (intervensi)
- X<sub>1</sub> : Intervensi kombinasi metode SECI dan *early mobilization*
- X<sub>2</sub> : Intervensi standar dengan *early mobilization* (kontrol)
- O<sub>3</sub> : Penilaian perilaku sebelum *early mobilization* (kontrol)
- O<sub>4</sub> : Penilaian perilaku setelah *early mobilization* (kontrol)

#### D. Populasi dan Sampel Penelitian

##### 1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi atau keseluruhan objek/subjek penelitian yang memiliki karakteristik dan kualitas tertentu

yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2023). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Rumah Sakit pada periode penelitian sebanyak 531 perawat. Semua populasi berhak menjadi sampel, namun sampel yang akan diambil hanya sampel yang memenuhi kriteria. Sampel penelitian adalah bagian dari keseluruhan dan karakteristik yang dimiliki oleh sebuah populasi (Sugiyono, 2023).

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling adalah teknik untuk menyeleksi sampel yang dapat mewakili populasi (Nursalam, 2020).

Teknik pengambilan sampel *cluster random sampling* adalah metode pengambilan sampel di mana setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk dipilih menjadi bagian dari sampel. Proses ini dilakukan secara acak tanpa pengaruh subjektif, sehingga menghasilkan sampel yang representatif dari populasi. Dalam *cluster random sampling*, keacakan dijamin melalui penggunaan alat bantu teknik undian. Metode ini bertujuan untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas hasil penelitian dengan mengurangi bias dalam proses pengambilan sampel (F. Polit & Tatano Beck Cheryl, 2021). Untuk menentukan besaran sampel menggunakan aplikasi G-Power (Sumargo Bagus et al., 2024). Sebelum memasukkan angka ke dalam *software* G-Power, peneliti harus menentukan *effect size* dari penelitian sebelumnya. *Effect size* merupakan

ukuran yang menunjukkan seberapa besar perbedaan antara dua proporsi atau dua variabel dalam penelitian (Hassouna, 2023). Setandar *Effect size* menurut Chohen yang di gunakan dalam pengambilan sampel ini adalah 0.8 (Sullivan & Feinn, 2012).

Teknik *sampling* dengan pertimbangan tertentu, karena adanya pertimbangan karakteristik atau ciri-ciri tertentu. Kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

1. Perawat yang bekerja di RS Islam Sultan Agung Semarang.
2. Perawat yang bekerja di bangsal bedah Ruang Baitus Salam 1 dan 2, Ruang Izza 1 dan 2.

Kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

1. Perawat yang sedang cuti atau menjalani pelatihan di luar.
2. Perawat yang sedang menjalani pelatihan di luar rumah sakit.
3. Perawat yang bekerja di ruang PICU dan NICU.
4. Perawat yang sedang bekerja di luar unit khusus.

Hasil sampel yang di dapatkan berdasarkan aplikasi G-Power:

**t tests - Means: Wilcoxon-Mann-Whitney test (two groups)**

**Options:** A.R.E. method

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

**Input:** Tail(s) = Two

Parent distribution = Normal

Effect size d = 0.8

$\alpha$  err prob = 0.05

Power (1- $\beta$  err prob) = 0.08

Allocation ratio N2/N1= 1

**Output:** Noncentrality parameter  $\delta= 2.8723844$

Critical t = 2.0089947

Df = 49.5662016

Sample size group 1 = 27

Sample size group 2 = 27

Total sample size = 54

Actual power = 0.8041015

Dari hasil perhitungan sampel dengan aplikasi G-Power di dapatkan sampel untuk kelompok intervensi 27 responden dan kelompok kontrol 27 responden dengan jumlah keseluruhan responden adalah 54 responden sudah termasuk penambahan 10% *droup out*.

#### **E. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Bangsal RS Islam Sultan Agung Semarang pada rentang bulan Oktober 2024 – Mei 2025 dimulai dari penyusunan proposal sampai hasil penelitian jadi.

#### **F. Definisi Operasional**

Peneliti menjelaskan definisi operasional variabel, cara ukur, hasil ukur dan skala data. Definisi operasional yaitu penjabaran dari variabel yang

dipilih oleh peneliti dan menjelaskan bagaimana cara pengukurannya (Nursalam, 2020). Definisi operasional adalah definisi yang didasarkan atas sifat-sifat hal yang didefinisikan yang dapat diamati (diobservasi) (Syahza, 2021).

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Metode SECI	Model transfer <i>knowledge</i> kepada responden berproses antara <i>tacit</i> ke <i>explicit knowledge</i>	Standar Operasional Prosedur (SOP) metode SECI dan kuesioner	Rentang skor antara 0 sampai dengan 10. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan dikategorikan: 1. Kurang: <60% (skor 0-5). 2. Cukup: 60-79 (skor 6-7). 3. Baik: 80-100% (8-10).	Rasio
Metode diskusi	Model diskusi dengan responden	Standar Operasional Prosedur (SOP) metode diskusi dan kuesioner	Rentang skor antara 0 sampai dengan 7. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan dikategorikan: 1. Kurang: <60% (skor 0-5). 2. Cukup: 60-79 (skor 6-7). 3. Baik: 80-100% (8-10).	Rasio
Pengetahuan <i>Early mobilization</i>	Aktifitas fisik dengan gerakan sederhana seperti miring kanan-miring kiri dan latihan duduk, sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar dimulai setelah 6 jam pasca operasi dengan menggunakan protocol ERAS.	Lembar Observasi	Rentang skor antara 0 sampai dengan 7. Untuk kepentingan deskriptif, pelaksanaan <i>early mobilization</i> dikategorikan: 1. Tidak Sesuai: Skor 0-3 2. Sesuai: Skor 4-7	Rasio

## G. Instrumen Atau Alat Pengumpul Data

### 1. Instrumen

Alat ukur dalam penelitian disebut juga dengan istilah instrumen penelitian. Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang dapat diamati, sehingga secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian (Sugiyono, 2023). Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

- a. Kuesioner: Digunakan untuk mengukur pengetahuan perawat tentang *Early mobilization*. Skoring dalam kuesioner ini terdiri dari Kurang: < 60% (responden tidak memiliki pengetahuan yang memadai, sehingga berisiko terhadap pelaksanaan mobilisasi dini yang tidak optimal); Cukup: 60% - 79% (responden memiliki pemahaman umum tetapi kurang detail mengenai beberapa aspek, seperti teknik pelaksanaan atau komplikasi yang mungkin terjadi); dan Baik: 80% - 100% (responden sangat memahami pentingnya mobilisasi dini, termasuk waktu pelaksanaan, manfaat, dan risiko jika tidak dilakukan).
- b. Lembar Observasi: Digunakan untuk menilai pelaksanaan *early mobilization* berdasarkan standar Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes, 2023).

### 2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang diartikan sebagai keabsahan atau kebenaran. Validitas adalah sejauh mana ketepatan dan

kecermatan alat ukur mampu melakukan fungsi ukurnya atau alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang hendak diukur. Sedangkan reliabilitas berasal dari kata *reliability* yang dapat diartikan hal yang dapat dipercaya atau tahan uji. Secara garis besar reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat ukur tersebut dapat dipercaya atau diandalkan, dilihat sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten jika dilakukan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama menggunakan alat ukur sama (Sugiyono, 2023). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Marfuah, 2012) koefisien *alpha cronbach* untuk komponen kuesioner sebesar 0,87 dan nilai validitasnya sebesar 0,95.

#### **H. Metode Pengumpulan Data**

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan langkah-langkah yang dibunakan untuk mendapatkan data diantaranya sebagai berikut:

1. Tahap persiapan
  - a. Melakukan studi pendahuluan kepada kepala ruang dan perawat.
  - b. Membuat proposal penelitian.
  - c. Melakukan uji etik untuk mendapatkan izin penelitian di RSI Sultan Agung Semarang.
  - d. Setelah mendapat persetujuan, selanjutnya mengadakan sosialisasi dan menjelaskan tentang maksud dan tujuan serta prosedur penelitian kepada kepala ruangan dan perawat bangsal rawat inap.

- e. Dilakukan pengundian kelompok dengan cara:
  - 1) Kelompok intervensi yang berjadwal shif pagi, siang dan malam di bangsal rawat inap, diberi label nomor ganjil.
  - 2) Kelompok kontrol yang berjadwal shif pagi, siang dan malam di bangsal rawat inap, diberi label nomor genap.

2. Tahap pelaksanaan

- a. Menentukan sampel untuk mendapatkan responden.
- b. Melakukan indentifikasi perawat.
- c. Menggunakan teknik *cluster random sampling* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- d. Menjelaskan kepada responden tentang maksud dan tujuan serta melakukan sosialisai terkait teknik penelitian.
- e. Meminta persetujuan kepada responden (*informed consent*).
- f. Menjelaskan terkait tata cara pengisian kuesioner.
- g. Membagikan kuesioner untuk dilakukan pre-test kepada kelompok kontrol sebelum dilakukan edukasi tentang *early mobilization*.
- h. Kelompok intervensi
  - 1) Sosialisasi: Peneliti melakukan sosialisai dan berbagi pengalaman kepada perawat guna mencapai kesepakatan tentang pentingnya mobilisasi dini dan manfaatnya bagi pasien.
  - 2) Eksternalisasi: Peneliti melakukan *brenstorming* bersama responden (perawat) dan menilai kemampuan dan ketrampilan

perawat dalam *early mobilization*. Kemudian berdiskusi dan mempraktekkan cara *early mobilization* yang baik.

- 3) Kombinasi: Perawat (responden) melakukan dan mempraktekkan *early mobilization* dengan dengan baik dan dipantau oleh peneliti.
- 4) Internalisasi: Dalam tahapan ini seorang perawat melakukan dan mempraktekkan *early mobilisasi*.
  - i. Setelah mendapatkan edukasi tentang *early mobilization* selama 2 x pertemuan dalam waktu 2 minggu untuk kelompok kontrol dilakukan pengisian kuesioner post-test.
  - j. Membagikan kuesioner untuk dilakukan pre-test kepada kelompok intervensi sebelum diberikan perlakuan metode SECI tentang *early mobilization*.
  - k. Kelompok intervensi diberikan perlakuan tentang *early mobilization*.
  - l. Setelah mendapatkan perlakuan metode SECI tentang *early mobilization* selama 2 x pertemuan dalam waktu 2 minggu untuk kelompok intervensi dilakukan obeservasi pelaksanaan *early mobilization*.
  - m. Melakukan rekapitulasi data penelitian.
  - n. Melakukan analisis data. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan SPSS versi 26.
  - o. Pembahasan dan kesimpulan.

## I. Rencana Analisa Data

### 1. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilaksanakan dengan tahap-tahap adalah sebagai berikut:

#### a. *Editing*

*Editing* berfungsi untuk meneliti kembali apakah lembar observasi sudah lengkap. *Editing* dilakukan di tempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dilengkapi.

#### b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan untuk merubah data berbentuk ceklis (V) menjadi bentuk angka atau bilangan yang bertujuan untuk mempermudah dalam pengolahan data dan proses selanjutnya data dianalisis menggunakan komputerisasi. Data yang akan diolah diberi kode dan diolah menggunakan program komputerisasi.

#### c. *Scoring*

Setelah pemberian angka selesai kemudian dilakukan *scoring* sesuai dengan kriteria yang dibuat peneliti dengan memberikan nilai pada hasil jawaban lembar observasi yang telah diisi oleh responden. *Scoring* pada penelitian ini yaitu: Sesuai diberi skor 1 dan tidak sesuai diberi skor 0.

#### d. *Processing*

Dilakukan dengan cara memasukkan data yang sudah diedit dan dikoding ke dalam program atau software komputer SPSS.

e. *Entry data*

*Entry data* adalah proses memasukkan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data.

f. *Cleaning*

Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah ada untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018).

2. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan analisis univariat dan analisis bivariat adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2018):

a. Analisa univariat

Analisis univariat adalah teknik analisis statistik yang dilakukan pada satu variabel tunggal untuk mendeskripsikan karakteristik data (Field, A., 2023). Hasil dari penelitian ini yaitu pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi. Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol. Adapun analisa univariat disajikan dalam bentuk tendensi sentral: Median, minimum, maksimum dan standar deviasi.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu dilakukan untuk mengetahui apakah ada pengaruh metode SECI dalam peningkatan pelaksanaan

*early mobilization* sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi dan kontrol. Dalam uji tersebut dilakukan beberapa tahapan yaitu:

- 1) Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk* (sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data diperoleh pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji normalitas data diperoleh pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*.

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti

ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.

- 2) Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk* (sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data diperoleh pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol  $p\text{-value}$  0,000 (berdistribusi tidak normal). Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol  $p\text{-value}$  0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji normalitas data diperoleh pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol  $p\text{-value}$  0,000 (berdistribusi tidak normal). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol  $p\text{-value}$  0,001 (berdistribusi tidak

normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*.

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.

- 3) Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
  - a) Uji normalitas data

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk* (sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pengetahuan tentang *early mobilization* metode SECI pada kelompok intervensi  $p\text{-value}$  0,000 (berdistribusi tidak normal). Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pengetahuan tentang *early mobilization* metode diskusi pada kelompok kontrol  $p\text{-value}$  0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Mann*

*Whitney*. Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pelaksanaan *early mobilization* metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,012 (berdistribusi tidak normal). Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pelaksanaan *early mobilization* metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,002 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Mann Whitney*.

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

b) Uji asumsi *Mann Whitney*

Uji asumsi pada dasarnya adalah salah satu uji yang digunakan sebagai syarat statistik. Melakukan uji asumsi sebelum melakukan uji hipotesis dianggap sebagai salah satu syarat yang harus dilakukan pada penelitian kuantitatif. Oleh karena itu, melakukan uji asumsi terlebih dahulu adalah hal yang penting dalam penelitian kuantitatif. Terdapat beberapa

asumsi yang harus dipenuhi dalam uji *Mann Whitney* sebagai berikut (Ghozali, 2018):

- (1) Skala data variabel terikat adalah ordinal, interval, atau rasio. Apabila skala interval atau rasio, asumsi normalitas tidak terpenuhi.
- (2) Data berasal dari 2 kelompok yang independen.
- (3) Variabel independen satu dengan lainnya.
- (4) Varians kedua kelompok sama (homogen).

Dari hasil asumsi uji *mann whitney* variabel pengetahuan tentang *early mobilization*. Didapatkan bentuk kemiringan dan lebarnya berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk dan penyebaran data tidak sama. Kemudian lihat puncak tertinggi kedua histogram, ternyata tidak sama antara keduanya, yang berarti terdapat perbedaan median. Maka asumsi pertama uji *mann whitney* u test tidak terpenuhi, yaitu terdapat perbedaan bentuk dan penyebaran data. Asumsi berikutnya yang akan diuji adalah homogenitas varians.

Dari hasil asumsi uji *mann whitney* variabel pelaksanaan *early mobilization*. Didapatkan bentuk kemiringan dan lebarnya berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk dan penyebaran data tidak sama. Kemudian lihat puncak tertinggi kedua histogram, ternyata tidak sama

antara keduanya, yang berarti terdapat perbedaan median. Maka asumsi pertama uji mann whitney u test tidak terpenuhi, yaitu terdapat perbedaan bentuk dan penyebaran data. Asumsi berikutnya yang akan diuji adalah homogenitas varians.

c) Uji homogenitas

Uji homogenitas merupakan uji perbedaan antara dua atau lebih populasi. Semua karakteristik populasi dapat bervariasi antara satu populasi dengan yang lain. Dua diantaranya adalah mean dan varian (selain itu masih ada bentuk distribusi, median, modus, range, dll). Uji homogenitas bertujuan untuk mengetahui apakah varians skor yang diukur pada kedua sampel memiliki varians yang sama atau tidak (Ghozali, 2018). Populasi-populasi dengan varians yang sama besar dinamakan populasi dengan varians yang homogen, sedangkan populasi-populasi dengan varians yang tidak sama besar dinamakan populasi dengan varians yang heterogen. Uji homogenitas pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui seragam tidaknya variasi sampel-sampel yang diambil dari populasi yang sama. Uji homogenitas dengan menggunakan *One Way Anova* (Ghozali, 2018).

Hasil uji homogenitas menggunakan metode Levene's test. Uji Levene lebih dianjurkan sebab uji tersebut dapat digunakan untuk menguji homogenitas varians pada data yang tidak berdistribusi normal. Hasil uji homogenitas antara lain:

- (1) Hasil uji homogenitas umur perawat didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,123 > 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen. Maka asumsi kedua yaitu homogenitas telah terpenuhi.
- (2) Hasil uji homogenitas umur pasien didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,961 > 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen. Maka asumsi kedua yaitu homogenitas telah terpenuhi.
- (3) Hasil uji homogenitas pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,000 < 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok tidak sama atau yang disebut tidak

homogen. Maka asumsi kedua yaitu homogenitas tidak terpenuhi.

- (4) Hasil uji homogenitas pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,717 > 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen. Maka asumsi kedua yaitu homogenitas telah terpenuhi.

## J. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian ini merupakan hal penting dalam sebuah pelaksanaan penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia dan hak asasi yang dimiliki maka dari itu etika dalam melakukan penelitian harus diperhatikan. Etika penelitian ini antara lain:

### 1. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

*Informed consent* merupakan cara persetujuan antar peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika subjek bersedia maka

mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati subjek tersebut.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dapat dilaporkan pada hasil penelitian.

4. *Justify* (prinsip keadilan)

Prinsip ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai dan menjaga privasi manusia, dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia. Dalam penelitian ini peneliti bersikap adil dalam menentukan responden yaitu sesuai dengan kriteria inklusi. Dalam penelitian ini peneliti juga tidak membedakan responden yang satu dengan yang lain.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

BAB ini peneliti menguraikan penjelasan hasil penelitian yang mencakup karakteristik responden serta mengetahui perbandingan pelaksanaan *early mobilization* dan kualitas pelaksanaan *early mobilization* pada pre dan post metode *SECI* pada kelompok intervensi, yang terdiri dari 27 responden, dengan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok kontrol yang juga terdiri dari 27 responden. Penelitian ini berfokus pada pengaruh pada pelaksanaan *early mobilization* tersebut pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pre dan post perlakuan.

#### A. Analisis Univariat

##### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan dan perawat klinik dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini:

Tabel 4.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan dan perawat klinik di bangsal rawat inap tahun 2025

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total
	f	%	f	%	f (%)
Umur					
Dewasa awal	14	51,9	8	29,6	22 (40,74)
Dewasa akhir	13	48,1	19	70,4	32 (59,25)
Pendidikan					
DIII Keperawatan	10	37	14	51,9	24 (44,44)
S1 Keperawatan			3	11,1	3 (5,55)
Ners	17	63	10	37	27 (50)
Perawat klinik					
PK I	4	14,8	5	18,5	9 (16,66)
PK II	10	37	8	29,6	18 (33,33)
PK III	13	48,1	14	51,9	27 (50)

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa bahwa umur pada kelompok intervensi sebagian besar adalah dewasa awal (26-35 tahun) sebanyak 14 responden (51,9%) dan dewasa akhir (36-45 tahun) sebanyak 13 responden (48,1%). Umur pada kelompok kontrol sebagian besar adalah dewasa akhir (36-45 tahun) sebanyak 19 responden (70,4%) dan dewasa awal (26-35 tahun) sebanyak 8 responden (29,6%). Pendidikan pada kelompok intervensi sebagian besar adalah ners sebanyak 17 responden (63%) dan DIII keperawatan sebanyak 10 responden (37%). Pendidikan pada kelompok kontrol sebagian besar adalah DIII keperawatan sebanyak 14 responden (51,9%), ners sebanyak 10 responden (37%) dan S1 Keperawatan sebanyak 3 responden (11,1%).

2. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Tabel 4.2 Distribusi pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap Tahun 2025

Variabel	n	Median	SD	Min	Max
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	27	6,00	± 0,679	5	7
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	27	3,00	± 0,706	2	4

Berdasarkan tabel 4.2 dari 27 responden dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi ± 0,679. Nilai terendah 5 dan tertinggi 7. Pelaksanaan *early mobilization*

sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 3,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,706$ . Nilai terendah 2 dan tertinggi 4. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi dan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi dikategorikan:

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	f	%
Kurang	12	44,4
Cukup	15	55,6
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah cukup sebanyak 15 responden (55,6%) dan kurang sebanyak 12 responden (44,4%).

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	f	%
Tidak sesuai	20	74,1
Sesuai	7	25,9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

sebagian besar adalah tidak sesuai sebanyak 20 responden (74,1%) dan sesuai sebanyak 7 responden (25,9%).

3. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Tabel 4.5 Distribusi pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	n	Median	SD	Min	Max
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	27	8,00	± 0,839	7	10
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	27	6,00	± 1,207	3	7

Berdasarkan tabel 4.5 dari 27 responden dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 8,00 dengan standard deviasi ± 0,839. Nilai terendah 7 dan tertinggi 10. Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi ± 1,207. Nilai terendah 3 dan tertinggi 7. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi dan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi dikategorikan:

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	f	%
Cukup	2	7,4
Baik	25	92,6
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah baik sebanyak 25 responden (92,6%) dan cukup sebanyak 2 responden (7,4%).

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	f	%
Tidak sesuai	3	11,1
Sesuai	24	88,9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah sesuai sebanyak 24 responden (88,9%) dan tidak sesuai sebanyak 3 responden (11,1%).

4. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok control

Tabel 4.8 Distribusi pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	n	Median	SD	Min	Max
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	27	5,00	± 0,694	5	7
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	27	3,00	± 0,751	2	4

Berdasarkan tabel 4.8 dari 27 responden dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi ± 0,694. Nilai terendah 5 dan tertinggi 7. Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 3,00 dengan standard deviasi ± 0,751. Nilai terendah 2 dan tertinggi 4. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol dan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol dikategorikan:

Tabel 4.9 Distribusi frekuensi pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	f	%
Kurang	24	88,9
Cukup	3	11,1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada

kelompok kontrol sebagian besar adalah kurang sebanyak 24 responden (88,9%) dan cukup sebanyak 3 responden (11,1%).

Tabel 4.10 Distribusi frekuensi pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	f	%
Tidak sesuai	22	81,5
Sesuai	5	18,5
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.10 dapat diketahui bahwa pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah tidak sesuai sebanyak 22 responden (81,5%) dan sesuai sebanyak 5 responden (18,5%).

5. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Tabel 4.11 Distribusi pengetahuan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	n	Median	SD	Min	Max
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	27	7,00	± 0,694	7	9
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	27	5,00	± 1,301	3	7

Berdasarkan tabel 4.11 dari 27 responden dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 7,00 dengan standard deviasi ± 0,694. Nilai terendah 7 dan tertinggi 9. Pelaksanaan *early mobilization* setelah

dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi  $\pm 1,301$ . Nilai terendah 3 dan tertinggi 7. Untuk kepentingan deskriptif, pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol dan pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol dikategorikan:

Tabel 4.12 Distribusi frekuensi pengetahuan tentang *early mobilization* setelah metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	f	%
Cukup	14	51,9
Baik	13	48,1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.12 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah cukup sebanyak 14 responden (51,9%) dan baik sebanyak 13 responden (48,1%).

Tabel 4.13 Distribusi frekuensi pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	f	%
Tidak sesuai	6	22,2
Sesuai	21	77,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.13 dapat diketahui bahwa pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

sebagian besar adalah sesuai sebanyak 21 responden (77,8%) dan tidak sesuai sebanyak 6 responden (22,2%).

## B. Analisis Bivariat

### 1. Uji Normalitas Data

- a. Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk* (sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data ditampilkan pada tabel 4.14 di bawah ini:

Tabel 4.14 Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	<i>Wilcoxon</i>
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	

Hasil uji normalitas data diperoleh pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji normalitas data diperoleh

pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*.

Tabel 4.15 Hasil uji normalitas data pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	<i>Wilcoxon</i>
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi.

- b. Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk*

(sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data ditampilkan pada tabel 4.16 di bawah ini:

Tabel 4.16 Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	<i>Wilcoxon</i>

Hasil uji normalitas data diperoleh pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji normalitas data diperoleh pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,001 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Wilcoxon*.

Tabel 4.17 Hasil uji normalitas data pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	Wilcoxon
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,001 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.

c. Untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

1) Uji normalitas data

Dalam menentukan uji statistik, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas data dengan *Saphiro Wilk* (sampel dibawah 50 orang). Hasil uji normalitas data ditampilkan pada tabel 4.18 di bawah ini:

Tabel 4.18 Hasil uji normalitas data pengetahuan tentang *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Selisih pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> metode SECI pada kelompok intervensi	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	<i>Mann Whitney</i>
Selisih pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> metode diskusi pada kelompok kontrol	0,000 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	

Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pengetahuan tentang *early mobilization* metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pengetahuan tentang *early mobilization* metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,000 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Mann Whitney*. Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pelaksanaan *early mobilization* metode SECI pada kelompok intervensi *p-value* 0,012 (berdistribusi tidak normal). Hasil uji normalitas data diperoleh selisih pelaksanaan *early mobilization* metode diskusi pada kelompok kontrol *p-value* 0,002 (berdistribusi tidak normal). Oleh karena data berdistribusi tidak normal dan tidak normal, maka dilakukan uji *Mann Whitney*.

Tabel 4.19 Hasil uji normalitas data pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Hasil	Keterangan	Uji Statistik
Selisih pelaksanaan <i>early mobilization</i> metode SECI pada kelompok intervensi	0,012 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	<i>Mann Whitney</i>
Selisih pelaksanaan <i>early mobilization</i> metode diskusi pada kelompok kontrol	0,002 ( $< 0,05$ )	Tidak Normal	

Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima bila didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

2) Uji asumsi *Mann Whitney*

Dari hasil asumsi uji *mann whitney* variabel pengetahuan tentang *early mobilization*. Didapatkan bentuk kemiringan dan lebarnya berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk dan penyebaran data tidak sama. Kemudian lihat puncak tertinggi kedua histogram, ternyata tidak sama antara keduanya, yang berarti terdapat perbedaan median. Maka asumsi pertama uji *mann whitney u test* tidak terpenuhi, yaitu terdapat perbedaan bentuk dan penyebaran data. Asumsi berikutnya yang akan diuji adalah homogenitas varians.

Dari hasil asumsi uji *mann whitney* variabel pelaksanaan *early mobilization*. Didapatkan bentuk kemiringan dan lebarnya berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk dan penyebaran data tidak sama. Kemudian lihat puncak tertinggi kedua histogram, ternyata tidak sama antara keduanya, yang berarti terdapat

perbedaan median. Maka asumsi pertama uji mann whitney u test tidak terpenuhi, yaitu terdapat perbedaan bentuk dan penyebaran data. Asumsi berikutnya yang akan diuji adalah homogenitas varians.

### 3) Uji homogenitas

Hasil uji homogenitas ditampilkan pada tabel 4.20 di bawah ini:

Tabel 4.20 Hasil uji homogenitas

Variabel	Hasil	Keterangan
Umur perawat	0,123 (> 0,05)	Homogen
Umur pasien	0,961 (> 0,05)	Homogen
Selisih pengetahuan tentang <i>early mobilization</i>	0,000 (< 0,05)	Tidak Homogen
Selisih pelaksanaan <i>early mobilization</i>	0,717 (> 0,05)	Homogen

Tabel 4.20 di atas menunjukkan hasil uji homogenitas menggunakan metode Levene's test. Hasil uji homogenitas antara lain: Hasil uji homogenitas umur perawat didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value) 0,123 > 0,05 yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen. Hasil uji homogenitas umur pasien didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value) 0,961 > 0,05 yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen. Hasil uji homogenitas pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi didapatkan nilai uji Levene's Test

ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,000 < 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok tidak sama atau yang disebut tidak homogen. Hasil uji homogenitas pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi didapatkan nilai uji Levene's Test ditunjukkan pada baris Nilai *Based On Mean*, yaitu dengan Sig (p value)  $0,717 > 0,05$  yang berarti varians kedua kelompok sama atau yang disebut homogen.

2. Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Tabel 4.21 Perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,00	0,00	-4,628	0,000
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	14,00	378,00		

\* Uji Wilcoxon

Berdasarkan tabel 4.21 diketahui bahwa *p-value*  $0,000 (< 0,05)$ , hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap.

Tabel 4.22 Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	0,00	0,00	-4,589	0,000
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi	14,00	378,00		

\* Uji Wilcoxon

Berdasarkan tabel 4.22 diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap.

3. Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Tabel 4.23 Perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,00	0,00	-4,818	0,000
Pengetahuan tentang <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	14,00	378,00		

\* Uji Wilcoxon

Berdasarkan tabel 4.23 diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol.

Tabel 4.24 Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Variabel	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	0,00	0,00	-4,604	0,000
Pelaksanaan <i>early mobilization</i> sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol	14,00	378,00		

\* Uji Wilcoxon

Berdasarkan tabel 4.24 diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap.

- Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 4.25 Perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Kelompok Penelitian	n	Selisih Skor Pengetahuan Tentang <i>Early Mobilization</i>			p-value
		Median	Mean Rank	Sum of Ranks	
Kelompok intervensi (metode SECI)	27	3	34,39	928,50	0,000
Kelompok kontrol (metode diskusi)	27	2	20,61	556,50	

\* Uji Mann Whitney

Hasil uji statistik *Mann Whitney* menunjukkan nilai signifikansi sebesar *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai rerata peningkatan skor pengetahuan tentang *early mobilization* diantara responden kelompok intervensi (metode SECI) dan responden kelompok kontrol (metode diskusi). Artinya metode *Socialization Externalization*

*Combination Internalization* (SECI) lebih efektif dibandingkan dengan metode diskusi terhadap peningkatan pelaksanaan *early mobilization*. Nilai median pada kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 3 dan nilai median pada kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 2. Mean rank kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 34,39 dan mean rank kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 20,61. Apabila bentuk dan penyebaran kedua kelompok tidak sama, maka uji *Mann Whitney* hanya dapat digunakan untuk menyimpulkan adanya perbedaan rerata atau mean antara 2 kelompok.

Tabel 4.26 Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di bangsal rawat inap tahun 2025

Kelompok Penelitian	n	Selisih Skor Pelaksanaan <i>Early Mobilization</i>			p-value
		Median	Mean Rank	Sum of Ranks	
Kelompok intervensi (metode SECI)	27	3	33,94	916,50	0,002
Kelompok kontrol (metode diskusi)	27	2	21,06	568,50	

\* Uji Mann Whitney

Hasil uji statistik *Mann Whitney* menunjukkan nilai signifikansi sebesar *p-value* 0,002 (<0,05) yang berarti terdapat perbedaan nilai rerata peningkatan skor pelaksanaan *early mobilization* diantara responden kelompok intervensi (metode SECI) dan responden kelompok kontrol (metode diskusi). Artinya metode *Socialization Externalization Combination Internalization* (SECI) lebih efektif dibandingkan dengan metode diskusi terhadap peningkatan pelaksanaan *early mobilization*. Nilai median pada kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 3 dan nilai median pada kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 2. Mean rank

kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 33,94 dan mean rank kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 21,06. Apabila bentuk dan penyebaran kedua kelompok tidak sama, maka uji *Mann Whitney* hanya dapat digunakan untuk menyimpulkan adanya perbedaan rerata atau mean antara 2 kelompok.



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Analisis Univariat**

##### **1. Karakteristik Responden**

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa karakteristik responden pada penelitian ini memiliki variasi dari aspek umur, pendidikan dan jenjang perawat klinik. Pada kelompok intervensi, sebagian besar responden berada pada kategori dewasa awal (26–35 tahun) sebesar 51,9%, sedangkan kelompok kontrol didominasi oleh dewasa akhir (36–45 tahun) sebesar 70,4%. Perbedaan rentang usia ini dapat memengaruhi kemampuan adaptasi terhadap pembelajaran dan penerapan metode baru, dimana perawat usia lebih muda umumnya memiliki kecepatan adaptasi yang lebih tinggi dalam mengadopsi pengetahuan baru, seperti yang dikemukakan oleh Wulandari (2020) bahwa usia produktif awal cenderung lebih responsif terhadap pelatihan klinis. Dari aspek pendidikan, kelompok intervensi sebagian besar adalah Ners sebanyak 63%, sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas merupakan DIII Keperawatan sebesar 51,9%. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya berpengaruh terhadap kemampuan analisis dan pemecahan masalah klinik, sehingga perawat dengan pendidikan profesi lebih siap dalam mengintegrasikan teori ke dalam praktik. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2021) yang menyatakan bahwa perawat dengan latar

belakang pendidikan profesi memiliki keterampilan klinik yang lebih komprehensif dalam proses pengambilan keputusan keperawatan. Dilihat dari jenjang perawat klinik, baik kelompok intervensi maupun kontrol didominasi oleh PK III, yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki pengalaman kerja yang memadai dalam praktik keperawatan. Menurut Siregar (2022), jenjang klinik yang lebih tinggi mencerminkan pengalaman dan paparan klinis yang lebih luas sehingga mendukung kemampuan dalam menerapkan intervensi keperawatan secara mandiri. Dengan demikian, karakteristik responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa baik dari segi usia, pendidikan, maupun jenjang klinik, responden memiliki kapasitas dasar yang cukup untuk mengikuti proses intervensi metode SECI dan menerapkan *early mobilization* dalam praktik keperawatan di bangsal rawat inap.

2. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,679$ . Pengetahuan perawat mengenai *early mobilization* sebelum penerapan metode SECI pada kelompok intervensi berada pada kategori cukup pada sebagian besar responden, yaitu sebanyak 15 orang (55,6%), sedangkan 12 orang (44,4%) lainnya memiliki tingkat pengetahuan yang kurang. Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada

kelompok intervensi nilai median 3,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,706$ . Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah tidak sesuai sebanyak 20 responden (74,1%) dan sesuai sebanyak 7 responden (25,9%).

Temuan ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi, pemahaman perawat terkait konsep, tujuan, dan prosedur pelaksanaan mobilisasi dini belum merata dan belum mencapai tingkat optimal yang diharapkan dalam praktik keperawatan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pemahaman mengenai *early mobilization* masih berada pada tahap dasar dan belum sepenuhnya terinternalisasi dalam tindakan klinis. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian Herawati dan Sari (2021) yang menyatakan bahwa ketidakteraturan pelatihan dan kurangnya proses berbagi pengetahuan antar perawat dapat berdampak pada rendahnya pengetahuan dan implementasi mobilisasi dini. Selain itu, menurut teori *knowledge conversion* oleh Nonaka dan Takeuchi (1995), pengetahuan yang hanya bersifat individual (*tacit knowledge*) tanpa adanya proses sosialisasi, dokumentasi, dan internalisasi akan sulit berkembang menjadi pengetahuan kolektif yang dapat diterapkan secara konsisten dalam pelayanan. Oleh karena itu, hasil ini menunjukkan perlunya metode sistematis seperti SECI untuk memperkuat proses transfer pengetahuan agar pengetahuan yang dimiliki perawat dapat meningkat dan berpengaruh pada pelaksanaan mobilisasi dini secara lebih baik.

3. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Berdasarkan tabel 4.5 dari 27 responden dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 8,00 dengan standard deviasi  $\pm$  0,839. Setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi, terlihat adanya peningkatan yang jelas dalam pengetahuan dan pelaksanaan *early mobilization*. Dimana sebagian besar perawat memiliki tingkat pengetahuan yang baik terkait *early mobilization*, yaitu sebanyak 25 responden (92,6%), sedangkan hanya 2 responden (7,4%) yang berada pada kategori cukup. Peningkatan pengetahuan ini menunjukkan bahwa metode SECI efektif dalam memberikan pemahaman yang lebih mendalam melalui proses pembelajaran yang kolaboratif dan reflektif. Proses *Socialization* memungkinkan perawat saling bertukar pengalaman, *Externalization* mendorong perumusan pengetahuan dalam bentuk konsep atau panduan tertulis, *Combination* membantu penyusunan informasi menjadi standar operasional, dan *Internalization* memungkinkan perawat menerapkan pengetahuan tersebut dalam praktik klinik sehari-hari. Kondisi ini sejalan dengan teori Nonaka dan Takeuchi (1995) yang menjelaskan bahwa konversi pengetahuan yang dilakukan secara sistematis mampu meningkatkan pemahaman dan kompetensi praktis individu dalam organisasi.

Selanjutnya, peningkatan pengetahuan tersebut juga berdampak pada pelaksanaan *early mobilization* di bangsal rawat inap. Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi  $\pm 1,207$ . Sebagaimana ditunjukkan dalam tabel 4.7. Sebagian besar responden melaksanakan *early mobilization* sesuai standar prosedur, yaitu sebanyak 24 responden (88,9%), sedangkan hanya 3 responden (11,1%) yang pelaksanaannya belum sesuai. Hasil ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang diperoleh melalui metode SECI tidak hanya berhenti pada level kognitif, tetapi juga berhasil diinternalisasikan menjadi keterampilan praktik yang nyata. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2022) dan Dewi (2021) yang menyatakan bahwa pelatihan yang menekankan interaksi, diskusi, dan penerapan langsung di lapangan mampu meningkatkan kepatuhan perawat terhadap SOP dan meningkatkan kualitas layanan keperawatan. Dengan demikian, metode SECI terbukti efektif dalam meningkatkan baik aspek pengetahuan maupun pelaksanaan *early mobilization*, sehingga dapat direkomendasikan sebagai strategi pembelajaran klinik berkelanjutan di lingkungan rumah sakit.

4. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada

kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,694$ . Hasil penelitian pada kelompok kontrol sebelum dilakukan metode diskusi, tampak bahwa tingkat pengetahuan perawat mengenai *early mobilization* masih berada pada kategori rendah. Hal ini ditunjukkan pada tabel 4.6, dimana sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang sebanyak 24 orang (88,9%), dan hanya 3 orang (11,1%) yang memiliki pengetahuan cukup. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pemahaman dasar mengenai konsep, tujuan, serta manfaat mobilisasi dini belum terbentuk secara optimal pada perawat di bangsal rawat inap. Rendahnya pengetahuan ini dapat disebabkan oleh minimnya kegiatan edukasi, keterbatasan pelatihan formal, serta kurangnya proses transfer pengetahuan antar perawat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Herawati dan Sari (2021) yang menyatakan bahwa kurangnya pembinaan klinis dan tidak adanya forum berbagi pengalaman menyebabkan pengetahuan perawat mengenai intervensi berbasis bukti menjadi terbatas. Selain itu, menurut teori *tacit knowledge* Nonaka dan Takeuchi (1995), pengetahuan yang tidak dikomunikasikan atau dibagikan secara aktif cenderung tetap berada pada individu dan tidak berkembang menjadi pengetahuan kelompok.

Rendahnya pengetahuan tersebut juga berdampak pada pelaksanaan *early mobilization* yang belum sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO). Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 3,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,751$ . Hal ini terlihat pada tabel 4.10, dimana

sebagian besar responden menunjukkan pelaksanaan mobilisasi dini yang tidak sesuai sebanyak 22 orang (81,5%), sedangkan hanya 5 orang (18,5%) yang melaksanakan tindakan dengan sesuai. Temuan ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pengetahuan dan praktik yang berimplikasi langsung pada kualitas pelayanan keperawatan. Dewi (2021) menjelaskan bahwa keterbatasan pengetahuan akan memengaruhi kepercayaan diri dan keterampilan perawat dalam menerapkan intervensi, sehingga tindakan yang diberikan tidak maksimal. Dengan demikian, kondisi awal pada kelompok kontrol ini menegaskan bahwa tanpa adanya upaya sistematis untuk meningkatkan pengetahuan melalui pendekatan edukatif atau berbasis pembelajaran kelompok, pelaksanaan *early mobilization* berisiko tetap rendah dan tidak terstandar.

5. Pengetahuan Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 4.11 dapat diketahui bahwa pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 7,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,694$ . Hasil penelitian pada kelompok kontrol setelah dilakukan metode diskusi, terjadi peningkatan pengetahuan perawat mengenai *early mobilization* dibandingkan dengan kondisi sebelum intervensi. Hal ini ditunjukkan pada tabel 4.8, dimana sebagian besar responden berada pada kategori cukup sebanyak 14 responden (51,9%) dan kategori baik sebanyak 13 responden (48,1%). Peningkatan ini menunjukkan bahwa metode diskusi mampu

memberikan kontribusi dalam menambah pemahaman perawat, khususnya melalui pertukaran informasi, klarifikasi konsep, dan penyamaan persepsi dalam kelompok. Diskusi sebagai metode pembelajaran bersifat interaktif sehingga memfasilitasi perawat untuk memperoleh pengetahuan secara langsung melalui penjelasan, tanya jawab, dan pengalaman klinis yang dibagikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Susilo (2021), yang menyatakan bahwa diskusi kelompok dapat meningkatkan pemahaman konsep karena memungkinkan terjadinya proses elaborasi dan penguatan pengetahuan secara sosial. Namun demikian, peningkatan pengetahuan yang dicapai melalui diskusi ini cenderung bersifat moderate, tidak sebesar peningkatan yang terjadi pada kelompok intervensi yang menggunakan metode SECI, karena diskusi tidak secara langsung menekankan proses dokumentasi dan internalisasi praktik secara sistematis.

Selain peningkatan pengetahuan, pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok kontrol juga menunjukkan perbaikan setelah dilakukan metode diskusi. Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi  $\pm 1,301$ . Berdasarkan tabel 4.11, sebagian besar perawat melaksanakan mobilisasi dini secara sesuai yakni sebanyak 21 responden (77,8%), sedangkan 6 responden (22,2%) masih menunjukkan pelaksanaan yang belum sesuai. Hal ini mengindikasikan bahwa metode diskusi memberikan dampak positif pada perubahan perilaku praktik klinis, meskipun tidak menyeluruh. Peningkatan ini mencerminkan bahwa ketika perawat

memperoleh pemahaman yang lebih baik, maka kepercayaan diri dan kesiapan dalam melakukan tindakan klinis juga meningkat. Namun demikian, karena metode diskusi tidak melibatkan tahap *internalization* secara langsung seperti dalam pendekatan SECI, sebagian perawat masih belum menerapkan tindakan secara konsisten sesuai prosedur operasional baku. Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi (2021) yang menyatakan bahwa pemberian informasi melalui metode diskusi dapat meningkatkan praktik klinis, namun efektivitasnya lebih rendah dibanding metode pembelajaran berbasis pengalaman dan refleksi terstruktur. Dengan demikian, meskipun metode diskusi mampu meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan mobilisasi dini pada kelompok kontrol, peningkatannya tidak seoptimal kelompok intervensi yang menggunakan metode SECI.

## **B. Analisis Bivariat**

1. Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi

Hasil penelitian diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap. Hasil penelitian diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap.

2. Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol

Hasil penelitian diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol. Hasil penelitian diketahui bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap.

3. Perbedaan pelaksanaan *early mobilization* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil uji statistik *Mann Whitney* menunjukkan nilai signifikansi sebesar *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai rerata peningkatan skor pengetahuan tentang *early mobilization* diantara responden kelompok intervensi (metode SECI) dan responden kelompok kontrol (metode diskusi). Artinya metode *Socialization Externalization Combination Internalization* (SECI) lebih efektif dibandingkan dengan metode diskusi terhadap peningkatan pelaksanaan *early mobilization*. Nilai median pada kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 3 dan nilai median pada kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 2. Mean rank kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 34,39 dan mean rank kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 20,61. Apabila bentuk dan penyebaran kedua kelompok tidak sama, maka uji *Mann Whitney* hanya dapat

digunakan untuk menyimpulkan adanya perbedaan rerata atau mean antara 2 kelompok.

Hasil uji statistik *Mann Whitney* menunjukkan nilai signifikansi sebesar *p-value* 0,002 ( $<0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai rerata peningkatan skor pelaksanaan *early mobilization* diantara responden kelompok intervensi (metode SECI) dan responden kelompok kontrol (metode diskusi). Artinya metode *Socialization Externalization Combination Internalization* (SECI) lebih efektif dibandingkan dengan metode diskusi terhadap peningkatan pelaksanaan *early mobilization*. Nilai median pada kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 3 dan nilai median pada kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 2. Mean rank kelompok intervensi (metode SECI) yaitu 33,94 dan mean rank kelompok kontrol (metode diskusi) yaitu 21,06. Apabila bentuk dan penyebaran kedua kelompok tidak sama, maka uji *Mann Whitney* hanya dapat digunakan untuk menyimpulkan adanya perbedaan rerata atau mean antara 2 kelompok.

## BAB VI

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian ini antara lain:

1. Pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,679$ . Pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah cukup sebanyak 15 responden (55,6%). Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 3,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,706$ . Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah tidak sesuai sebanyak 20 responden (74,1%).
2. Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 8,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,839$ . Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah baik sebanyak 25 responden (92,6%). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi nilai median 6,00 dengan standard deviasi  $\pm 1,207$ . Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi sebagian besar adalah sesuai sebanyak 24 responden (88,9%).

3. Pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,694$ . Pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah kurang sebanyak 24 responden (88, 9%). Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 3,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,751$ . Pelaksanaan *early mobilization* sebelum dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah tidak sesuai sebanyak 22 responden (81,5%).
4. Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 7,00 dengan standard deviasi  $\pm 0,694$ . Pengetahuan tentang *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah cukup sebanyak 14 responden (51,9%). Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol nilai median 5,00 dengan standard deviasi  $\pm 1,301$ . Pelaksanaan *early mobilization* setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol sebagian besar adalah sesuai sebanyak 21 responden (77,8%).
5. Ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap (*p-value* 0,000). Ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode SECI pada kelompok intervensi di bangsal rawat inap (*p-value* 0,000).

6. Ada perbedaan pengetahuan tentang *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol (*p-value* 0,000).  
Ada perbedaan pelaksanaan *early mobilization* sebelum dan setelah dilakukan metode diskusi pada kelompok kontrol di bangsal rawat inap (*p-value* 0,000).
7. Bawa metode SECI jauh lebih baik dalam peningkatan pengetahuan dan pelaksanaan *early mobilization* di bangsal rawat inap

## **B. Saran**

1. Bagi Rumah Sakit / Institusi Pelayanan Kesehatan

Disarankan untuk mengintegrasikan metode SECI sebagai bagian dari program peningkatan kompetensi perawat, khususnya terkait pelaksanaan mobilisasi dini pasien, guna meningkatkan mutu layanan keperawatan dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi.

2. Bagi Perawat Pelaksana

Perawat diharapkan dapat secara konsisten menerapkan *early mobilization* dengan mengikuti pedoman klinis yang berlaku serta memanfaatkan pendekatan berbasis pengetahuan melalui diskusi, refleksi, berbagi pengalaman praktik, dan pembelajaran berkelanjutan sebagaimana prinsip SECI.

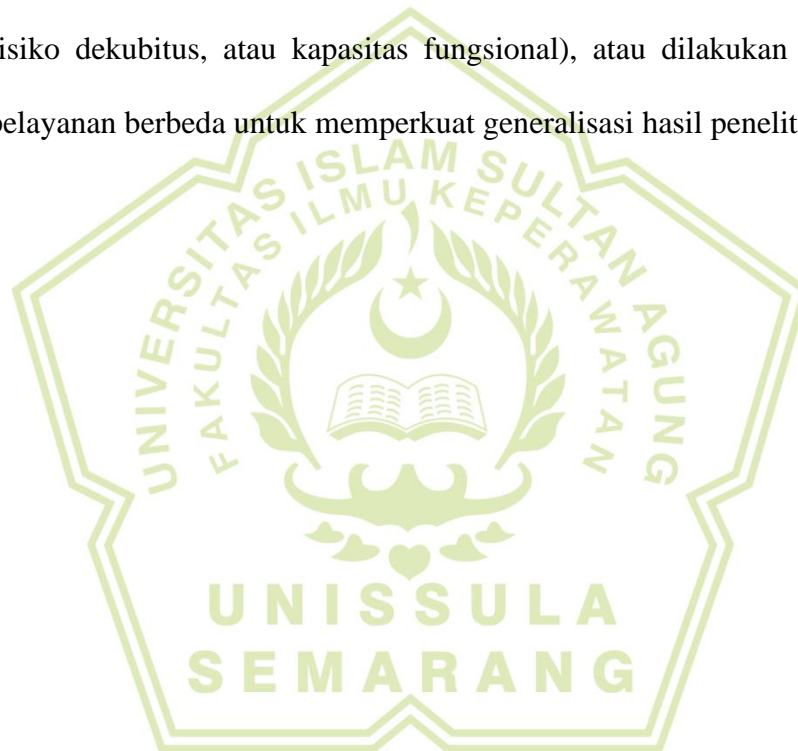
3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Metode SECI dapat dijadikan salah satu strategi pembelajaran dalam meningkatkan kompetensi kognitif, psikomotor, dan afektif mahasiswa,

terutama dalam pelaksanaan tindakan yang memerlukan pembiasaan keterampilan klinis seperti mobilisasi dini.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya dapat memperluas variabel penelitian, misalnya pengaruh SECI terhadap outcome klinis pasien (misalnya lama rawat, risiko dekubitus, atau kapasitas fungsional), atau dilakukan pada area pelayanan berbeda untuk memperkuat generalisasi hasil penelitian.



## DAFTAR PUSTAKA

- Academic Journals. (2023). *Comparative Study between Traditional Care Program and Enhanced Recovery After Surgery*.
- Aditya, R. S., Yusuf, A., Al Razeeni, D. M., Al-Sayaghi, K. M., & Solikhah, F. K. (2021). "We Are at The Forefront of Rural Areas": Pengalaman perawat darurat selama pandemi COVID-19: Studi kualitatif. *Health Equity*, 5(1), 818–825.
- Banamtum. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah (8th ed.)*. Salemba Medika.
- Balikesir Medical Journal, 2023. *Early and targeted mobilization after surgical interventions*.
- Bates, A. W. (2022). *Teaching in a Digital Age: Guidelines for Designing Teaching and Learning*. Tony Bates Associates Ltd.
- Brookfield, S. D. (2023). *The Skillful Teacher: On Technique, Trust, and Responsiveness in the Classroom*. Jossey-Bass.
- Choo, C. W. (2021). *The Knowing Organization: How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge, and Make Decisions*. Oxford University Press.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale Development: Theory and Applications (4th ed.)*. Sage Publications.
- Farnese, M. L., Barbieri, B., Chirumbolo, A., & Patriotta, G. (2019). "Managing Knowledge in Organizations: A Nonaka's SECI Model Perspective." *Frontiers in Psychology*, 10, 2730. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02730>.
- Field, A. (2023). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics (6th ed.)*. SAGE Publications.
- Frontiers in Surgery. (2023). *Outcome of Enhanced Recovery After Surgery vs Traditional Pathway in Adolescent Idiopathic Scoliosis Surgery*.
- Ghozali, I. (2018). *Aplikasi analisis multivariat dengan IBM SPSS 25*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Jurt, L., & Sperisen, V. (2020). Older Refugees: Strategies in Dealing With Denied Recognition. *Swiss Journal of Sociology*.

- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2021). *"Historical Perspective on Postoperative Recovery and the Advent of Enhanced Recovery Protocols."* *Annals of Surgery*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Panduan Early Mobilisasi di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kholid, A. (2012). *Promosi Kesehatan: Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2020). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Routledge.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Pearson Education.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (9th ed.). Pearson Education.
- Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surg*. 2017;152: 292-8.
- Lopez, R., & Lee, J. (2020). Role of nursing in early recovery after surgery (ERAS): Strategies and outcomes. *Nursing Clinics of North America*, 55(4), 487–503. <https://doi.org/10.xxxxx>.
- Lumandi, R. M. (2022). *Effective Learning Methods in Adult Education*. Academic Press.
- Merriam, S. B., & Baumgartner, L. M. (2021). *Learning in Adulthood: A Comprehensive Guide*. Jossey-Bass.
- Moore, M. G., & Kearsley, G. (2023). *Distance Education: A Systems View of Online Learning*. Cengage Learning.
- Moshref, R., Basunbul, L. I., Alhazmi, L. S. S., Almughamisi, S. A., Aljuaid, N. M., & Rizk, H. (2022). Recent technical developments in the field of laparoscopic surgery: A literature review. *Cureus*, 14(2), e22246. <https://doi.org/10.7759/cureus.22246>.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2019). *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Harvard Business Review Press.

- Notoatmodjo, S. (2018). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika
- Scott MJ, Baldini G, Fearon KCH, Feldheiser A, Feldman LS, Gan TJ, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery. Part 1: Pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2015;59:1212–31.
- Setiarso, B., Harjanto, N., Triyono, & Subagyo, H. (2009). *Penerapan Knowledge Management pada Organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smith, G., & Thomas, A. (2020). Comparative Outcomes of Conventional Wound Care versus Negative Pressure Wound Therapy in Post-Surgical Patients. *International Journal of Surgery*, 15(6), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.06.013>.
- Sugiyono. (2023). *Statistika untuk penelitian*. Jakarta: Alfabeta.
- Syah, M. (2012). *Psikologi Belajar*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Taylor, E. W., & Cranton, P. (2019). *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice*. Wiley.
- Tsoukas, H., & Vladimirou, E. (2021). "What is Organizational Knowledge?" *Journal of Management Studies*, 58(4), 677-69.
- White, M., & Green, P. (2021). *Nursing education and training for early mobilization in hospital settings*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1880-1887.