

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Definisi Mobilisasi**

Mobilisasi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman. Istilah mobilisasi sering digunakan untuk menggambarkan pergerakan baik secara fisik maupun psikologis. Mobilisasi juga dapat didefinisikan sebagai pergerakan individu, baik yang terjadi secara aktual maupun yang memiliki potensi, melibatkan pergerakan fisik, peningkatan kualitas hidup, serta upaya untuk meningkatkan kesejahteraan. Sedangkan mobilisasi dini merupakan kemampuan seseorang untuk beralih dari satu posisi ke posisi lainnya, termasuk posisi duduk, berbaring, dan berdiri merupakan bagian dari konsep mobilisasi. Aktivitas yang termasuk ke dalam mobilisasi fungsional melibatkan berbagai bentuk pergerakan, seperti mobilisasi di tempat tidur, menggunakan kursi roda, melakukan latihan berjalan, mengemudi, dan naik kendaraan umum (Erlina, 2020).

WHO menyatakan bahwa seseorang yang mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan mobilisasi secara normal dianggap mengalami keterbatasan kemampuan mobilisasi. Dapat disimpulkan bahwa mobilisasi adalah usaha untuk menjaga kemandirian bergerak dengan mendampingi pasien agar dapat mempertahankan fungsi fisiologisnya sebaik mungkin.

##### **2. Perspektif Kebutuhan Mobilisasi**

Tirah baring atau *bedrest* adalah suatu tindakan dengan menempatkan pasien untuk tetap di tempat tidur selama masa hospitalisasi dengan tujuan terapeutik. Awal tahun 1960-1900 intervensi *bedrest* dijadikan sebagai *nursing care standard* dalam praktik keperawatan. Hal ini dimulai dari anggapan bahwa *bedrest* merupakan intervensi terbaik untuk meningkatkan kesehatan, yang dinyatakan oleh Hipocrates: “*whenever one begins to*

*endure pain, it will be relief by rest*". Saat itu intervensi *bedrest* tidak hanya dianjurkan untuk klien yang tidak dapat melakukan mobilisasi, tetapi juga dilakukan pada berbagai kondisi penyakit ataupun injuri baik akut maupun kronik. *Bedrest* dipercaya dapat menyimpan dan memulihkan energi yang diperlukan pasien untuk meningkatkan kesehatannya. Harmer menyatakan bahwa individu yang tidak melakukan tirah baring atau *bedrest* ketika sakit dianggap dapat mengeluarkan energi yang berlebihan dan mengancam kehidupan.

Perubahan dalam praktek keperawatan terjadi seiring adanya perdebatan di dunia kedokteran mengenai efek dari *bedrest*. Sejak awal tahun 1944, berbagai komplikasi akibat *bedrest* mulai dipublikasikan. Intervensi *bedrest* awalnya dianggap sebagai praktik terbaik (*best practice*) dan mencapai puncaknya dengan anjuran untuk "*long day in bed*" pada tahun 1955. Namun, fokus praktik keperawatan mulai berubah dari intervensi *bedrest* menuju ambulasi dini.

Harmer & Hendersen menyampaikan suatu tulisan dalam *the Journal of the American Medical Association* (JAMA) bahwa pada awalnya *bedrest* merupakan intervensi terbaik untuk meningkatkan kesehatan, namun mulai digantikan oleh penekanan ambulasi. Sejak saat itu, intervensi ambulasi klien di luar tempat tidur, seperti latihan mobilisasi harian, mulai direkomendasikan sebagai standar perawatan klien. Hal ini tercermin dalam buku teks keperawatan pada awal tahun 1960-an yang secara rinci menjelaskan pentingnya ambulasi, baik untuk klien yang menjalani *bedrest* maupun klien rawat jalan.

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa efek *bedrest* secara fisiologis dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Adaptasi fisiologis yang terjadi melibatkan penurunan kapasitas kerja yang terkait dengan melemahnya fungsi metabolik, kardiovaskuler, pulmonal, muskuloskeletal, hematologik, sistem imun, thermoregulasi, neuroendokrin, dan organ lainnya.

Banyak penelitian telah menghasilkan informasi tentang manfaat latihan mobilisasi, dan publikasi mengenai topik ini semakin meluas. Program mobilisasi kini lebih banyak direkomendasikan, terutama untuk pasien post operasi. Intervensi mobilisasi dini dan latihan pada pasien menjadi prioritas, dan ini telah menjadi standar praktik untuk pasien di unit bedah. Pasien post operasi secara konsisten dijadwalkan untuk melakukan latihan mobilisasi sesegera mungkin. Mobilisasi dianggap sebagai kebutuhan dasar yang harus dipertahankan. Keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri dikategorikan sebagai gangguan mobilisasi fisik yang memerlukan intervensi keperawatan (Erlina, 2020).

### 3. Fisiologi Mobilisasi

Melibatkan koordinasi pergerakan fungsi tubuh, termasuk fungsi skeletal, muskuloskeletal, dan sistem saraf tubuh. Fisiologi mobilisasi dapat dijelaskan sebagai berikut (Erlina, 2020) :

#### a. Sistem skeletal

Merupakan kerangka tulang dan kartilago yang melindungi organ tubuh dan memungkinkan manusia untuk bergerak. Beberapa fungsi sistem skeletal meliputi:

- 1) Menyokong jaringan lunak (*soft tissue*) tubuh manusia untuk
- 2) mempertahankan bentuk dan postur tubuh.
- 3) Melindungi struktur tubuh yang penting, seperti otak, paru-paru, jantung, dan sumsum tulang belakang.
- 4) Menjadi tempat melekatnya otot-otot, tendon, dan ligamen, yang berperan dalam menghasilkan gerakan.
- 5) Menyediakan tempat penyimpanan garam mineral dan lemak.
- 6) Menghasilkan sel darah merah (*hematopoiesis*).

Tulang orang dewasa memiliki 206 tulang yang diklasifikasikan berdasarkan bentuk. Tulang panjang (*long bones*) terdapat pada ekstremitas atas dan bawah tubuh, berkontribusi pada tinggi dan panjang tubuh. Sementara itu, tulang pendek (*short bones*) terletak di pergelangan tangan dan pergelangan kaki (*ankle*), berperan dalam pergerakan. Tulang

pipih (*flat bones*) ditemukan pada tulang iga dan sebagian tulang tengkorak. Fungsi utama tulang pipih adalah berkontribusi terhadap bentuk dan melindungi organ-organ internal. Sementara itu, tulang tidak beraturan (*irregular bones*) mencakup semua tulang yang tidak dapat dikelompokkan ke dalam kategori tulang panjang, pendek, atau pipih. Tulang-tulang tidak beraturan ini memiliki bentuk yang tidak teratur dan berperan dalam melengkapi struktur tubuh dan memberikan dukungan. Kekuatan dan fleksibilitas sistem skeletal juga tergantung pada ligamen, tendon, dan kartilago. Ligamen adalah serat fibrosa yang menghubungkan sendi dan tulang, sementara tendon, berupa pita serat fibrosa yang tidak elastis, menghubungkan otot ke tulang. Selain itu, kartilago, suatu jenis jaringan yang elastis dan kuat, melapisi ujung tulang di sendi untuk memberikan bantalan dan mendukung pergerakan tanpa merusak tulang. Kartilago merupakan jaringan 8 konektif avaskuler ditemukan pada sendi juga pada hidung, telinga, thorak, trakea dan laring.

b. Sistem Muskuloskeletal

Kontraksi dan relaksasi dari sistem otot menciptakan pergerakan tubuh dengan menarik tulang-tulang. Kemampuan otot untuk merespon rangsangan, melakukan kontraksi, memanjang, dan mengembalikan bentuk semula disebut sebagai *excitability*, *contractility*, *extensibility*, dan *elasticity*. Keempat sifat ini memungkinkan otot untuk menjalankan tiga fungsi penting bagi tubuh yaitu:

- 1) Menghasilkan pergerakan (*Motion*): Kontraksi dan relaksasi otot memungkinkan tubuh untuk bergerak, termasuk gerakan anggota tubuh, perubahan posisi, dan mobilitas umum.
- 2) Menjaga postur tubuh: Kontraksi otot skeletal membantu menjaga postur tubuh dengan menjaga tulang dan sendi pada posisi tegap, sehingga mendukung postur tubuh yang diperlukan untuk berdiri atau duduk.

3) Menghasilkan panas: Kontraksi otot skeletal menghasilkan panas sebagai produk sampingan, dan ini membantu memelihara suhu tubuh. Proses ini juga berkontribusi pada regulasi suhu tubuh secara keseluruhan.

Ada tiga tipe otot utama yaitu otot skeletal, otot jantung, dan otot polos. Sistem otot terdiri dari jaringan otot skeletal dan jaringan ikatan yang membentuk organ otot individu. Setiap otot memiliki dua titik pengikat ke tulang. Pengikatan otot pada titik tulang yang relatif tetap disebut origo, sementara pengikatan pada titik tulang yang relatif bergerak disebut insersi. Otot terbentuk dari serat otot yang mampu berkontraksi saat distimulasi oleh impuls elektrokimia yang berasal dari serabut saraf. Proses ini terjadi melalui neuromuskular junction, yaitu titik pertemuan antara serabut saraf dan serat otot, di mana impuls saraf merangsang kontraksi otot. Proses ini melibatkan impuls elektrokimia yang menyebabkan filamen (protein otot aktin dan miosin) di dalam serat otot saling mendekat satu sama lain, sehingga filamen tersebut mengalami pemendekan.

Kontraksi otot dapat dikelompokkan berdasarkan tujuan fungsinya, yang mencakup gerakan, menahan, atau menstabilkan bagian tubuh. *Concentric tension* terjadi saat kontraksi otot meningkat karena otot memendek, sehingga menghasilkan gerakan. *Eccentric tension* membantu mengontrol kecepatan dan arah gerakan dengan otot memanjang. *Concentric dan eccentric* penting untuk pergerakan aktif dan disebut sebagai kontraksi dinamis atau isotonic. *Isometric contraction (static contraction)* meningkatkan aktivitas otot tanpa pemendekan atau pergerakan aktif, seperti memerintahkan klien untuk mengencangkan atau mengendorkan kelompok otot tertentu. *Voluntary contraction* adalah kombinasi antara isotonik dan isometric kontraksi.

c. Sistem saraf

Sistem skeletal dan otot tidak akan menghasilkan gerakan yang bermanfaat tanpa adanya fungsi sistem persarafan. Fungsi persarafan melibatkan stimulasi otot agar dapat berkontraksi, spesifiknya seperti:

- 1) Sistem saraf aferen berfungsi membawa informasi dari reseptor di bagian perifer tubuh ke sistem saraf pusat.
- 2) Neuron yang merupakan sel saraf, bertanggung jawab untuk menghantarkan impuls dari satu bagian tubuh ke bagian lainnya.
- 3) Informasi diproses di dalam susunan saraf pusat dan terjadi respon pada tubuh.
- 4) Sistem referensi bertugas membawa respon yang diinginkan dari sistem pusat ke sistem skeletal.

**4. Tahap-tahap mobilisasi, yaitu:**

- a. Tahap 1: dalam rentang waktu 24 jam setelah operasi, pasien diajarkan Teknik nafas dalam dan batuk efektif. Pasien juga diberikan latihan *Range Of Motion* (ROM) yang diikuti dengan perubahan posisi di tempat tidur, seperti miring ke kiri dan kanan. Selain itu, pasien juga diajarkan untuk mengubah posisi kepala dari 15°, 30°, 45°, 60°, sampai 90°.
- b. Tahap 2: setelah 24 jam setelah operasi, pasien diberikan instruksi untuk duduk tanpa sandaran dan mengobservasi rasa pusing dan duduk di tepi tempat tidur.
- c. Tahap 3: pada 24 jam setelah itu hari ketika setelah operasi, pasien dianjurkan berdiri di samping tempat tidur dan diajarkan untuk berjalan di sekitar tempat tidur.
- d. Tahap 4: pada tahap akhir, pasien dapat berjalan secara mandiri setelah melewati proses dan latihan rutin dengan tahap-tahap yang telah diberikan.

**5. Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi**

Banyak penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi. Penelitian-penelitian ini

umumnya mencakup aspek-aspek seperti kardiorespirasi, fungsi neuromuscular, kemampuan fungsional, kekuatan dan massa otot, kemampuan berjalan, dan keseimbangan. Semua faktor-faktor ini menjadi dasar dari kemampuan seseorang untuk bergerak. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi diuraikan sebagai berikut (Erlina, 2020) :

a. Usia

Usia sangat berpengaruh terhadap kemampuan individu melakukan mobilisasi. Bertambahnya usia menyebabkan penurunan fungsi yang tak dapat dihindari, termasuk penurunan fungsi neuromuskular, kardiovaskuler, massa dan kekuatan otot, serta kemampuan berjalan dan keseimbangan.

Hebblinck M & Day J menyatakan bahwa puncak kekuatan otot individu terjadi pada rentang usia 18-27 tahun. Namun, mulai dari usia 40 tahun, Lexell menyatakan bahwa jaringan otot secara bertahap akan mengalami penurunan baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Vandervoort & Morley juga menjelaskan bahwa setelah mencapai usia 50 tahun, massa otot akan mengalami penurunan sekitar 1-2% setiap tahunnya. Penurunan tersebut lebih cepat terjadi setelah mencapai usia 60 tahun, yaitu sekitar 1,5-3% per tahun, dan semakin cepat lagi setelah mencapai usia di atas 75 tahun, di mana individu lanjut usia dapat mengalami penurunan massa otot mencapai 8-50%.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan hubungan antara penurunan massa dan kekuatan otot dengan kemampuan mobilisasi terutama pengaruhnya terhadap kemampuan berjalan. Secara signifikan, pada usia lanjut terlihat adanya penurunan massa otot dan kecepatan berjalan yang lebih lambat dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Kecepatan berjalan pada kelompok usia lanjut secara nyata lebih rendah dibandingkan dengan kelompok usia muda dan usia pertengahan, dan semakin bertambah usia semakin rendah pula kecepatan berjalan individu.

Visser et al. menyatakan bahwa bertambahnya usia menyebabkan penurunan kekuatan otot tungkai yang pada akhirnya mengakibatkan penurunan keseimbangan. Selain itu, berkurangnya kepadatan mineral tulang, kerusakan visual, serta perubahan pada system vestibuler dan somatosensori juga ikut berkontribusi pada berkurangnya kemampuan mobilisasi pada usia lanjut.

b. *Lama Bedrest*

Bedrest yang berkepanjangan memiliki dampak yang signifikan, terutama terhadap system muskuloskeletal. Sistem ini memiliki peran yang sangat penting dalam menopang tubuh dan menjaga postur tubuh agar tetap dalam posisi tegak. Otot-otot antigravitasi di bagian bawah punggung, perut, paha dan kaki bagian bawah sangat penting untuk mempertahankan postur dan keseimbangan individu. Oleh karena itu, respon muskuloskeletal terhadap *bedrest* yang berkepanjangan dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi individu. Beberapa ahli menyatakan bahwa respon utama dari sistem muskuloskeletal akibat bedrest yaitu karena terjadinya atropi otot secara.

Keseimbangan negatif yang timbul akibat bedrest yang berkepanjangan merupakan gejala awal dari terjadinya atropi otot yang dramatis disebabkan oleh ketidakseimbangan antara sintesis protein dan degradasi otot rangka. Para ahli menyatakan bahwa kekuatan otot ekstremitas bawah mengalami penurunann yang signifikan setelah beberapa hari bedrest. Kekuatan otot ini terus berkurang dengan penurunan yang mencolok setelah 10 hari bedrest dan kehilangan massa serta kekuatan otot yang lebih signifikan terjadi setelah 28 hari bedrest. Perubahan ini membuat individu lebih rentan mengalami penurunan aktivitas fisik, terutama dalam kemampuan fungsional dan meningkatkan risiko keterbatasan mobilisasi.

c. *Fatigue* (Kelelahan)

*Fatigue* sering diartikan sebagai penurunan kekuatan dalam melakukan aktivitas fisik. Avlund K menyatakan bahwa etiologi *fatigue*



berasal dari berbagai faktor seperti penyakit, obat-obatan, gangguan otot, nyeri, depresi. Adapun masalah psikologisnya seperti, kurang tidur, stress, dan ketegangan psikososial. Gejala *fatigue* yang muncul tidak boleh diabaikan karena bisa menjadi penanda adanya beberapa masalah Kesehatan dan proses penyakit pada individu.

*Fatigue* merupakan faktor resiko yang dapat menyebabkan keterbatasan mobilisasi. Peningkatan *fatigue* berkaitan dengan perlambatan kecepatan berjalan dan dapat menyebabkan penurunan keseimbangan. Keseimbangan diperlukan untuk menjaga mobilisasi dan memiliki peran penting dalam mempertahankan keselarasan dari setiap segmen tubuh, baik saat melakukan aktivitas maupun mempertahankan posisi tubuh. Mengurangi *fatigue* merupakan salah satu strategi untuk memelihara mobilisasi seseorang, karena peningkatan *fatigue* dapat menyebabkan rendahnya kemampuan seseorang untuk melakukan mobilisasi.

#### d. Nyeri

Nyeri memiliki peran penting dalam menurunkan kemampuan mobilisasi individu. Hubungan antara keterbatasan mobilisasi dan nyeri telah diteliti, dan pada kelompok usia 50-59 tahun terlihat adanya hubungan yang lebih kuat antara keterbatasan mobilisasi dengan nyeri jika dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih tua. Keterbatasan mobilisasi sering terjadi pada individu yang mengalami nyeri jika dibandingkan dengan mereka yang tidak merasakan nyeri.

Efek nyeri terhadap kemampuan mobilisasi telah terbukti dipengaruhi oleh lokasi dan tingkat keparahan nyeri. Nyeri pada tungkai bawah merupakan penyebab paling umum dari penurunan kemampuan mobilisasi (sekitar 38%), sedangkan nyeri pada punggung menyebabkan penurunan sebesar (15%). Individu yang memiliki riwayat fraktur panggul dan mengalami nyeri berat memiliki resiko penurunan aktivitas fisik sebanyak 3,5 kali lipat dibandingkan dengan mereka yang mengalami ringan nyeri atau tidak merasakan nyeri.

e. Faktor psikologis (Emosi dan Kecemasan)

Reaksi psikologis yang sering terjadi selama perawatan adalah emosi negatif. Respon emosi ini biasanya mencakup tingkat stres, kecemasan, dan kesedihan pada klien. Stres dianggap sebagai tanggapan normal terhadap situasi tertentu, sedangkan kecemasan terus berlanjut sebagai kekhawatiran yang terus-menerus meskipun situasi sudah berakhir. Respon kecemasan di sisi lain merupakan perasaan tidak tenang atau rasa takut yang disertai suatu respon (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu).

Kecemasan tidak hanya berperan sebagai prediktor keterbatasan mobilitas dan penurunan kemampuan fisik, tetapi dianggap juga sebagai faktor resiko terjadinya ketidakmampuan dan penurunan kemampuan fisik. Ketidakmampuan fisik dapat membuat seseorang ketergantungan dengan orang lain, dan akhirnya dapat menyebabkan ketidakmampuan fisik karena adanya penurunan motivasi individu untuk melakukan aktivitas fisik.

## 6. Hambatan Mobilisasi klien di Rumah Sakit

*Bedrest* sampai saat ini masih banyak dilakukan klien selama perawatan di rumah sakit. Berbagai kondisi dirasakan klien maupun perawat dan menjadi kendala besar untuk mempertahankan mobilisasi. Klien lebih banyak berada di tempat tidur karena adanya kekhawatiran bahwa aktivitas mobilisasi dapat memperburuk kondisi kesehatannya.

Hambatan utama dalam kondisi klien seringkali muncul dalam bentuk gejala fisik, seperti kelemahan, nyeri, dan kelelahan. Pemasangan alat medis seperti line intravena dan kateter urin, kekhawatiran resiko jatuh, dan kurangnya staf untuk mendukung aktivitas klien di luar tempat tidur juga menjadi faktor-faktor yang signifikan.

Dalam penelitian Demeke et al didapatkan faktor-faktor yang seringkali menjadi hambatan klien melakukan mobilisasi di rumah sakit yaitu kelemahan (56%), sesak nafas (29,8), dan pusing (45,9%). Faktor lainnya adalah faktor psikososial yaitu kurangnya motivasi dan takut jatuh

(14,7%), dan faktor. Serta faktor institusional seperti monitoring dan kelengkapan peralatan rumah sakit yang kurang (19,4%). Temuan ini menyoroti beragam kendala yang dapat mempengaruhi upaya klien untuk melakukan mobilisasi selama perawatan di rumah sakit (Erlina, 2020).

## **B. Konsep Kecemasan**

### **1. Pengertian Kecemasan**

Kecemasan merupakan perasaan tidak tenang yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Stuart (2012), menyatakan bahwa kecemasan adalah perasaan tidak tenang karena ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan dengan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan. Kecemasan dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan suatu perasaan akan terjadinya sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman. Adanya tuntutan serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologi. Salah satu dampak psikologis yaitu kecemasan.

### **2. Tingkat Kecemasan**

#### **a. Kecemasan ringan**

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam hidup sehari-hari, yang dapat membuat seseorang tetap waspada dan meningkatkan keterbukaan persepsinya. Kondisi kecemasan ini dapat merangsang motivasi untuk belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

#### **b. Kecemasan sedang**

Kecemasan sedang dapat membuat seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga

seseorang mengalami perhatian yang selektif, tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Kecemasan berat

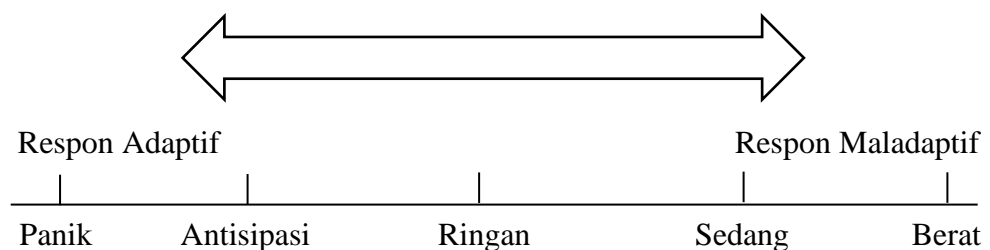
Kecemasan ini secara signifikan menyempitkan rentang persepsi seseorang, cenderung membuat focus pada detail yang spesifik dan menghambat kemampuan untuk memikirkan hal-hal lain. Semua tindakan yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi ketegangan perhatian pada hal-hal lain.

d. Panik

Kecemasan berkaitan dengan perasaan ketakutan dan terror yang dapat membuat seseorang merasa tidak mampu melakukan tindakan apapun bahkan dengan pengarahan. Keadaan panik meningkatkan aktivitas motoric, mengurangi kemampuan berinteraksi dengan orang lain, dan dapat mempengaruhi persepsi individu.

### 3. Rentang respons Tingkat Kecemasan

Kecemasan sangat erat kaitannya dengan perasaan tidak pasti dan kehilangan kendali, tanpa memiliki objek yang spesifik. Keadaan emosional ini bersifat subjektif dan sering dikomunikasikan dalam interaksi sosial. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang melibatkan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang dianggap berbahaya. Kemampuan untuk merakan kecemasan sebenarnya penting untuk kelangsungan hidup, namun tingkat kecemasan mencerminkan berbagai tingkat intensitas yang dapat dialami oleh individu.



*Gambar 2. 6 Rentang Respon Kecemasan*  
(Sumber: Stuart, 2016)

#### 4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Sutejo (2019) menyatakan faktor penyebab terjadinya kecemasan. Adapun teori yang dapat menjelaskan kecemasan tersebut, yaitu:

##### a. Faktor Biologis

Model biologis menjelaskan bahwa ekspresi emosional melibatkan struktur anatomi pada otak. Pengaruh neurotransmitter menjadi faktor yang mempengaruhi gangguan kecemasan. Terdapat tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan, yaitu norepinephrin, serotonin, dan gamma-aminobutyric acid (GABA).

##### b. Faktor Psikologis

###### 1) Teori Psikoanalitik

Kecemasan dijelaskan sebagai konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id seseorang dan superego. *Id* seseorang mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan *superego* mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya. Ego berperan sebagai penengah untuk menyeimbangkan tuntutan dari dua elemen yang bertentangan. Fungsi kecemasan dalam konteks ini adalah memberi peringatan kepada ego bahwa ada potensi bahaya atau konflik yang perlu diatasi.

###### 2) Teori Interpersonal

Kecemasan muncul sebagai hasil dari ketakutan terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Hubungan kecemasan dapat dikaitkan dengan pengalaman trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang dapat menimbulkan kelemahan spesifik. Individu dengan harga diri rendah cenderung lebih rentan mengalami kecemasan yang berat.

###### 3) Teori Perilaku

Kecemasan dianggap sebagai hasil dari frustrasi, yaitu segala hal yang menghambat kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai. Pakar perilaku memandang kecemasan sebagai

dorongan belajar yang muncul dari keinginan internal untuk menghindari pengalaman yang menyakitkan. Individu yang menghadapi frustrasi secara berulang dalam awal kehidupan mereka mungkin akan lebih cenderung menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi dalam kehidupan selanjutnya.

c. Sosial Budaya

Kecemasan seringkali dapat diidentifikasi secara mudah dalam lingkup keluarga. Terdapat tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan gangguan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang Pendidikan memiliki pengaruh timbulnya kecemasan.

d. Faktor Presipitasi

1) Usia

Kecemasan dapat terjadi pada semua usia, namun cenderung lebih sering terjadi pada usia dewasa dan lebih banyak dialami oleh wanita. Sebagian besar kasus kecemasan terjadi pada rentang usia 21-70.

2) Pendidikan

Pendidikan memiliki makna yang penting bagi setiap individu. Secara umum, pendidikan memiliki peran penting dalam mengubah pola pikir, perilaku, dan pengambilan keputusan seseorang.

3) Jenis Kelamin

Kecemasan dapat dipengaruhi oleh tingkat asam lemak bebas dalam tubuh. Produksi asam lemak bebas lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria, sehingga meningkatkan resiko kecemasan pada wanita.

4) Pengalaman pasien menjalani pengobatan/tindakan medis:

Bila pengalaman individu terhadap pembedahan atau anestesi kurang, hal tersebut dapat berdampak pada meningkatkan tingkat kecemasan saat menghadapi tindakan medis. Kurangnya pemahaman atau pengalaman terhadap suatu prosedur medis dapat menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien.

## 5. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Sutejo (2019), tanda dan gejala individu yang mengalami kecemasan adalah:

- a. Cemas, khawatir, gelisah, takut akan pikirannya dan mudah tersinggung
- b. Individu merasa tegang, tidak tenang gelisah, dan mudah merasa takut
- c. Individu mengatakan takut ketika sendirian, atau dikeramaian dan banyak orang
- d. Mengalami gangguan pola tidur dan adanya kejadian mimpi yang membuat stress
- e. Gangguan konsentrasi dan memori
- f. Terdapat keluhan somatik seperti nyeri pada otot dan tulang belakang, sensasi berdenging atau berdenyut pada pendengaran, kesulitan napas, gangguan pencernaan, frekuensi buang air kecil (BAK) yang meningkat, dan timbulnya sakit pada kepala.

## 6. Dampak Kecemasan

Menurut Yustinus dalam (Arifiati & Wahyuni, 2019) menyatakan beberapa dampak dari kecemasan ke dalam beberapa simtom, yaitu:

- a. Gejala Suasana Hati

Seseorang yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan ancaman malapetaka dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Kondisi kecemasan ini dapat mengakibatkan kesulitan tidur pada seseorang dan dapat menimbulkan sifat mudah marah.

- b. Gejala Kognitif

Sistem kognitif kecemasan melibatkan kekhawatiran dan keprihatinan individu terhadap kemungkinan hal-hal yang tidak menyenangkan yang dapat terjadi. Orang yang mengalami kecemasan mungkin mengalami kesulitan untuk focus pada masalah yang ada, yang dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk bekerja atau belajar

secara efektif. Sehingga kondisi ini bisa memperburuk tingkat kecemasan.

c. Gejala Motorik

Seseorang yang mengalami kecemasan sering kali mengalami perasaan gelisah, gugup, dan aktivitas motorik yang tampak kehilangan makna dan tujuan, seperti mengetuk kaki atau bereaksi sangat terkejut terhadap suara yang tiba-tiba. Simtom motorik ini mencerminkan tingginya rangsangan kognitif pada individu dan merupakan upaya untuk melindungi diri dari segala sesuatu yang tampaknya mengancam.

Menurut Widigda et al. (2018) ada beberapa dampak yang dapat ditimbulkan oleh kecemasan, yaitu:

1) Penurunan Kapasitas Kognitif

Kecemasan dapat mengurangi kemampuan kognitif seseorang dalam menyelesaikan masalah yang kompleks.

2) Pengaruh terhadap kinerja individu

Kecemasan dapat mempengaruhi kinerja dalam aktivitasnya.

3) Gangguan pada Hubungan Sosial dan Depresi

Kecemasan dapat menyebabkan gangguan dalam hubungan sosial dan berkontribusi terhadap munculnya depresi pada seseorang.

## 7. Mekanisme Koping Pada Kecemasan

Koping dapat diimplementasikan dengan menggerakkan sumber koping di sekitar lingkungan. Tindakan ini dapat dilakukan oleh seseorang sebagai upaya untuk mengatasi kecemasan. Tingkat kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping, yaitu:

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu tindakan yang disadari dan berorientasi untuk memenuhi secara realistic tuntutan situasi stress. Contohnya yaitu perilaku yang menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Menarik diri sebagai langkah untuk menjauh dari sumber stress serta melakukan kompromi untuk mengganti tujuan dan mengorbankan kebutuhan personal.



- b. Mekanisme pertahanan ego berfungsi untuk membantu mengatasi kecemasan pada tingkat ringan dan sedang, tetapi berlangsung secara tidak sadar dan melibatkan strategi seperti penipuan diri, distorsi realitas, dan bersifat maladaptif. Menurut Nurhalimah dalam Sutejo, 2019), beberapa mekanisme pertahanan ego yang digunakan meliputi:
- 1) Kompensasi adalah suatu proses di mana seseorang memperbaiki penurunan citra diri secara tegas meonjolkan kelebihan yang dimilikinya.
  - 2) Penyangkalan, pasien menyatakan tidak setuju terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini merupakan yang paling sederhana dan primitive.
  - 3) Pemindahan merupakan pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam dirinya.
  - 4) Disosiasi, pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku kesadaran atau identitasnya.
  - 5) Identifikasi, proses di mana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil atau menirukan pikiran-pikiran, perilaku, dan selera orang tersebut.
  - 6) Intelektualisasi, pasien menggunakan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasannya.
  - 7) Introjeksi, pasien mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego).
  - 8) Fiksasi, pasien berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi, tingkah laku, atau pikiran), sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
  - 9) Proyeksi, pikiran atau dorongan dari diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan, dan motivasi emosional yang tidak tertahan.

- 10) Rasionalisasi, pasien mengkomunikasikan bahwa sikap atau perilakunya didasarkan pada alasan yang dianggap rasional, sehingga harga dirinya tidak terganggu.
- 11) Reaksi formasi, pasien terlibat dalam perilaku berlebihan yang secara langsung bertentangan dengan keinginan atau perasaan mereka yang sebenarnya.
- 12) Regresi, pasien kembali ke tahap perkembangan sebelumnya menunjukkan perilaku yang lebih primitive.
- 13) Represi, pasien secara tidak sadar melepaskan pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan. Hal ini merupakan pertahanan utama ego dan cenderung oleh mekanisme ego lainnya.
- 14) Acting out, pasien langsung memunculkan perasaan ketika harapannya terhalang.
- 15) Sublimasi, penerimaan dari suatu target pengganti yang mulia Represi, suatu proses yang diklasifikasikan sebagai mekanisme pertahanan, tetapi sebenarnya analogi represi secara sadar.
- 16) Undoing, tindakan maupun perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan, perilaku atau komunikasi sebelumnya yang merupakan suatu mekanisme pertahanan primitif.

## **C. Konsep Fraktur**

### **1. Pengertian Fraktur**

Menurut Rosyidi, (2021) Fraktur adalah kontinuitas jaringan tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma. Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang akibat tekanan luar yang lebih besar dari daya serap tulang.

Fraktur bisa terjadi pada bagian ujung atau ekstremitas yang disebut sebagai patah tulang ekstremitas. Patah tulang yang membentuk bagian atas ekstremitas atas seperti tangan, pergelangan tangan, lengan, siku, lengan atas, dan bahu) dan bagian ekstremitas bawah seperti pinggul, paha, lutut, tungkai bawah, pergelangan kaki, dan telapak kaki (UT Southwestern

Medical Center, 2016). Fraktur paling banyak terjadi pada bagian ekstremitas. Ekstremitas dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

a. Anatomi Ekstremitas Atas

Anatomi ekstremitas atas melibatkan struktur-struktur seperti, bahu (yang menghubungkan tubuh dengan lengan atas), lengan atas siku, lengan bawah, pergelangan tangan, dan tangan. Ekstremitas atas sering disebut sebagai tuas multi-sendi yang mampu bergerak bebas melalui sendi-sendi lengan ke seluruh tubuh (Snell, 2012). Bagian-bagian besar tulang yang membentuk ekstremitas atas meliputi klavikula, skapula, humerus, siku (*olecranon*), radius, pergelangan tangan.

b. Anatomis Ekstremitas Bawah

Anatomis ekstremitas bawah tubuh mencakup daerah bokong, tungkai atas (paha), lutut, tungkai bawah, pergelangan kaki, dan telapak kaki. Fungsi utama dari anggota gerak ini adalah untuk mendukung berat badan dan menjadi titik focus penting dalam menjaga stabilitas tubuh saat berdiri, berjalan, dan berlari (Snell, 2012). Bagian ekstremitas bawah terdiri dari berbagai tulang dan sendi, termasuk panggul, tulang paha, tibia, fibula, tarsus, kalkaneus, serta lutut dan pergelangan kaki.

## 2. Etiologi

Menurut Rosyidi, (2021), fraktur dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

a. Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur seperti ini sering terjadi Fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

b. Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya pada bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan.

c. Kekerasan akibat tarikan otot

Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan., kombinasi dari ketiganya, dan penarikan. Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya pada bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan.

d. Kekerasan akibat tarikan otot

Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan., kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

### 3. Patofisiologi

Menurut Rosyidi, (2021) tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang., maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, *perlosteum* dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya.

### 4. Klasifikasi Fraktur

Menurut Wiarto (2017) fraktur dapat dibagi kedalam tiga jenis antara lain:

- a. Fraktur tertutup Fraktur tertutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar.

- b. Fraktur terbuka Fraktur terbuka adalah suatu jenis kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah juga ikut menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya.
- c. Fraktur kompleksitas Fraktur jenis ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstermitas terjadi patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

Fraktur dapat diklasifikasikan menjadi fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup memiliki kulit yang masih utuh diatas lokasi cedera, sedangkan fraktur terbuka dicirikan oleh robeknya kulit diatas cedera tulang. Kerusakan jaringan dapat sangat luas pada fraktur terbuka, yang dibagi berdasarkan keparahannya (Black et al., 2014):

- 1) Derajat 1 : Luka kurang dari 1 cm, kontaminasi minimal
- 2) Derajat 2 : Luka lebih dari 1 cm, kontaminasi sedang
- 3) Derajat 3 : Luka melebihi 6 hingga 8 cm, ada kerusakan luas pada jaringan lunak, saraf, tendon, kontaminasi banyak. Fraktur terbuka dengan derajat 3 harus segera ditangani karena resiko infeksi.

Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- 1) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
- 2) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- 3) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
- 4) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

## 5. Manifestasi Klinis

Menurut Black dan Hawks (2014) mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis klien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

- a. Deformitas Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.
- b. Pembengkakan Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasi darah ke jaringan sekitar.
- c. Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.
- d. Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.
- e. Nyeri Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing klien. Nyeri biasanya terus-menerus meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.
- f. Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.
- g. Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera saraf.
- h. Gerakan abnormal dan krepitasi manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur.
- i. Cedera neurovaskuler terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur
- j. Syok Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

k. Fraktur Transversal

Fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.

l. Fraktur Oblik

Fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan meruakan akibat angulasi juga.

m. Fraktur Spinal

Fraktur yang arah garis patahnya yang berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.

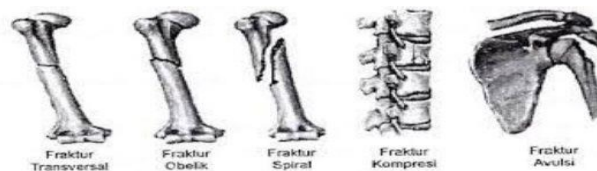
n. Fraktur Kompresi

Fraktur yang terjadi karena trauma aksil fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.

o. Fraktur avulst

Fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada intersinya pada tulang.

Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.

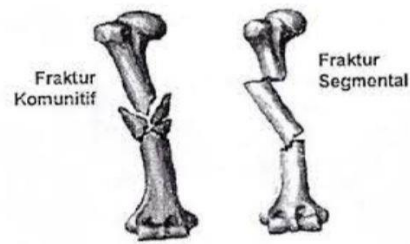


*Gambar 2. 7 Tulang Berdasarkan Bentuk Garis Patah*

*Sumber: (Rosyidi, 2021)*

Berdasarkan jumlah garis patah

- a. Fraktur Komuntif; Fraktur yang memiliki garis patahnya lebih dari satu dan saling berhubungan.
- b. Fraktur Segmental: Fraktur yang garis patahnya lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
- c. Fraktur Multiple: Fraktur yang garis patahnya lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.



Gambar 2. 8 Tulang Berdasarkan Jumlah Garis Patah  
Sumber: (Rosyidi, 2021)

Berdasarkan Pergeseran Fragmen Tulang

- 1) Fraktur *undisplaced* (tidak bergeser): Garis patah tulang lengkap, namun kedua fragmen tetap berada pada posisi semula dan periosteum masih utuh.
- 2) Fraktur *Displaced* (bergeser): Terjadi pergeseran fragmen tulang, yang juga dikenal sebagai perpindahan lokasi fragmen, terbagi atas:
  - a) Dislokasi *ad longitudinam cum contraction num* (pergeseran searah sumbu): Terjadi perpindahan fragmen tulang sejajar dengan sumbu.
  - b) Dislokasi *ad axim* (pergeseran yang membentuk sudut): Terjadi pergeseran fragmen tulang yang membentuk sudut.
  - c) Dislokasi *ad latus* (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh): Terjadi perpindahan fragmen tulang yang menyebabkan kedua fragmen menjauhi satu sama lain.

Berdasarkan posisi fraktur, satu batang tulang dapat terbagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- 1) 1/3 proksimal
- 2) 1/3 medial
- 3) 1/3 distal

## 6. Tes Diagnostik

- a. Pemeriksaan Rontgen: Menentukan lokasi, luasnya fraktur atau luasnya trauma, scan tulang, temogram, scan CI untuk memperlihatkan fraktur



juga dapat di gunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

- b. Hitung Darah Lengkap: HB mungkin meningkat atau menurun.
- c. Peningkatan jumlah SOP (Sindrom Overtraining atau Overtraining Syndrome) adalah respons stres normal setelah mengalami trauma. Peningkatan jumlah SOP (Sindrom Overtraining) adalah respons stres normal setelah mengalami trauma.
- d. Kreatinin: Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal.
- e. Profil Koagulasi: Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple, atau cedera hati.

## 7. Penatalaksanaan Medik

### a. Fraktur terbuka

Fraktur Terbuka merupakan kasus darurat karena dapat mengalami kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang signifikan dalam waktu 6-8 jam (*golden period*). Pada keadaan upaya penanganan segera diperlukan. Langkah-langkah yang dilakukan:

- 1) Pembersihan Luka
- 2) Exisi
- 3) Hecting Situasi
- 4) Antibiotik

### b. Seluruh Fraktur

- 1) Rekognisi/Pengenalan: Menentukan diagnosis dan tindakan selanjutnya dengan memahami riwayat kejadian.
- 2) Reduksi/ Manipulasi/ Reposisi: Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang agar kembali ke posisi semula secara optimal. Dapat juga di artikan reduksi fraktur (setting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya.
  - a) Reduksi tertutup. Sebagian situasi, reduksi tertutup dilakukan dengan memposisikan fragmen tulang kembali ke tempat yang seharusnya (ujung-ujungnya saling berhubungan), menggunakan manipulasi dan traksi manual. Ekstremitas

dipertahankan dalam posisi yang diinginkan, sementara dokter memasang gips, bidai, dan perangkat lainnya. Proses immobilisasi bertujuan untuk menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas guna mendukung proses penyembuhan tulang. Pemeriksaan sinar-X diperlukan untuk memastikan apakah fragmen tulang sudah kembali ke posisi yang benar.

- b) Traksi. Traksi dapat diterapkan untuk mencapai efek reduksi dan imobilisasi. Berat traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi. Pemeriksaan sinar-X digunakan untuk memantau reduksi fraktur dan pendekatan fragmen tulang. Ketika tulang sedang dalam proses penyembuhan, pembentukan kalus dapat terlihat pada hasil sinar-X. Setelah kalus mencapai kekuatan yang memadai, gips atau bidai dapat dipasang untuk melanjutkan proses imobilisasi.
  - c) Reduksi Terbuka. Pada beberapa jenis fraktur, diperlukan prosedur reduksi terbuka. Melalui pendekatan bedah, fragmen tulang direposisi. Alat fiksasi interna seperti pin, kawat, sekrup, plat paku, atau batang logam digunakan untuk menjaga agar fragmen tulang tetap dalam posisi yang benar hingga terjadi penyembuhan tulang yang kokoh. Alat tersebut dapat ditempatkan di sepanjang sisi tulang atau secara langsung ke dalam rongga sumsum tulang, memberikan aproksimasi dan fiksasi yang kuat untuk fragmen tulang.
- 3) Retensi/Immobilisasi. Upaya dilakukan untuk mempertahankan fragmen tulang sehingga dapat kembali ke posisinya yang optimal.
- a) Imobilisasi Fraktur. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang perlu diimmobilisasi atau dipertahankan dalam posisi yang sesuai hingga menyatu. Imobilisasi dapat dilakukan menggunakan metode fiksasi eksterna atau interna. Fiksasi eksterna melibatkan pembalutan, penerapan gips, penggunaan

bidai, traksi kontinu, pemasangan pin dan teknik gips, atau penggunaan fiksator eksterna. Implan logam dapat digunakan sebagai alat fiksasi interna yang berfungsi sebagai bidai internal untuk mengimobilisasi fraktur.

- 4) Rehabilitasi. Mencegah terjadinya atrofi dan kontraktur melalui fisioterapi merupakan fokus utama. Semua usaha difokuskan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Penting untuk menjaga reduksi dan imobilisasi sesuai kebutuhan. Kondisi neurovaskuler, seperti (sirkulasi darah, nyeri, perabaan, dan gerakan) yang dipantau. Ahli bedah ortopedi diberitahu segera apabila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan, kecemasan, dan ketidaknyamanan diatasi melalui berbagai metode, seperti meyakinkan, perubahan posisi, strategi meredakan nyeri, termasuk penggunaan analgetika. Latihan isometrik dan pengaturan otot dilakukan untuk mengurangi risiko atrofi otot dan meningkatkan peredaran darah. Aktivitas sehari-hari diupayakan untuk meningkatkan kemandirian fungsi dan harga diri. Pemulihan secara bertahap ke dalam aktivitas normal diatur sesuai dengan pedoman terapeutik. Secara umum, fiksasi interna memungkinkan mobilisasi lebih awal. Ahli bedah bertanggung jawab untuk menilai stabilitas fiksasi fraktur, menentukan rentang gerak dan tekanan yang diperbolehkan pada ekstremitas, serta menetapkan tingkat aktivitas dan beban berat badan (Rosyidi, 2021).

## **8. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Fraktur**

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap proses penyembuhan fraktur dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu faktor yang mempercepat penyembuhan dan faktor yang menghambatnya (Smeltzer & Bare, 2013).

- a. Untuk meningkatkan kecepatan penyembuhan fraktur, penting untuk melakukan imobilisasi fragmen tulang dan memberikan perawatan yang optimal. Hal ini mencakup kontak yang maksimal antara fragmen tulang, peredaran darah yang baik, asupan nutrisi yang cukup, dan

latihan dengan beban berat untuk memperkuat tulang panjang. Hormon pertumbuhan seperti tiroid, kalsitonin, vitamin D, dan steroid anabolik juga dapat mempercepat perbaikan fraktur. Selain itu, ketegangan pada lokasi fraktur juga berkontribusi pada proses penyembuhan (Smeltzer & Bare, 2013).

- b. Sebaliknya, beberapa faktor dapat menghambat proses penyembuhan fraktur, termasuk trauma lokal yang luas, pengeroposan tulang, fiksasi yang kurang optimal, adanya karies atau jaringan di antara fragmen tulang, infeksi, artritis keganasan fokal, penyakit metabolik, nekrosis avaskular, fraktur intraartikular, usia lanjut (yang cenderung memiliki waktu penyembuhan yang lebih lama), dan penggunaan kortikosteroid yang dapat melambatkan laju penyembuhan fraktur (Smeltzer & Bare, 2013).

#### D. Penelitian Yang Relevan

Tabel 2.1 Penelitian Yang Relevan

No.	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisi)	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan melakukan mobilisasi dini pada pasien post SC di ruang kebidanan Rumah Sakit Handayani Kotabumi Lampung Utara Tahun 2022. (Marlinda et al., 2023)	D: Desain penelitian ini merupakan desain kuantitatif rancangan penelitian pre eksperimen, pendekatan <i>one group pretest</i> dan <i>posttest</i>  S: pasien post Sc dengan Riwayat belum pernah operasi SC sebelumnya. Jumlah sampel 65 responden, dengan Teknik <i>accidental sampling</i>  A: Analisis data univariat dengan distribusi frekuensi dan menggunakan	Hasil analisis univariat diketahui tingkat kecemasan pasien melakukan mobilisasi sebelum intervensi rata-rata 66,7 dan setelah dilakukan intervensi terjadi penurunan menjadi 52,5. Uji bivariat dengan Wilcoxon, didaot p-value 0,001 atau p-value < nilai $\alpha$ (0.05). hal ini memberi makna adanya pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap tingkat kecemasan ibu dalam melakukan mobilisasi dini post SC.

		analisis uji bivariat dengan <i>Wilcoxon</i>	
2.	Gambaran tingkat Cemas, Mobilisasi dini, dan Nyeri pada Pasien Post Operasi Section Sesaria di RSUD dr. Slamet Garut (Agustin, 2020).	<p>D: Jenis penelitian ini dengan metode deskriptif kuantitatif. dengan Teknik accidental sampling</p> <p>S: Jumlah responden sebanyak 39 orang Pasien Post Operasi Section Sesaria</p> <p>I: Pengumpulan data menggunakan data primer yaitu menggunakan lembar observasi mobilisasi, kuisisioner tingkat cemas HRS-A dan instrumen penelitian nyeri NRS</p> <p>A: Analisa data yang digunakan adalah Analisa univariat distribusi frekuensi</p>	<p>Hasil penelitian didapatkan bahwa kecemasan sebagian besar yaitu 16 responden (41.0%) pada kecemasan ringan, 36 responden (92.3%) melakukan mobilisasi dini baik pada hari ke-1 dan 21 responden (53.8%) pada hari ke-2, dan tingkat nyeri didapatkan 21 responden (66.6%) pada nyeri sedang. Dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan ibu post operasi sectio sesarea sebagian besar mengalami kecemasan ringan, tingkat nyeri sebagian besar pada skala nyeri sedang, dan tingkat mobilisasi dini masih adanya ibu post operasi sectio sesarea yang terlambat dalam melakukan tahapan mobilisasi</p>
3.	Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien dalam Melaksanakan Mobilisasi Dini Post Operasi Appendiktomi (Prawito & Shomad, 2019).	<p>D: Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian cross sectional.</p> <p>S: Seluruh pasien post operasi Appendiktomi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>non probability sampling</i></p> <p>I: instrument yang digunakan kuesioner pengetahuan</p>	<p>Hasil penelitian didapatkan sebagian besar pasien memiliki tingkat pengetahuan yang baik dalam melaksanakan mobilisasi dini sebanyak 15 responden (48%) dan sebagian besar memiliki tingkat kecemasan ringan sebanyak 15 responden (48%). Hasil uji spearmen didapatkan bahwa nilai r adalah -.919</p>

		<p>menggunakan <i>closed ended question</i>. Kuesioner kecemasan dengan menggunakan DASS 42</p> <p>A: Analisa data menggunakan <i>spearman rank</i></p>	<p>(<math>p &lt; 0.001</math>) dengan hasil uji spearman tersebut dapat diketahui bahwa <math>H_0</math> ditolak dan <math>H_1</math> diterima.</p>
4.	<p>Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operatif Fraktur Femur Di Rso Prof. Dr. R Soeharso Surakarta (Riana, 2018).</p>	<p>D: penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>.</p> <p>S: Seluruh pasien post operatif fraktur berjumlah 15 responden teknik sampling jenuh</p> <p>I: Instrumen yang digunakan penelitian ini adalah kuesioner HRS-A dan lembar observasi</p> <p>A: Analisis data menggunakan <i>uji chi square</i></p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 responden yang diteliti, tingkat kecemasan pada responden paling banyak dalam kategori cemas sedang yaitu sebanyak 8 responden (53.3). Dari hasil uji <i>chi square</i> diperoleh hasil p-value (0.009), sehingga keputusan uji adalah <math>H_0</math> ditolak karena nilai p-value lebih kecil dari (0.05). Berdasarkan uji tersebut maka disimpulkan ada hubungan tingkat kecemasan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operatif fraktur femur di RS Ortopedi Prof. Dr. R Soeharso Surakarta.</p>
5.	<p>Hubungan Tingkat Kecemasan Pasien Dengan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesaria (Fitriani, (Sulistiyani et al., 2020)</p>	<p>D: Desain penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>.</p> <p>S: responden dengan populasi 23 orang dengan tehnik sampel total sampling</p> <p>I: Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah</p>	<p>Berdasarkan analisis dengan menggunakan komputerisasi dengan uji statistik <i>chi square</i> diperoleh nilai significany .000 yang menunjukkan p-value <math>&lt; 0.05</math>, maka terdapat hubungan tingkat kecemasan pasien dengan mobilisasi dini <i>post sectio caesaria</i>.</p>

		berupa kuesioner dan juga SOP  A: Analisis dengan menggunakan komputerisasi dengan uji statistik <i>chi square</i> .	
6.	Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mobilisasi Pada Pasien Infark Miokard Akut Di Ruang ICCU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten (Sulistiyani, 2020)	D: Desain penelitian ini menggunakan penelitian diskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>  S: Responden dengan populasi 35 orang dengan teknik <i>Accidental Sampling</i>  I: Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuisisioner  A: Analisis dengan menggunakan <i>Chi Square</i>	Hasil. Rerata umur 51,525 ± 7,71 tahun, jenis kelamin responden mayoritas adalah laki-laki, pendidikan adalah SMA, responden mayoritas bekerja. Kecemasan pasien IMA adalah normal sebanyak 26 orang (76,5%). Mobilisasi pasien IMA sebagian besar melakukan lebih dari atau sama dengan 4 tahap sebanyak 28 orang (82,4%) Kesimpulan. Ada hubungan kecemasan dengan mobilisasi pasien IMA dengan nilai p value = 0,000
7.	Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Kemampuan Mobilisasi Post Operasi Laparatomi Di Ruang Tulip IC RSUD Ulin Banjarmasin (Adithya et al., 2019)	D: Desain penelitian ini menggunakan survey analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .  S: Responden dengan populasi 33 orang dengan tehnik <i>purposive sampling</i>  I: Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner dan juga SOP  A: Analisis dengan menggunakan komputerisasi dengan uji korelasi <i>Spearman Rank</i>	Berdasarkan hasil penelitian diketahui responden yang tidak mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan berat sebanyak 15 responden 75%, 8 responden tidak mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan sedang 61,5%, 5 responden mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan sedang 38,3% dan 5 responden mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan berat 25%.

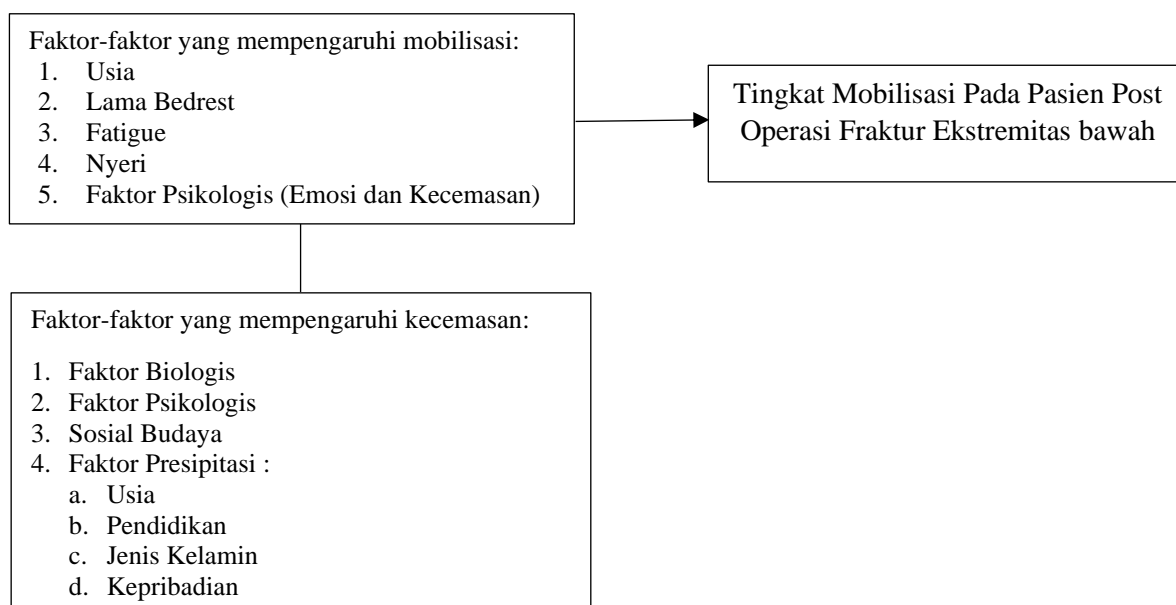
8.	<p>Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kemandirian Melakukan Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Sc Di Ruang Obgyn RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta (Nurhayati et al., 2019)</p>	<p>D: Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>.</p> <p>S: Responden dengan populasi 34 pasien, Pengambilan sampel menggunakan nonprobability sampling, dengan metode purposive sampling.</p> <p>I: Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner tingkat kecemasan Hamilton Rating Scale Anxiety (HRS-A), dan kuesioner kemandirian menggunakan Barthel Indeks.</p> <p>A: Analisis dengan menggunakan komputerisasi dengan uji korelasi <i>Spearman Rank</i></p>	<p>Hasil analisis korelasi rank spearman's rho nilai p value 0,000 (p value &lt; 0,005) dengan nilai (r= - 0,616) arti negatif menunjukkan arah korelasi yang berarti bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan maka kemandirian semakin menurun, begitu juga sebaliknya semakin rendah tingkat kecemasan maka kemandirian semakin meningkat, sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan mempunyai hubungan kuat dengan kemandirian pada pasien post sectio caesarea di ruang Obgyn RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta.</p>
9.	<p>Hubungan Pengetahuan Dengan Ansietas Mobilisasi Pasien Post Operasi (Ila &amp; Arisdiani, 2020)</p>	<p>D: Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i></p> <p>S: Responden dengan populasi 167 pasien, Pengambilan sampel secara <i>consecutive sampling</i></p> <p>I: Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner terstruktur</p> <p>A: Analisis dengan menggunakan komputerisasi dengan uji <i>chi square</i></p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tingkat ansietas pasien post operasi dalam melakukan mobilisasi dini dengan nilai p value = 0,042. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi ansietas dan prosedur mobilisasi dini sebagai upaya mencegah terjadinya ansietas pada pasien post operasi.</p>



10.	Pengaruh Kecemasan, Usia Dan Faktor Budaya Pada Ibu Nifas Post SC Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi (Januriwasti, 2019)	<p>D: Jenis penelitian ini menggunakan Analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i></p> <p>S: Responden dengan populasi 27 pasien, Pengambilan sampel secara <i>probability sampling</i> dengan teknik <i>simple random sampling</i></p> <p>I: Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner</p> <p>A: Analisis dengan menggunakan uji statistik Lamda</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan kecemasan menunjukkan baik (49%), pada usia cukup (67%) dan faktor budaya cukup (81,4%) Berdasarkan hasil uji statistik spearman rank didapatkan hasil p value(0,038)&lt;a (0,05) sehingga H0 diterima. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan kecemasan, usia dan faktor budaya pada ibu nifas post SC di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.</p>
-----	---	--	--

### E. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan suatu model yang menjelaskan kaitan antara suatu teori dan faktor-faktor penting yang telah diidentifikasi dalam suatu masalah tertentu. Kerangka yang disusun berdasarkan tinjauan pustaka.



Gambar 2. 9 Kerangka Teori

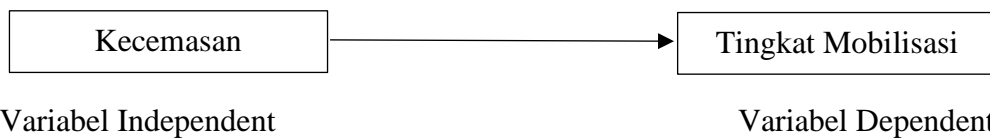
Sumber: (Erlina, 2020) (Wenny Bunga Permata & Indriani Zela, 2022).

## F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merujuk pada hubungan antar konsep yang dibangun berdasarkan temuan atau hasil studi empiris sebelumnya. Dengan kata lain, kerangka konsep diartikan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lain atau variabel-variabel dari masalah yang ingin diteliti (Aprina, 2023).

Variabel *Independent* : Kecemasan

Variabel *Dependent* : Tingkat Mobilisasi



*Gambar 2. 10 Kerangka Konsep*

## G. Hipotesis

Dalam penelitian ini didapatkan hasil Hipotesis alternatif (Ha) yang berarti Ada hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian ilmiah. Oleh karena itu penelitian ini menggunakan metode ilmiah yang memiliki kriteria seperti: berdasarkan fakta, bebas prasangka, menggunakan prinsip analisa, menggunakan hipotesa, menggunakan ukuran objektif dan menggunakan kata kuantitatif atau yang dikuantitatifkan (Aprina, 2023).

#### **B. Desain Penelitian**

Berdasarkan tujuan penelitian, desain yang digunakan adalah Deskriptif Analitik. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Peneliti memilih jenis penelitian bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara dua variabel atau lebih. Adanya hubungan dan tingkat variabel ini sangat penting, karena dengan mengetahui tingkat hubungan yang ada, peneliti dapat mengembangkannya sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini variabel yang akan diteliti yaitu hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024. Dengan melakukan pengukuran menggunakan alat ukur kuisioner.

#### **C. Tempat dan Waktu Penelitian**

Peneliti melakukan penelitian ini di ruang rawat inap bedah (ruang mawar dan kutilang) di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 25 Maret-08 April 2024.

#### **D. Populasi Penelitian**

Populasi merujuk pada sekelompok subjek yang akan menjadi dasar generalisasi dalam penelitian. Sebagai suatu populasi, kelompok subjek tersebut perlu menunjukkan ciri-ciri atau karakteristik bersama yang membedakannya dari kelompok subjek lainnya. Ciri-ciri tersebut tidak hanya terbatas pada faktor lokasi, tetapi juga dapat mencakup karakteristik individu.

Kumpulan elemen-elemen yang mempunyai karakteristik tertentu dan mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih menjadi anggota sampel (Sutriyawan, 2021). Populasi penelitian ini adalah pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

#### **E. Sampel Penelitian**

Sampel merupakan Sebagian dari total dan karakteristik yang ada di dalam populasi, ataupun bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat menjadi wakil dari populasinya (Siyoto & Sodik, 2015). Dalam penelitian ini, sampel yang digunakan menggunakan teknik *non-probability sampling*. Menurut Syapitri et al., (2021) menjelaskan *non-probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak memberikan peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Penulis menggunakan Teknik menyebarkan kuisioner dengan *Accidental Sampling*. *Accidental Sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat yang dapat digunakan sebagai sampel, dan bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Notoatmodjo, 2018).

#### **F. Kriteria Subjek Penelitian**

##### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi melibatkan ciri-ciri umum dari subjek penelitian yang berasal dari suatu populasi target yang dapat dijangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2020). Seperti:

- a. Pasien dengan kecemasan yang mengalami keterbatasan mobilisasi
- b. Pasien dalam keadaan sadar penuh (*composmentis*)
- c. Pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah setelah 24 jam
- d. Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik atau tidak mengalami gangguan komunikasi seperti kesulitan bicara

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan tindakan mengeluarkan subjek penelitian yang sebelumnya memenuhi kriteria inklusi sehingga tidak dapat diambil sebagai sampel yang disebabkan oleh berbagai alasan (Nursalam, 2020).

- a. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- b. Pasien yang tidak melaksanakan operasi fraktur
- c. Pasien yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan yang mengalami gangguan komunikasi seperti kesulitan berbicara.

## G. Variabel Penelitian

Variabel adalah atribut dari suatu objek yang akan diukur atau diamati, yang dapat berbeda antara satu objek dengan objek lainnya. Sebagai contoh, ketika kita melakukan penelitian tentang tekanan darah, variabel yang akan diukur atau diamati melibatkan faktor-faktor seperti jenis kelamin, usia, indeks massa tubuh, dan lainnya (Sutriyawan, 2021). Variabel pada penelitian ini adalah:

### a. Variabel terikat (dependent)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel independent (bebas). Pada penelitian ini variabel terikat yaitu tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah.

### b. Variabel bebas (Independent)

Variabel bebas merupakan variabel variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependent (terikat), sehingga variabel independent dapat dikatakan sebagai variabel yang mempengaruhi. Pada penelitian ini variabel bebas yaitu kecemasan.

## H. Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan untuk merinci dan membatasi ruang lingkup atau makna variabel yang akan diamati dan diteliti. Definisi operasional juga membantu dalam mengarahkan pada pengukuran atau pengamatan variabel serta berguna dalam mengembangkan instrument atau alat ukur yang sesuai. (Notoatmodjo, 2018).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Variabel Dependent (Terikat)					
Tingkat Mobilisasi	Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan pergerakan dari mengganti posisi hingga berjalan, dengan melihat tingkat kemandirian mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah.	Lembar Observasi	Observasi	1=mobilisasi tidak mandiri jika skor >18  2=mobilisasi mandiri jika skor ≤18	Ordinal
Variabel Independent (Bebas)					
Kecemasan	Ketakutan atau kekhawatiran pasien setelah operasi fraktur ekstremitas bawah untuk melakukan mobilisasi setelah operasi.	Kuisisioner Kecemasan	Pengisian Lembar Kuisisioner	Penilaian kecemasan diberikan dengan skor: 1= Cemas ≥8  2= Tidak cemas jika skor <8	Ordinal

## I. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2018). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

a. Lembar kuisisioner kecemasan yang dibuat oleh peneliti diadaptasi dari kumpulan instrumen kecemasan yaitu mengangkat dari kuisisioner:

1) Indikator *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*

- a) No 1: Perasaan cemas
- b) No 2: Ketegangan
- c) No 4: Gangguan Tidur
- d) No 5: Susah Konsentrasi

2) Indikator Tailor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)

Kuisisioner ini berisi 10 pernyataan. Pengukuran kuisisioner ini dilakukan dengan masing-masing kelompok yang mengalami gejala kecemasan diberi penilaian dengan angka (score) antara 0-1, yaitu: Nilai 0 = Tidak

1 = Ya

Berdasarkan hasil uji normalitas yang dilakukan untuk menentukan cut off point kuisisioner kecemasan, didapatkan hasil 0,000 maka P-value  $< 0,05$  yang berarti distribusi tidak normal. Sehingga menggunakan cut off point median dengan hasil 8. Dan dikategorikan sebagai berikut:

Total nilai (score) :  $\geq 8$  = Cemas

$< 8$  = Tidak Cemas

b. Pengumpulan data mobilisasi dilakukan menggunakan lembar observasi (Eldawati FKUI, 2011 dalam Kurniansyah, 2011). Penelitian ini dilaksanakan di ruang bedah RSUD dr. Abdul Aziz Singkawang pada tahun 2018, dan dikatakan memiliki validitas dan reliabilitas. Lembar observasi untuk mobilisasi menilai 5 aktivitas dengan skala penilaian sebagai berikut:

- 0: Independent/mandiri
- 1: Diawasi
- 2: Dibantu minimal
- 3: Sedang/hanya di kursi
- 4: Dibantu maksimal
- 5: Tidak berdaya/ tidak mandiri

Berdasarkan hasil uji normalitas yang dilakukan untuk menentukan *cut off point* observasi mobilisasi, didapatkan hasil 0,035 sehingga *P-value* <0,05 yang berarti distribusi tidak normal. Sehingga menggunakan *cut off point* median dengan hasil 18. Dan di kategorikan sebagai berikut:

Total nilai (score) : Mobilisasi tidak mandiri jika skor >18

Mobilisasi mandiri jika skor  $\leq$ 18

- c. Alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data
  - a. Lembar *Informed Consent*
  - b. Lembar Kuisisioner Kecemasan
  - c. Lembar Observasi Mobilisasi

## **J. Tahap Pelaksanaan Penelitian**

1. Tahap persiapan
  - a. Menyusun proposal penelitian
  - b. Melakukan kaji etik penelitian setelah proposal disetujui
  - c. Mendapatkan izin penelitian secara akademik untuk dilakukannya penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024
  - d. Mempersiapkan rencana penelitian yang digunakan dalam penelitian
  - e. Menentukan waktu dan lokasi untuk melakukan penelitian
  - f. Menentukan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
2. Langkah pelaksanaan penelitian
  - a. Peneliti melakukan permohonan izin penelitian dari institusi pada institusi pada pihak terakit.



- b. Setelah mendapatkan izin penelitian dari pihak terkait maka selanjutnya dari surat tersebut akan diketahui waktu peneliti diizinkan untuk melakukan penelitian.
  - c. Peneliti menemui diklat lalu menemui kepala ruangan di ruang bedah dengan menyerahkan surat izin penelitian dan memohon kerja sama selama peneliti melakukan penelitian.
  - d. Menyiapkan lampiran yang berisi lembar informed consent, lembar kuisisioner kecemasan dan lembar observasi mobilisasi.
  - e. Peneliti menemui calon responden untuk mengisi lembar informed consent yang bersedia menjadi responden serta menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian.
  - f. Pasien memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, jika pasien bersedia menjadi responden dan keluarga menandatangani informed consent.
  - g. Peneliti melakukan pengukuran kecemasan dengan memberikan lembar kuisisioner kecemasan menggunakan lembar kuisisioner yang dibuat oleh peneliti yang diadaptasi dari kumpulan instrument kecemasan. Dan peneliti mengobservasi tingkat mobilisasi responden lalu peneliti mengisi lembar observasi mobilisasi. Yang bertujuan untuk membuktikan apakah pasien dengan kecemasan mau melakukan mobilisasi atau tidak.
  - h. Setelah selesai lembar kuisisioner dan lembar observasi dikumpulkan untuk melihat data responden yang telah didapatkan.
3. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Saat data telah terkumpul, seringkali muncul kebingungan di antara para peneliti yaitu “mau diapakan data yang telah terkumpul?”, “bagaimana menghubungkan data dengan tujuan penelitian?”. Oleh karena itu, untuk data yang masih mentah (raw data) perlu diolah sedemikian rupa sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (Aprina, 2023).

a. *Editing* (Penyuntingan)

*Editing* adalah kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuisioner, apakah jawaban yang ada di kuisioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten (Sutriyawan, 2021).

b. *Coding* (Pemberian kode)

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk kalimat menjadi data berbentuk angka atau bilangan. *Coding* berguna untuk mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat pada saat entri data (Sutriyawan, 2021).

1) Kecemasan dilakukan *coding* dengan:

1 = Cemas

2 = Tidak Cemas

2) Tingkat Mobilisasi dilakukan *coding* dengan:

1 = Tidak Mandiri

2 = Mandiri

c. *Entry Data* (Memasukkan Data)

Setelah dilakukan pengkodean pada data yang diperoleh, selanjutnya yaitu memproses data agar dapat dianalisa. Peneliti melakukan pemrosesan data dalam bentuk kode ke dalam bentuk kode ke dalam program computer (Sutriyawan, 2021).

d. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Setelah data dimasukkan ke dalam software, peneliti mengecek kembali data yang telah *entry* valid atau tidak, jika data sudah valid dan tidak terdapat *missing data* (data hilang) pada data yang telah di *entry* maka selanjutnya lakukan analisis data (Sutriyawan, 2021).

## K. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian (Sutriyawan, 2021). Dalam penelitian ini digunakan untuk melihat gambaran mengenai kecemasan dengan tingkat mobilisasi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan satu sama lain (Notoatmodjo, 2018). Dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah. Analisis yang paling tepat untuk penelitian ini adalah *Uji Chi Square*. Untuk melihat kemaknaan perhitungan system dengan membandingkan  $p < \alpha$  (0,05) maka ada hubungan yang bermakna antara variabel independent dan dependent. Sebaliknya, jika  $p > \alpha$  maka tidak ada hubungan yang bermakna antara independent dan dependent.

**L. Etika Penelitian**

Etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan responden yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Etika penelitian ini mencakup juga perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi responden tersebut. Adapun prinsip-prinsip yang harus diperhatikan (Notoatmodjo, 2018), yaitu:

- a. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect For Human Dignity*)  
Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian dalam mendapatkan informasi mengenai tujuan penelitian. Selain itu, peneliti juga memberikan informs atau tidak (berpartisipasi). Sebagai bentuk penghormatan terhadap harkat dan martabat subjek penelitian, peneliti seharusnya menyiapkan formulir persetujuan responden (*inform consent*).
- b. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*Respect for privacy and confidentiality*)

Setiap individu memiliki hak-hak dasar, termasuk hak privasi dan kebebasan untuk memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak mengungkapkan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh karena itu, peneliti tidak diizinkan untuk mengungkap informasi identitas atau

menjaga kerahasiaan identitas responden. Sehingga peneliti menggunakan coding sebagai pengganti identitas responden.

- c. Keadilan dan inklusivitas/ keterbukaan (*Respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan ke hati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yaitu dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, suku, dan lain-lain.

- d. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Balancing harms and benefits*)

Sebuah penelitian seharusnya memberikan manfaat semaksimal mungkin bagi responden secara umum, dan khususnya bagi subjek penelitian. Peneliti perlu berupaya untuk meminimalkan dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh karena itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau setidaknya mengurangi rasa sakit, cedera, stress, atau kematian pada subjek penelitian.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Penelitian**

##### **1. Sejarah singkat berdirinya RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung**

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung mulai didirikan pada tahun 1914 oleh perkebunan (ondermening) pemerintah Hindia Belanda. Kemudian pada tahun 1942-1945 nama rumah sakit diganti menjadi Rumah Sakit Tentara Jepang, lalu pada tahun 1945-1950 rumah sakit umum dikelola oleh Pemerintah Pusat RI dan pada tahun 1950-1964 rumah sakit umum diambil alih oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan untuk dikelola. Namun pada tahun 1964-1965 rumah sakit umum diambil alih lagi oleh Kodya Tanjungkarang dan pada tahun 1965-sekarang rumah sakit umum akhirnya menjadi RSUD Pemerintahan Daerah Provinsi Lampung.

##### **2. Visi, Misi, dan Motto RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung**

###### **a. Visi**

Visi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah rumah sakit unggul dalam pelayanan Pendidikan dan penelitian Kesehatan di Sumatera.

###### **b. Misi**

- 1) Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang bermutu, professional dengan mengutamakan keselamatan pasien
- 2) Menyelenggarakan proses pendidikan dan penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kedokteran dan perumahsakititan yang menunjang pelayanan Kesehatan prima berdasarkan standar nasional dan internasional.

###### **c. Motto**

Motto RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah ASRI (aktif, segera, rumah, dan inovatif).

### **3. Kapasitas dan Pelayanan**

Berdasarkan surat keputusan direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung nomor 800/139/1.3/1/2008 tanggal 14 Januari 2008 tentang relokasi tempat tidur yang di distribusi sebagai berikut: Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Radiologi, Instalasi Patologi Klinik, Instalasi Patologi Anatomic, Instalasi Bank Darah, Instalasi Intensif Terpadu (ICU, ICCU, PICU), Pelayanan Perinatology, Instalasi Rehabilitas Medis, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Kamar Jenazah, Instalasi Londry, Instalasi Sanitasi, Instalasi Penunjang Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Pendidikan Dan Pelatihan (Diklat), Dan System Informasi Manajemen (SIM). Dalam tiga tahun terakhir (Tahun 2016-2018) pembangunan Gedung di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek meningkat signifikan antara lain telah dibangun gedung Rawat Inap Kebidanan Tahap II, Gedung Administrasi, Tugu RS, Gedung THT, Mata dan Kemoterapi, Gedung Bedah Central dan Intensif Terpadu, Instalasi Rawat Jalan Baru, Gedung Radioterapi, Gedung Perawatan Anak, Pembangunan Gedung Kelas I, GCU dan rehabilitasi Medik serta Gedung Instalasi Rawat Jalan Baru.

### **4. Gambaran Ruang Bedah**

Ruang bedah terdiri dari 2 ruangan yaitu ruang Mawar dan Kutilang. Ruang Mawar terdiri dari 28 tempat tidur, 19 tempat tidur kelas III dan 3 kamar untuk kelas II. Ruang kutilang terdiri dari 28 tempat tidur, 19 tempat tidur kelas III dan 3 tempat tidur untuk kelas II.

## **B. Hasil Penelitian**

Berdasarkan hasil analisis data mengenai hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024. Penelitian ini dilakukan di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada pasien post operasi fraktur pada tanggal 28 Maret-8 April, dan hasil penelitian ini akan digambarkan

dalam analisis univariat dan analisis bivariat. Adapun data yang diperoleh yaitu:

### 1. Hasil Analisis Univariat

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah. Hasil analisa data tentang "Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024", peneliti sajikan data distribusi frekuensi variabel sebagai berikut:

#### a. Distribusi frekuensi kecemasan responden

Tabel 4.1  
Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024

Kecemasan Responden	Kecemasan	
	Frekuensi	Persentase (%)
Cemas	17	68.0
Tidak Cemas	8	32.0
Total	25	100.0

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 25 responden, sebagian besar responden mengalami kecemasan post operasi fraktur ekstremitas bawah sebanyak 17 responden (68,0%) dan responden yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 8 responden (32,0%).

#### b. Distribusi frekuensi mobilisasi responden

Tabel 4.2  
Distribusi Frekuensi Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024

Mobilisasi Responden	Mobilisasi	
	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Mandiri	17	68.0
Mandiri	8	32.0
Total	25	100.0

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 25 responden, sebagian besar responden yang belum dapat melakukan mobilisasi secara

mandiri sebanyak 17 responden (68,0%) dan responden yang sudah dapat melakukan mobilisasi secara mandiri sebanyak 8 responden (32,0%).

## 2. Hasil Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah, adalah sebagai berikut:

### a. Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi Pada pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah

Tabel 4.3  
Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi

Kecemasan	Tingkat Mobilisasi				P-Value	OR
	Tidak Mandiri		Mandiri			
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)		
Cemas	15	88.2	2	11.8	0,004	22,500
Tidak Cemas	2	25.0	6	75.0		
Total	17	68.0	8	32.0		

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan dari 25 responden ada 17 responden (68,0%) yang belum dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dan mayoritas responden yang mengalami kecemasan sebanyak 15 responden (88,2%).

Dan didapatkan hasil Uji analisis *Chi Square* dengan  $p\text{-value}=0,004$  ( $p<0,05$ ). Pada hasil analisis OR diperoleh sebesar 22,500. Maka dapat menginterpretasikan sebagai berikut: Pasien yang mengalami kecemasan mempunyai peluang 22,500 kali untuk tidak melakukan mobilisasi secara mandiri dibandingkan pasien yang tidak mengalami kecemasan. Maka dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.



## C. Pembahasan

### 1. Kecemasan responden

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 25 responden sebagian besar yang mengalami kecemasan sebanyak 17 responden (68,0%) dan sebagian responden yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 8 responden (32,0%).

Kecemasan yang dialami pasien setelah operasi fraktur ekstremitas bawah dapat disebabkan oleh kekhawatiran tentang kondisi setelah pembedahan dan pemikiran tentang masa rehabilitasi sampai kembali pada aktivitas normalnya. Hal ini seperti yang dijelaskan Smeltzer & Bare (2013) bahwa pasien pasca pembedahan sering menandakan dan pemikiran tentang masa depannya, selain itu kecemasan pada pasien pasca pembedahan disebabkan oleh nyeri dan ketidakberdayaan.

Menurut Carpenito (2014) faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan seseorang yang menderita sakit akan lebih mudah mengalami kecemasan dibanding dengan orang yang tidak sakit. Seseorang yang mengalami fraktur akan mengalami perubahan fisik sehingga berpengaruh terhadap kecemasan akibat perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal.

Hasil penelitian (Riana, 2018) menunjukkan bahwa dari 15 responden yang diteliti, tingkat kecemasan pada responden paling banyak dalam kategori cemas sedang yaitu sebanyak 8 responden (53.3). Dari hasil uji chi square diperoleh hasil p-value (0.009). sehingga keputusan uji adalah  $H_0$  ditolak karena nilai p-value lebih kecil dari (0.05). Berdasarkan uji tersebut maka disimpulkan ada hubungan tingkat kecemasan dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operatif fraktur femur di RS Ortopedi Prof. Dr. R Soeharso Surakarta.

Hasil penelitian (Nurhayati et al., 2019), menunjukkan hasil analisis korelasi rank spearman's rho nilai p value 0,000 ( $p \text{ value} < 0,005$ ) dengan nilai ( $r = -0,616$ ) arti negatif menunjukkan arah korelasi yang berarti bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan maka kemandirian semakin menurun,

begitu juga sebaliknya semakin rendah tingkat kecemasan maka kemandirian semakin meningkat, sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan mempunyai hubungan kuat dengan kemandirian pada pasien post sectio caesarea di ruang Obgyn RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta.

Menurut peneliti apabila seseorang mengalami kecemasan maka akan mudah mengalami perubahan dalam melakukan pergerakan, mereka akan mudah lelah karena mengeluarkan energi cukup besar, sehingga dapat mengalami kelelahan secara fisik dan emosi.

## **2. Mobilisasi responden**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 25 responden sebagian besar tidak dapat melakukan mobilisasi secara mandiri sebanyak 17 responden (68,0 %). Selain itu yang dapat melakukan mobilisasi secara mandiri sebanyak 8 responden (32,0 %).

Mobilisasi adalah aktivitas menggerakkan tubuh secara bertahap dan disesuaikan dengan kemampuan pasien. Mobilisasi dapat dilakukan untuk berbagai tujuan, seperti untuk mengembalikan fungsi gerak, melancarkan aliran darah, dan mencegah terjadinya komplikasi. (Eldawati, 2011)

Kemampuan seseorang untuk beralih dari satu posisi ke posisi lainnya, termasuk posisi duduk, berbaring, dan berdiri merupakan bagian dari konsep mobilisasi. Aktivitas yang termasuk ke dalam mobilisasi fungsional melibatkan berbagai bentuk pergerakan, seperti mobilisasi di tempat tidur, menggunakan kursi roda, melakukan latihan berjalan, mengemudi, dan naik kendaraan umum (Erlina, 2020).

Hasil penelitian (Adithya et al., 2019) diketahui responden yang tidak mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan berat sebanyak 15 responden 75%, 8 responden tidak mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan sedang 61,5%, 5 responden mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan sedang 38,3% dan 5 responden mampu mobilisasi dengan tingkat kecemasan berat 25%.

Hasil penelitian (Rahmawati, 2021), menunjukkan bahwa dari 52 responden Sebagian besar responden tidak dapat melakukan mobilisasi secara mandiri sebanyak 40 responden (76,9%) dan Sebagian kecil responden sudah dapat mobilisasi secara mandiri sebanyak 12 responden (23,1%).

Hasil penelitian Sugara (2023), menunjukkan bahwa dari 30 responden yang terbagi menjadi 15 golongan control dan 15 golongan intervensi perbedaan rata-rata tahap pemulihan luka setelah intervensi perbedaan rata-rata tahap pemulihan luka setelah intervensi mobilisasi dini pada golongan intervensi yang diberikan mobilisasi dini adalah 13.4667 dan pada pengukuran skor rata-rata tahap pemulihan luka yang tidak diberi intervensi mobilisasi dini ialah 11.06667. Kesimpulan uji statistik memakai uji t dependen di dapati p-value  $0,000 < (0,5)$ , dengan demikian bisa dikatakan bila terdapat pengaruh mobilisasi dini mengenai tahap pemulihan luka.

Menurut peneliti dalam pemantauan 5 menit memiliki perkembangan yang berbeda dalam waktu tempuh pemulihan kesadaran dimana penerapan mobilisasi membantu meningkatkan tonus otot saluran pencernaan, merangsang peristaltic usus, meningkatkan laju metabolisme, mempercepat sirkulasi kardiovaskuler dan paru-paru. Sehingga mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli dan mempercepat proses pemulihan kesadaran.

### **3. Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 25 responden ada 17 responden (68,0%) yang belum dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dan mayoritas responden yang mengalami kecemasan sebanyak 15 responden (88,2%) dan responden yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 2 responden (25,0%).

Sedangkan pada 8 responden (32,0%) yang sudah dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dan mayoritas responden yang mengalami kecemasan sebanyak 2 responden (11,8%) dan yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 6 responden (75,0 %). Dan didapatkan hasil Uji analisis Chi Square dengan  $p\text{-value}=0,004$  ( $p<0,05$ ). Maka dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

Menurut Potter & Perry (2010) terjadinya hambatan mobilisasi pada pasien yang dirawat di rumah sakit disebabkan oleh kecemasan yang diakibatkan proses penyakit yang dialaminya. Seorang yang mengalami kecemasan enggan melakukan aktivitas sebab pasien merasa khawatir atau cemas dan mudah lelah karena mereka mengeluarkan energi yang cukup besar dalam ketakutan dan kecemasannya jadi, pasien mengalami kelelahan baik secara fisik maupun emosional.

Hasil temuan pada penelitian ini responden dengan kecemasan tidak dapat melakukan mobilisasi secara mandiri. Hal ini dikarenakan responden dengan kecemasan merasakan kegelisahan, was-was dan khawatir jika melakukan mobilisasi maka penyakitnya akan menjadi lebih parah. Hasil ini sesuai dengan penelitian Satiyadi (2017) bahwa kecemasan mempengaruhi pasien dalam melakukan mobilisasi. Semakin pasien merasa cemas maka mobilisasi semakin terhambat dan tidak dapat dilakukan secara mandiri. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi mobilisasi diantaranya dipengaruhi nyeri dan rasa takut (cemas) untuk melakukan mobilisasi. Hal ini juga dapat disebabkan karena pasien menganggap untuk beberapa hari kedepan kondisi badan belum membaik setelah dilakukan tindakan operasi fraktur ekstremitas bawah oleh karena itu pasien harus lebih banyak tidur dan tidak banyak bergerak untuk menghindari hal yang dapat menimbulkan nyeri pada bagian post operasi fraktur ekstremitas bawah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hemawilly (2012) menyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara faktor

emosional (kecemasan) dengan pelaksanaan mobilisasi pada pasien post operatif fraktur ekstremitas bawah. Beberapa literatur menyebutkan bahwa pentingnya melakukan mobilisasi yaitu untuk memperbaiki sirkulasi, mencegah terjadinya masalah atau komplikasi setelah operasi serta mempercepat proses pemulihan pasien. Mobilisasi atau pergerakan yang dilakukan sesegera mungkin akan berpengaruh pada proses penyembuhan dan lamanya hari rawat (Harding & Kwong, 2019;Paramitha et al., 2023).

Menurut peneliti mobilisasi dapat dilakukan ketika pasien sudah berada di fase pemulihan. Ketika pasien sudah tidak terlalu mengalami kecemasan karena takut merasa nyeri dan khawatir untuk bergerak, maka mobilisasi akan terlaksana dengan baik. Mobilisasi dapat dimulai dari menggerakkan tangan, kaki, serta miring kanan dan miring kiri.

#### **D. Keterbatasan Penelitian**

Berdasarkan pengalaman peneliti dalam proses penelitian ini, peneliti mengalami keterbatasan yaitu adanya keterbatasan responden, dimana jumlah responden hanya mendapatkan 25 responden, tentunya jumlah ini dianggap tidak memadai untuk jenis penelitian cross-sectional.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terhadap 25 responden Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Diketahui distribusi frekuensi yang mengalami kecemasan sebanyak 17 responden (68,0%) dan yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 8 responden (32,0%) pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.
2. Distribusi frekuensi mobilisasi tidak mandiri sebanyak 17 responden (68,0%) dan yang melakukan mobilisasi secara mandiri sebanyak 8 responden (32,0%) pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.
3. Didapatkan hasil Uji analisis *Chi Square* dengan  $p\text{-value}=0,004$  ( $p<0,05$ ). Maka dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

#### **B. Saran**

1. Bagi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Peneliti menyarankan untuk lebih banyak memberikan edukasi tentang mobilisasi serta manfaat melakukan mobilisasi untuk mengurangi kecemasan, sehingga mobilisasi terlaksana dan dapat mempercepat proses pemulihan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi, sumber informasi dan sebagai dasar bagi mahasiswa dalam pembelajaran dan penelitian lebih lanjut.

### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat meneruskan penelitian hubungan kecemasan dengan tingkat mobilisasi pada pasien post operasi fraktur eskstremitas bawah dengan menambah jumlah responden dan memperhatikan faktor lain yang berhubungan dengan mobilisasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adithya, A., Sari, A., Program Studi Ilmu Keperawatan Sari Mulia Banjarmasin, M., Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Sari mulia Banjarmasin, D., & Poltekkes Banjarbaru Korespondensi Penulis, D. (2019). *Hubungan Tingkat Kecemasan Post Operasi Laparatomi Terhadap Kemampuan Mobilisasi Pasca Operasi Di ruang Tulip IC RSUD Ulin Banjarmasin.*
- Agustin. (2020). Gambaran Tingkat Kecemasan, Mobilisasi Dini, dan Nyeri Pada Ibu Post Operasi Sectio Sesaria di RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 20.
- Aprina. (2023). *Metodologi Penelitian Keperawatan.*
- Azaria Ribka, H., Zenitha Victoria, A., & Heri Yono, N. (2023). *Gambaran Penerimaan Diri pada Pasien Fraktur An Overview of Self Acceptance on Fracture Patients.* <https://jurnal.poltekkeskupang.ac.id/index.php/jks>
- Black, Joyce M, & JAne Hikanson Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.).
- Erlina. (2020). *Buku Efikasi Diri Dalam Meningkatkan Kemampuan Mobilisasi Pasien. Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung .*
- Fitriani. (2020). Hubungan Tingkat Kecemasan Pasien Dengan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesaria. *Ovary Midwifery Journal*, 2(1). <http://ovari.id/index.php/ovari/index>
- Ila, K., & Arisdiani, T. (2020). Hubungan Pengetahuan Dengan Ansietas Mobilisasi Pasien Post Operasi. <https://www.academia.edu/download/57470062/7>.
- Januriwasti, D. E. (2019). Pengaruh Kecemasan, Usia Dan Faktor Budaya pada Ibu Nifas Post Sc Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini. *Jurnal Ilmiah Obsgin.* <https://stikes-nhm.e-journal.id/OBJ/index>
- Marlinda, Yussa, & Tiara. (2023). *The Effect Of Health Education On The Level Of Anxiety In Early Mobilization Of Post Sc Patients.* 1(1).
- Notoatmodjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: PT RINEKA CIPTA.



- Nurhayati, R., Mustikarani, I. K., & Ekacahyaningtyas, M. (2019). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kemandirian Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Obgyn Rsud Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta*
- Nursalam. (2020). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba.
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media Publishing.
- Syapitri, H., Amila, & Aritonang, J. (2021). *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan* (A. H. Nadana (ed.); I).
- Paramitha, D., Yunitasari, P., Maryati, S., Punjatuti, B., Program, I., Diii, S., Politeknik, K., Karya, K., Yogyakarta, H., Tentara, J., & Mataram, R. (2023). Implementasi Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Peristaltik Usus Pasien Post Laparatomi Atas Indikasi Kista Ovarium. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJNHS>
- Prawito, & Shomad. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan tingkat kecemasan pasien dalam melaksanakan mobilisasi dini post operasi apendiktomi. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*. <http://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/jkk/article/view/106>
- Rahman, A., & Kurniasari, A. (2021). Hubungan Tingkat Kecemasan Klien Post Operasi Apendectomy Dengan Mobilisasi Dini di RS Graha Husada Bandar Lampung. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik (JIKA)*, 4(1). <https://akper-manggala.e-journal.id/JIKA/article/view/52>
- Riana. (2018). *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operatif Fraktur Femur Di RSO Prof. R Soeharso Surakarta*. <https://eprints.ums.ac.id/id/eprint/59921>
- Rosyidi, K. M. (2021). *Muskuloskeletal*. Jakarta.
- Smeltzer, S., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* (8th ed., Vol. 3). Buku Kedokteran EGC.
- Sudrajat, A., Wartonah, E., & Riyanti, S. (2019). Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi ORIF Pada Ekstremitas Bawah. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(2), 2338–9095. <https://www.poltekkesjakarta3.ac.id/ejurnalnew/index.php/jitek/article/view/187>

- Sukmalara, D., & Eliza, C. (2018). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kemampuan Mobilisasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Bunda Aliyah Pondok Bambu Jakarta Timur. *Jurnal Afiat* , 4. <https://uia.e-journal.id/afiat/article/download/703/407>
- Sutriyawan. (2021). *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*.
- Wantoro, G., Muniroh, M., & Kusuma, H. (2020). Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi Ambulasi Dini Post ORIF pada Pasien Fraktur Femur Study Retrospektif. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(2), 283. <https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.273>

# **LAMPIRAN**



**PEMERINTAH KOTA METRO**  
**UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH DINAS KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JEND. A. YANI**

Jl Jend. A. Yani No.13 Kota Metro Telp/Fax (0725) 41820/48423  
Email : [rsudayanimetro@ymail.com](mailto:rsudayanimetro@ymail.com) Website : [www.rsuay.metrokota.go.id](http://www.rsuay.metrokota.go.id)



Metro, 28 Februari 2024

Nomor : 890/2812 /LL-02/2024  
Sifat : Biasa  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Hal : **Izin Uji Validitas dan Reliabilitas**

Kepada Yth,  
Ketua Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Tangjungkarang  
Di  
**Bandar Lampung**

Sehubungan dengan surat dari Saudara No. PP.03.04/II.1/72/2024 tanggal 28 Januari 2024 perihal Surat Izin Validitas dan Reliabilitas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin kepada mahasiswa saudara melakukan Pengambilan Data Penelitian di RSUD Jend. A. Yani Metro. Untuk rinciannya sebagai berikut :

Nama : **Vera Nita Meilya Rosa**  
NPM : 2014301094  
Prodi : S1 Keperawatan  
Tempat Pengambilan Data : 1. R. Bedah Khusus (Orthopedy) RSUD Jend. A. Yani Kota Metro  
2. R. Bedah Umum (D) RSUD Jend. A. Yani Kota Metro  
3. R. Nuwo Wawai Lt.4 (R. Penyakit Dalam A) RSUD Jend. A. Yani Kota Metro

Untuk kelancaran pelaksanaan pengambilan data tersebut, maka diberlakukan ketentuan sebagai berikut :

1. Bersedia mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD Jend. A. Yani Metro.
2. Bersedia melaksanakan protocol kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
3. Bersedia memenuhi dan menyelesaikan administrasi kegiatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RSUD Jend. A. Yani Metro.

Demikian atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

UPD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
JEND. A. YANI METRO  
Direktur  
**Dr. Fitri Agustina, MKM**  
Pembina Tk. IV b  
NIP. 19810817 200902 2 007

Tembusan:

1. Kabag. Keuangan c/q Perbendaharaan RSUD Jend. A. Yani
2. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH PROVINSI LAMPUNG  
**RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK**  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)  
Jl. dr. Rivai No. 6 Telp. 0721 703312 Fax. 702306  
Bandar Lampung 35112



Laman : <https://www.rsudam.lampungprov.go.id> Pos-el: humarsudam23@gmail.com

**KETERANGAN LAYAK ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION**  
**"ETHICAL EXEMPTION"**  
No. 125/KEPK-RSUDAM/II/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*The research protocol proposed by*

Peneliti utama : VERANITA MEILYA ROSA  
*Principal Investigator*

Nama institusi : Politeknik Kesehatan Tanjung Karang  
*Name of Institution*

Dengan Judul : Hubungan Kecemasan Dengan Tingkat Mobilisasi  
*Title* Pasien Post Operasi Fraktur ekstremitas bawah Di  
Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek  
Provinsi Lampung

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/ Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/ Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 27 Februari 2024 sampai dengan tanggal 27 Februari 2025.

*This declaration of ethics applies during the period 27 February, 2024 until , 27 February 2025.*



**dr. Rogatianus Baqus P. M. Kes., Sp.A(K)**  
NIP : 19730524 200312 1 005



PEMERINTAH PROVINSI LAMPUNG  
**R S U D Dr. H. ABDUL MOELOEK**  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)  
Jl. dr. Rivai No. 6 Telp. 0721 703312 Fax. 702306  
Bandar Lampung 35112



Laman : <https://www.rsudam.lampungprov.go.id> Pos-el: [humasrsudam23@gmail.com](mailto:humasrsudam23@gmail.com)

Bandar Lampung, 27 Januari 2024

Nomor : 420/0306/VI.01/10.26/1/2024  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Yth Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekes Kemenkes Tanjung Karang  
di  
Bandar Lampung

Menjawab surat Saudara Nomor: PP.01/03.01/115/2024 Tanggal 07 Februari 2024, perihal tersebut pada pokok surat, atas nama :

Nama : VERANITA MEILYA ROSA  
NIM : 2014301094  
Prodi : D4 Keperawatan  
Judul : Hubungan Kecemasan Dengan Tingkat Mobilisasi Pasien Post Operasi Fraktur ekstremitas bawah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitian yang Bersangkutan Kami Iizinkan untuk pengambilan data di Instalasi Rekam Medik, Instalasi Rawat Jalan (Poli Orthopedi), Ruang Bedah, Ruang Neurologi Dan Instalasi Diklat RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan Dilakukan di Jam Kerja Tanggal : 25 Maret – 08 April 2024. Dengan Menggunakan APD yang Telah Ditentukan Oleh Masing Masing Ruang / Lokus Penelitian. Untuk Informasi Lebih Lanjut yang Bersangkutan dapat Berhubungan Dengan Instalasi Diklat RSUDAM.

Selanjutnya diinformasikan bahwa selama melakukan pengambilan data yang bersangkutan perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut :

1. Melapor pada Instalasi Diklat RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2. Data dari hasil penelitian tidak boleh disebarluaskan/ digunakan diluar kepentingan ilmiah.
3. Memberikan laporan hasil penelitian pada Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Instalasi Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung berhak atas hasil penelitian untuk pengembangan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
5. Kegiatan tersebut dikenakan biaya sesuai Pergub No. 18 Tahun 2023 Tentang Jenis dan Tarif Layanan Kesehatan di RSUDAM.

Demikian atas perhatiannya diucapkan terimakasih

## **PENJELASAN PENELITIAN**

Judul: Hubungan Kecemasan Dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.

Nama : VeraNita Meilya Rosa

NIM : 2014301094

Saya mahasiswa keperawatan poltekkes tanjung karang, mengadakan penelitian skripsi mengenai Hubungan Kecemasan Dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah. Prosedur penelitian dilakukan dengan mengukur kecemasan dengan lembar kuisisioner dan mengobservasi tingkat mobilisasi menggunakan lembar observasi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah. Apabila responden bersedia akan dibagikan kuisisioner. Saya akan menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak atau merugikan responden. Saya berusaha akan menjaga hak-hak responden selama penelitian berlangsung, peneliti menghargai keputusan responden. Apabila dalam kegiatan ini penelitian responden menolak atau berhenti menjadi responden maka responden berhak melakukan hak undur diri dan responden tidak akan mendapat sanksi apapun. Hasil penelitian yang diperoleh akan digunakan sebagai bahan masukan bagi profesi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur. Setelah adanya penjelasan dari penelitian ini, saya sangat mengharapkan keikutsertaan responden. Atas partisipasi dan perhatian responden dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUN**



Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Telp: 0721-783852 faxsimile : 0721-773918

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : [direktorat@poltekkes-tjk.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-tjk.ac.id)

***INFORMED CONSENT***

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
Umur :  
Jenis kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian:

Nama Peneliti : VeraNita Meilya Rosa  
Institusi : Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penelitian yang berjudul **“Hubungan Kecemasan Dengan Tingkat Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024”**. Saya menyatakan (**bersedia**) diikutsertakan dalam penelitian ini. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kebenarannya.

Bandar Lampung, 2024

Peneliti

Responden

(VeraNita Meilya Rosa)  
NIM. 2014301094

( )



Bandar Lampung, 03 April 2024

No : -  
Perihal : **Keterangan Penelitian**

Kepada Yth,  
Kepala Jurusan Keperawatan  
Di  
Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat Keterangan Penelitian Perihal Penelitian dari mahasiswa:

Nama : VeraNita Meilya Rosa  
NIM : 2014301094  
Jurusan : Keperawatan – Program Sarjana Terapan  
Judul Skripsi : *Hubungan Kecemasan dengan Tingkat Mobilisasi pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.*

Bersama ini saya sampaikan bahwa benar mahasiswa tersebut telah melakukan penelitian di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.


Demikian surat ini saya sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat Saya,  
Kepala Ruangan Bedah



Fitri Dwi Parmasi, S.Kep, Ns  
NIP. 197901262008092001

Form : Kartu Kendali Konsultasi Skripsi

	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep/03.2/1/2022
	<b>PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN</b>	Tanggal	2 Januari 2022
	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Revisi	0
	<b>Formulir Konsultasi</b>	Halaman	.....dari... halaman

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : VERANITA MELVA ROSA  
 NIM : 2014201094  
 Nama Pembimbing I : EL BAHMAYATI, S.Kp., M.Kep.  
 Judul : HUBUNGAN KECEMASAN DENGAN PELAKSANAAN MOBILITAS DINI PADA PATEN POST OPERASI FRAKTUR DI RIUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2024.

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	14/08/2023	Pembahasan topik/ fenomena	Pemilihan topik yang lebih rinci.	✓	em
2	06/09/2023	Pengajuan judul	cari novelty dan penelitian sebelumnya.	✓	em
3	14/12/2023	Judul Proposal Skripsi	Acc Judul	✓	em
4	21/12/2023	Bab I, II, III	Perbaiki materi tentang kecemasan	✓	em
5	08/01/2023	BAB I, II, III	Perbaiki instrumen DO (kuisioner kecemasan).	✓	em
6	10/01/2023	BAB I, II, III	Acc 4/4 bagian proposal	✓	em
7		BAB I, II, III	Judul dispesifik lagi - Perbaiki DO - Label	✓	em
8		BAB II, III	Perbaiki pembahasan mobilitas dibagian DO, Perbaiki instrumen	✓	em
9		BAB I-IV	Perbaiki abstrak	✓	em
10	2/5/2024	Revisi Bab 1-5.	-Perbaiki pembahasan -Acc seminar hasil.	✓	em
11			-Revisi DO -perbaiki data.	✓	em
12	29-08-2024	BAB 1-5.	Acc cetak -	✓	em

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan pada akhir proses bimbingan

Mengetahui


Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Tanjungkarang



Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom  
 NIP.197108111994022001

Lampiran 8

Form : Kartu Kendali Konsultasi Skripsi

	<b>POLTEKES TANJUNGPINANG</b> <b>PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN</b> <b>POLTEKES TANJUNGPINANG</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep/03.2/1/2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	<b>Formulir Konsultasi</b>	Revisi	0
		Halaman	.....dari... halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : NEPANITA MELIYA ROTA  
 NIM : 2019301099  
 Nama Pembimbing 2 : TORI RIHANTORO, S.Kp., M.Kep  
 Judul : HUBUNGAN KECEMASAN DENGAN PELAKSANAAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI D.I REUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2024

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	08/1-23	Penelitian	Revisi penelitian	✓	✓
2	10/1/24	BAB I - II	Revisi peng.	✓	✓
3	10/1/24	BAB I - II	Acce. Rely	✓	✓
4			Revisi teori		✓
5			Revisi		✓
6	25/4-24	BAB III - IV	Revisi analisis data	✓	✓
7			Revisi kom. & resume		✓
8					✓
9	25/4-24	BAB IV - V	Revisi tabel, daftar pustaka	✓	✓
10					✓
11	6/5/2024	BAB I - V	Acce. Rely		✓
12					✓


Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan pada akhir proses bimbingan

Mengetahui

Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Tanjungkarang

  
 Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom  
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi Skripsi

	POLTEKES TANJUNGGARANG PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN POLTEKES TANJUNGGARANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/ 2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halaman	....dari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : VERANITA MELYA ROSA  
NIM : 2019301094  
Nama Pembimbing : TORI RIHANTORO, S.Kep., M.Kep  
Judul : HUBUNGAN KECEMATAN DENGAN TINGKAT MOBILITAS PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DI RSUD DR. H ABDUL MOELOEK TAHUN 2024 PROVINSI LAMPUNG

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	28-06-2024	BAB 3-4	Uraian Analisis Data & Pemb Uraian	✓	✓
2					
3					
4	1-07-2024		Acce Care	✓	✓
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan pada akhir proses bimbingan


Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom  
NIP.197108111994022001

Form : Lembar Masukan Sidang

	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
	<b>PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN</b>	Tanggal	2 Januari 2022
	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Revisi	0
	<b>Formulir Masukan Sidang</b>	Halaman	.....dari.....halaman

**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN SIDANG  
PROPOSAL/HASIL SKRIPSI\***

Nama Mahasiswa : VERANTA MELLYA POZA  
 NIM : 201930109A  
 Tanggal : 12 JANUARI 2024  
 Judul : HUBUNGAN KECEMASAN DENGAN TINGKAT MOBILISASI PADA PASIEN POST OPERAN FRAKTUR BULGEMITAS BAWAH DI RUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2024.

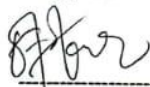
No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
1	Judul diperbaiki, justifikasi post op fraktur nya harus lebih spesifik	✓	
2	Definisi Operasional harus benar.	✓	
3	Perbaiki latar belakang menjadi mobilisasi	✓	
4	Perbaiki pembahasan mobilisasi dibagian definisi operasional.	✓	
5	Perbaiki tulisan dibagian kata pengantar	✓	
6	Perbaiki kerangka teori	✓	
7	Perbaiki instrumen.	✓	

Bandar Lampung, .....

Penguji Utama

Penguji Anggota 1

Penguji Anggota 2




NIP. 197509261099032002

NIP. 197111291094021001

NIP. 197003092002122002.

KET : \*) Coret yang tidak sesuai  
 Penguji utama adalah penguji bukan pembimbing  
 Penguji anggota I adalah pembimbing I  
 Penguji anggota adalah pembimbing II

Form : Lembar Masukan Sidang

	<b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b> <b>PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN</b> <b>POLTEKES TANJUNGGARANG</b>	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022	
		Tanggal	2 Januari 2022	
	<b>Formulir Masukan Sidang</b>		Revisi	0
			Halaman	.....dari....halaman


**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN SIDANG**  
**PROPOSAL/ HASIL SKRIPSI\***

Nama Mahasiswa : VERANITA MELIYA POZA  
 NIM : 2014301094  
 Tanggal : 18 MEI 2024  
 Judul : HUBUNGAN KEDEMAIAN DENGAN TINGKAT MOBILITASI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DI RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK TAHUN 2024 PROVINSI LAMPUNG

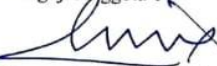
No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Logo ganti yang terbaru.	✓	
2.	Abstrak dilengkapi	✓	
3.	Latar belakang diperbaiki - Alinea I : Fraktur ekstremitas bawah dihilangkan saja.	✓	
4.	Pengambilan data ulang.	✓	
5.	Perbaiki data dan metode penelitian.	✓	
6.	Perbaiki cara penulisan bagian pembahasan.	✓	
7.	DO Perbaiki	✓	

Bandar Lampung, .....

Penguji Utama

  
 SITI FATMAHAN, S.Kp., M.Ker  
 NIP.197307261999032002

Penguji Anggota 1

  
 TORI RIHANTORO, S.Kp., M.Kep  
 NIP.197111291999021001

Penguji Anggota 2

  
 EL RAHMAYATI, S.Kp., M.Ker  
 NIP.197003042002122002

KET : \*) Coret yang tidak sesuai  
 Penguji utama adalah penguji bukan pembimbing  
 Penguji anggota I adalah pembimbing I  
 Penguji anggota adalah pembimbing II

**KUISIONER KECEMASAN**

## 1. Identitas Responden

Nama (Inisial) :  
 Jenis kelamin :  
 Umur :

## 2. Petunjuk Pengisian

- a. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan keadaan yang anda rasakan
- b. Berilah tanda (√) pada kolom berdasarkan kondisi saat ini
- c. Pilihan jawaban

0: Tidak

1: Ya

## 3. Rentang penilaian alat ukur kecemasan ini adalah:

Skor  $\geq 8$  = Cemas

Ket: Pasien enggan melakukan mobilisasi

Skor  $< 8$  = Tidak Cemas

Ket: Pasien memiliki keinginan untuk melakukan mobilisasi

No.	Pernyataan	Skor	
		Ya	Tidak
1.	Saya merasa cemas saat melakukan mobilisasi		
2.	Saya takut merasakan lelah saat melakukan mobilisasi		
3.	Saya takut jatuh saat melakukan mobilisasi		
4.	Saya merasa sulit berkonsentrasi saat melakukan mobilisasi		
5.	Saya khawatir akan kemungkinan terjadinya hal-hal yang tidak menyenangkan pada diri saya ketika saya melakukan mobilisasi		
6.	Saya merasa tidak nyaman ketika mobilisasi		
7.	Saya merasa tegang saat mobilisasi		
8.	Saya takut merasakan nyeri ketika mobilisasi		
9.	Saya merasa khawatir luka jahitan bisa terlepas ketika melakukan mobilisasi		
10.	Saya merasa ragu ketika melakukan mobilisasi setelah operasi		

(Sumber: Lembar Kuisisioner dibuat oleh peneliti dan diadaptasi dari kumpulan instrument kecemasan)

## LEMBAR OBSERVASI MOBILISASI

### 1. Identitas Responden

Nama (Inisial) :  
 Tanggal Observasi :

### 2. Petunjuk Pengisian

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang sudah disediakan sesuai dengan kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi pada setiap aktivitas!

### 3. Pilihan Jawaban

- 0: Independen/mandiri
- 1: Diawasi secara dekat
- 2: Dibantu minimal
- 3: Hanya di kursi
- 4: Dibantu maksimal
- 5: Tidak berdaya/tidak mandiri

No	Aktivitas	Tingkat Mobilisasi Pasien					
		0	1	2	3	4	5
1.	Mengganti Posisi						
2.	Menggerakkan Kaki						
3.	Duduk						
4.	Berdiri						
5.	Jalan						
TOTAL							

(Sumber: Eldawati, FIK UI 2020)



## UJI NORMALITAS MENENTUKAN CUT OFF POINT LEMBAR INSTRUMENT

### Frequency Table

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KECEMASAN	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%
MOBILISASI	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
KECEMASAN	Mean	6.80	.412	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.95	
		Upper Bound	7.65	
	5% Trimmed Mean	6.89		
	Median	8.00		
	Variance	4.250		
	Std. Deviation	2.062		
	Minimum	3		
	Maximum	9		
	Range	6		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	-.701	.464	
	Kurtosis	-1.157	.902	
MOBILISASI	Mean	18.44	1.010	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.36	
		Upper Bound	20.52	
	5% Trimmed Mean	18.63		
	Median	18.00		
	Variance	25.507		
	Std. Deviation	5.050		
	Minimum	8		
	Maximum	25		
	Range	17		

Interquartile Range	7	
Skewness	-.612	.464
Kurtosis	-.688	.902

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
KECEMASAN	.360	25	.000	.795	25	.000
MOBILISASI	.160	25	.100	.913	25	.035

a. Lilliefors Significance Correction

**Frequencies**

**Statistics**

		Kecemasan	Mobilisasi
N	Valid	25	25
	Missing	0	0

**Frequency Table**

**KECEMASAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CEMAS	17	68.0	68.0	68.0
	TIDAK CEMAS	8	32.0	32.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**MOBILISASI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK MANDIRI	17	68.0	68.0	68.0
	MANDIRI	8	32.0	32.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KECEMASAN * MOBILISASI	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%

**KECEMASAN \* MOBILISASI Crosstabulation**

			MOBILISASI		Total
			TIDAK MANDIRI	MANDIRI	
KECEMASAN	CEMAS	Count	15	2	17
		% within KECEMASAN	88.2%	11.8%	100.0%
	TIDAK CEMAS	Count	2	6	8
		% within KECEMASAN	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	17	8	25
		% within KECEMASAN	68.0%	32.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.997 <sup>a</sup>	1	.002	.004	.004
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.302	1	.007		
Likelihood Ratio	10.031	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.597	1	.002		
N of Valid Cases	25				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.56.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KECEMASAN (CEMAS / TIDAK CEMAS)	22.500	2.552	198.376
For cohort MOBILISASI = TIDAK MANDIRI	3.529	1.050	11.868
For cohort MOBILISASI = MANDIRI	.157	.040	.612
N of Valid Cases	25		

Lampiran 14

