

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Mobilitas Fisik**

##### 1. Pengertian mobilitas fisik

Mobilisasi adalah kemampuan seorang individu untuk melakukan pergerakan secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas serta mempertahankan kesehatannya. (Azizah & Wahyuningsih, 2020)

Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan seseorang untuk mampu melakukan pergerakan dari satu tempat ke tempat lain secara bebas dan aman (Erlina, 2020).

##### 2. Jenis mobilitas

Terdapat dua jenis mobilitas (Risnah et al., 2022) yaitu:

- a. Mobilitas penuh, yaitu kemampuan individu untuk melakukan pergerakan secara penuh dan bebas sehingga mampu melakukan interaksi sosial dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Mobilisasi penuh merupakan fungsi saraf motorik valunter dan sensorik untuk mampu mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- b. Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan individu untuk melakukan pergerakan dengan batasan yang jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas disebabkan oleh pengaruh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat ditemukan pada kasus patah tulang atau cedera dengan pemasangan traksi.

##### 3. Faktor yang mempengaruhi mobilitas fisik

Mobilitas individu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Gaya hidup: kemampuan mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup karena gaya hidup dapat berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- b. Proses penyakit/cedera: proses penyakit atau cedera dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh individu.

- c. Tingkat energi: energi merupakan sumber untuk melakukan mobilisasi, sehingga dibutuhkan energi yang cukup supaya seseorang mampu melakukan mobilitas dengan baik.
- d. Usia dan status perkembangan: dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia sehingga terdapat perbedaan kemampuan mobilitas fisik pada tingkat usia yang berbeda.

#### 4. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik (D.0054) yaitu gejala dan tanda mayor terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan data objektif yaitu kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor pada data subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. pada data objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, serta fisik lemah

#### 5. Penatalaksanaan gangguan mobilitas

Penatalaksanaan pada gangguan mobilitas fisik yaitu dengan melakukan latihan *Range Of Motion* (ROM). Menurut (Yazid dan Sidabutar, 2022) *Range Of Motion* (ROM) adalah latihan rentang gerak sendi guna memperlancar aliran darah perifer dan mencegah terjadinya kekakuan otot ataupun sendi. Penyembuhan gangguan mobilitas fisik pada fraktur setelah dilakukan operasi memperbaiki dan penyembuhan tulang maka harus secepat mungkin dilakukan *Range Of Motion* (ROM). Menurut (Purwani, 2018) manfaat *Range Of Motion* (ROM) secara teratur dan berkala yaitu dapat mempertahankan fungsi tubuh, melancarkan peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urine dan fekal, mempertahankan tonus otot, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat memenuhi kebutuhan aktivitas harian.

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik menurut (Saputra, 2013) antara lain yaitu:

- a. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
  - b. Ambulasi dini yaitu salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.
  - c. Melakukan aktivitas sehari-hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan Kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.
  - d. Latihan Range of Motion (ROM) aktif atau pasif.
6. Pengukuran kekuatan otot

Tabel 2. 1 Pengukuran kekuatan otot

| Skala   | Nilai | Keterangan   |
|---------|-------|--|
| Normal  | 5     | Kekuatan otot normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan |
| Sedang  | 4     | Dapat melakukan <i>Range Of Motion</i> (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan sedang   |
| Baik    | 3     | Dapat melawan gaya berat (gravitasi), tetapi tidak dapat melawan tahanan   |
| Buruk   | 2     | Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi  |
| Sedikit | 1     | Tidak ada gerakan, teraba kontraksi otot   |
| Tidak   | 0     | Lumpuh total   |

(Potter &amp; Perry, 2009)

7. Kategori tingkat kemampuan aktivitas/mobilitas

Tabel 2.2 Kategori tingkat kemampuan aktivitas/mobilitas

| Tingkat Aktivitas/<br>Mobilitas | Kategori  |
|---------------------------------|---|
| Tingkat 0                       | Mandiri   |
| Tingkat 1                       | Memerlukan penggunaan alat bantu                                  |
| Tingkat 2                       | Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain                      |
| Tingkat 3                       | Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan perawatan           |
| Tingkat 4                       | Sangat tergantung atau tidak dapat berpartisipasi dalam perawatan |

(Riyadi &amp; Widuri, 2015)

## **B. Konsep Fraktur Fibula**

### **1. Definisi**

Fraktur adalah robek atau terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya yang terjadi karena adanya tekanan berlebihan pada tulang dan tulang tidak mampu menahannya (Brunner & Suddarth, 2015). Fraktur merupakan suatu keadaan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. (Kozier, et al., 2019).

Fraktur fibula adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan akibat adanya trauma langsung pada tulang fibula (Aji & Tata, 2021). Fraktur distal fibula adalah terputusnya sambungan tulang fibula bagian distal. Walau peran fibula dalam melakukan gerak ekstremitas bawah hanya sebagian kecil, namun terjadinya fraktur pada fibula tetap saja dapat memicu adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki (Helmi, 2017). Tulang fibula adalah tulang yang berada pada kaki bagian bawah, memiliki bentuk lebih kecil dan berada di samping tulang tibia. Tidak seperti tulang tibia yang bisa diraba, tulang fibula tidak dapat kita raba kecuali pada bagian kecil di ujungnya. Sedangkan bagian lainnya tertutup oleh otot betis (Wayan & Putra, 2014).

Terjadinya diskontinuitas tulang dikarenakan trauma atau tenaga fisik disebut patah tulang atau fraktur, hal ini dapat terjadi karena kegagalan tulang dalam menahan tekanan, memutar, membengkok dan tarikan dapat mengakibatkan terjadinya patah tulang atau fraktur (Suhaillet et al., 2021).

### **2. Etiologi**

Penyebab fraktur fibula terbagi menjadi tiga yaitu cedera traumatik, fraktur patologik dan secara spontan. Penyebab cedera traumatik antara lain cedera langsung, cedera tidak langsung, dan fraktur yang disebabkan adanya kontraksi keras secara mendadak dari otot yang kuat. Cedera langsung artinya pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah

secara spontan. Cedera tidak langsung adalah pukulan langsung yang berada jauh dari lokasi benturan. Pada fraktur patologik adanya kerusakan tulang yang disebabkan proses penyakit dimana dengan trauma kecil dapat mengakibatkan fraktur, bisa juga terjadi pada berbagai keadaan seperti tumor tulang, osteoporosis, osteomyelitis, dan rakhitis. Sedangkan fraktur yang terjadi secara spontan penyebabnya yaitu stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio atau orang yang bertugas kemiliteran (Smeltzer & Bare, 2013).

### 3. Klasifikasi

Menurut Wiarto (2017) fraktur dibagi ke dalam tiga jenis antara lain:

#### a. Fraktur tertutup

Fraktur tertutup yaitu jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga fragmen tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar.

#### b. Fraktur terbuka

Fraktur terbuka yaitu jenis patah tulang yang disertai luka pada bagian yang patah sehingga sebagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai dengan perdarahan yang banyak. Tulang yang patah juga menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua patah tulang terbuka menyebabkan tulang menonjol keluar. Patah tulang terbuka memerlukan penanganan yang lebih cepat karena infeksi dan faktor komplikasi lainnya.

#### c. Fraktur kompleksitas

Jenis fraktur ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstermitas mengalami patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

Jenis fraktur berdasarkan radiologisnya antara lain sebagai berikut:

#### a. Fraktur transversal

Fraktur transversal merupakan fraktur dengan garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Pada fraktur ini, segmen tulang yang patah diposisikan ulang atau direkonstruksi kembali ke tempat

semula, sehingga segmen-segmen ini akan stabil dan biasanya dikontrol dengan bidai gips.

b. Fraktur kuminutif

Fraktur kuminutif yaitu terputusnya jaringan utuh yang terdiri dari dua fragmen tulang.

c. Fraktur oblik

Fraktur oblik yaitu fraktur yang garis patahnya membuat sudut terhadap tulang.

d. Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah fraktur yang terjadi ketika tulang yang sama atau berdekatan mengalami patah di dua tempat, fraktur jenis ini biasanya sulit ditangani.

e. Fraktur impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kompresi adalah fraktur tertutup yang terjadi ketika dua tulang menekan tulang yang berada diantara vertebra.

f. Fraktur spiral

Fraktur spiral terjadi akibat ekstermitas terpuntir atau terpelintir dengan sangat kuat. Fraktur ini menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak dan cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi.

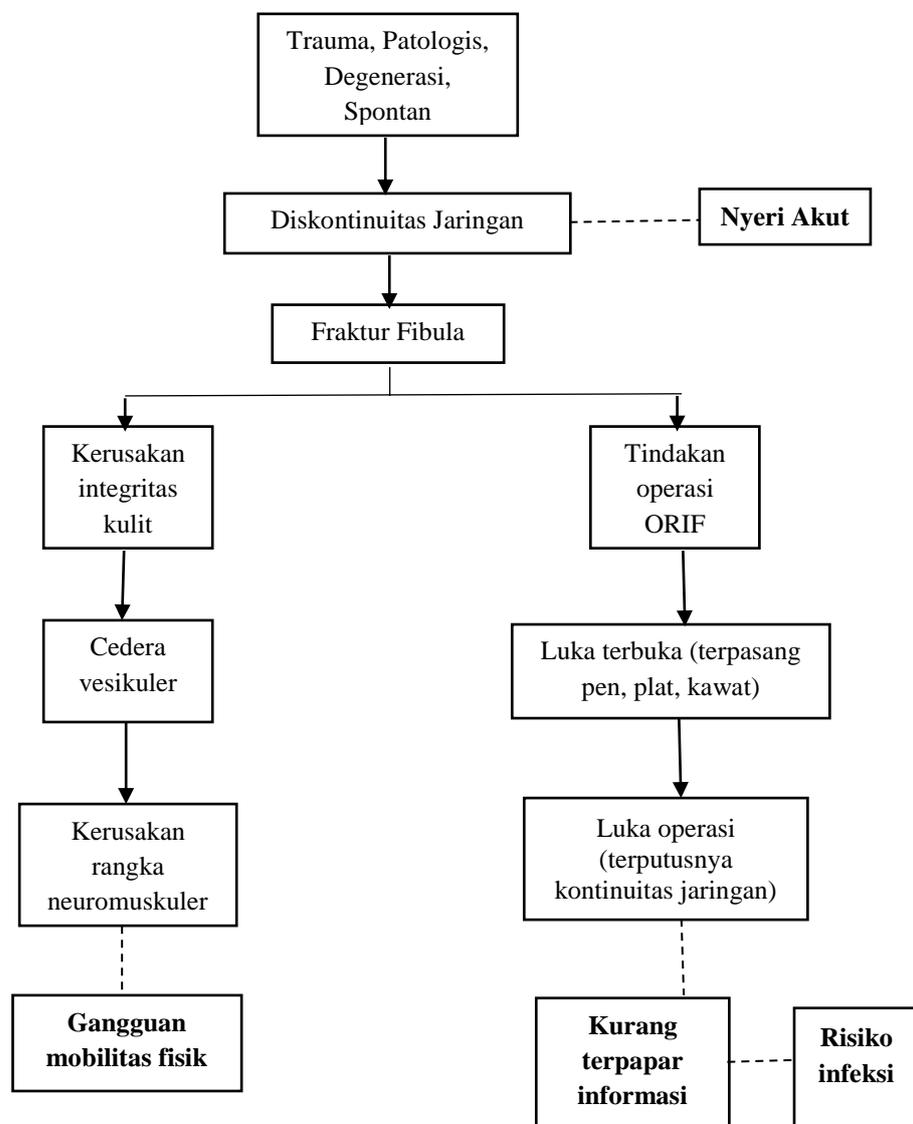
4. Patofisiologi

Tulang memiliki sifat rapuh tetapi memiliki kekuatan dan gaya pegas yang cukup untuk menahan tekanan. Tetapi jika tekanan dari luar yang datang lebih besar dari yang dapat diserap oleh tulang maka akan terjadi trauma pada tulang, yang mengakibatkan patah atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf di korteks, marrow, dan jaringan lunak yang membungkus tulang akan rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan itu dan hematoma terbentuk di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke area tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini merangsang respon inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan

leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian tersebut adalah dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya (Smeltzer & Bare, 2013).

Faktor-faktor yang menyebabkan fraktur terdiri dari dua faktor yaitu ekstrinsik dan instrinsik. Faktor ekstrinsik adalah tekanan dari luar yang terjadi pada tulang yang tergantung pada besarnya, waktu, dan arah tekanan yang dapat menyebabkan fraktur. Faktor intrinsik meliputi kapasitas daya serap dari tekanan, elastisitas, kelelahan, dan kepadatan atau kekerasan tulang (Smeltzer & Bare, 2013).

#### 5. Patway fraktur



Gambar 2.1 Patway Fraktur

(Sudarmanto, 2018)

## 6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada fraktur diantaranya yaitu nyeri yang dirasakan langsung sesudah terjadi trauma. Hal ini disebabkan karenaterdapat spasme otot, tekanan dari patahan tulang atau kerusakan jaringan di sekitarnya. Nyeri yang dirasakan terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alami yang diatur untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang. Edema muncul lebih cepat sebab cairan serosa yang terlokalisir pada area fraktur dan extravasi daerah di jaringan sekitarnya. Timbul juga memar/ekimosis yaitu perubahan warna kulit akibat dari extravasi daerah di jaringan sekitarnya. Spame otot merupakan kontraksi otot yang tidak disengaja yang terjadi disekitar area fraktur. Penurunan sensasi dapat terjadi karena kerusakan syaraf, kontak syaraf akibat edema. Gangguan fungsi terjadi karena ketidakstabilan tulang yang fraktur, nyeri atau spasme otot, paralysis dapat terjadi karena kerusakan syaraf. Dapat jugaterjadi gejala klinik mobilitas abnormal yaitu pergerakan yang terjadi pada bagian-bagian yang biasanya tidak ada pergerakan pada kondisi normalnya. Hal ini terjadi pada fraktur tulang panjang. Krepitasi adalah sensasi berderak atau gemeretak yang terjadi ketika bagian-bagian tulang digerakkan. Krepitasi yang teraba disebabkan oleh gesekan antara fragmen-fragmen. Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih parah. Posisi dari tulang yang tidak normalakibatdari kecelakaan atau trauma dan gerakan otot yang mendorong fragmen tulang ke posisi yang tidak normal, akan menyebabkan tulang kehilangan bentuk normalnya yang disebut deformitas. Syok hipovolemik dapat terjadi sebagai kompensasi dari perdarahan yang parah. Ditandai dengan denyut nadi yangcepat, peningkatan kerja jantung, vasokonstriksi. Pada fraktur yang panjang terjadi pemendekan tulang akibat dari kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen-fragmen sering kali saling melingkupi satu sama lain sampai 2,5 hingga 5 cm (1 hingga 2 inci) (Smeltzer & Bare's, 2013).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada fraktur menurut (NANDA NIC NOC, 2015) yaitu :

- a. Pemeriksaan rontgen
- b. X-Ray, Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma
- c. Scan tulang, scan CT/MRI, memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- d. Arteriogram, dilakukan untuk memastikan ada/tidaknya kerusakan vaskuler.
- e. Hitung darah lengkap dan kreatinin trauma otot
- f. HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multiple.

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan fraktur dapat dilakukan dengan empat cara yaitu: reduksi, traksi, imobilisasi dan pembedahan (Smeltzer & Bare, 2013).

- a. Reduksi fraktur (setting tulang) yaitu mengembalikan fragmen tulang secara sejajar dan rotasi anatomis. Reduksi fraktur harus dilakukan sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat dari infiltrasi karena edema dan perdarahan. Kebanyakan kasus, reduksi fraktur menjadi semakin sulit dilakukan bila cedera sudah mulai mengalami penyembuhan. Sebelum reduksi dan imobilisasi fraktur, pasien harus dipersiapkan untuk menjalani prosedur, dan analgetika diberikan sesuai ketentuan, mungkin perlu dilakukan anestesi. Ekstremitas yang akan dilakukan manipulasi harus ditangani secara perlahan dan lembut untuk mencegah kerusakan lebih lanjut. Reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya dengan manipulasi dan traksi manual. Ekstremitas dipertahankan dalam posisi yang diinginkan sementara gips, bidai atau alat lain dipasang. Alat imobilisasi akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang. Reduksi terbuka digunakan pada fraktur tertentu dengan memakai alat

fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Traksi dapat digunakan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

- b. Traksi yaitu cara penyembuhan fraktur yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi tulang yang patah dalam jangka waktu yang sesingkat mungkin. Metode pemasangan traksi terdiri dari traksi manual dan traksi mekanik. Traksi mekanik ada dua macam yaitu traksi kulit dan traksi skeletal. Traksi kulit dipasang pada dasar sistem skeletal untuk struktur yang lain, misalnya: otot. Traksi kulit terbatas untuk 4 minggu dan beban kurang dari 5 kg. Traksi skeletal merupakan traksi definitif pada orang dewasa yang merupakan balanced traction. Dilakukan untuk menyempurnakan luka operasi dengan kawat metal atau penjepit melalui tulang/jaringan metal.
- c. Imobilisasi fraktur. Setelah fraktur direduksi fragmen tulang harus diimobilisasi atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu. Metode fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam d. Pembedahan Pada saat ini metode penatalaksanaan yang paling banyak keunggulannya mungkin adalah pembedahan. Metode perawatan ini disebut 16 fiksasi interna dan reduksi terbuka. Pada umumnya insisi dilakukan pada tempat yang mengalami cedera dan diteruskan sepanjang bidang anatomik menuju tempat yang mengalami fraktur. Hematoma fraktur dan fragmen-fragmen tulang yang telah mati diirigasi dari luka. Fraktur kemudian direposisi dengan tangan agar menghasilkan posisi yang normal kembali. Sesudah direduksi, fragmen-fragmen tulang ini dipertahankan dengan alat-alat ortopedik berupa pin, sekrup, pelat, dan paku.

### C. Konsep ORIF

#### 1. Pengertian ORIF

ORIF (*Open Reduksi Internal Fiksasi*) yaitu prosedur pembedahan medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang pada beberapa kasus patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan. (Brunner & Suddart, 2015).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika patah tulang tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur. Fungsi ORIF yaitu untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan. Internal fiksasi ini berupa intra medullarynail, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers (Perry & Potter, 2016).

ORIF merupakan metode fiksasi internal untuk penstabilan patah tulang yang telah direduksi dengan sekrup, plat, paku dan pin logam (Pujiningrum & Ritianingsih, 2017).

#### 2. Tujuan ORIF

Tujuan dari tindakan ORIF menurut Syamsuhidayat (2017) adalah :

- a. Memperbaiki fungsi tulang dengan mengembalikan gerakan dan stabilisasi
- b. Meredakan nyeri
- c. Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan bantuan yang
- d. minimal dan dalam lingkup keterbatasan klien.
- e. Mempertahankan sirkulasi yang adekuat pada ekstremitas yang terkena
- f. Tidak ada kerusakan pada kulit

#### 3. Indikasi ORIF

Indikasi tindakan pembedahan ORIF menurut Noer (2017) antara lain:

- a. Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang jika ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak dapat memberi hasil yang memuaskan.

- b. Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan fraktur intraartikular disertai pergeseran.
  - c. Fraktur avulsi mayor yang disertai dengan gangguan yang signifikan pada struktur otot tendon.
4. Kontraindikasi ORIF
- Kontra indikasi tindakan pembedahan ORIF yaitu:
- a. Tulang osteoporotik yang terlalu rapuh menerima implan
  - b. Kualitas yang buruk lada jaringan lunak diatasnya
  - c. Terdapat infeksi
  - d. Adanya fraktur comminuted yang parah dan menghambat rekonstruksi.
  - e. Pasien dengan penurunan kesadaran
  - f. Pasien dengan fraktur yang parah dan belum ada penyatuan tulang
  - g. Pasien yang mengalami kelemahan (malaise).
5. Perawatan pasca operasi ORIF

Menurut Noer (2017) perawatan pasca operasi bertujuan untuk meningkatkan kembali fungsi dan kekuatan pada tulang yang sakit.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berupa:

- a. Mempertahankan reduksi dan imobilisasi.
- b. Meninggikan bagian yang sakit untuk mengurangi pembengkakan.
- c. Mengontrol kecemasan dan nyeri (biasanya orang yang tingkat keemasannya tinggi, akan merespon nyeri dengan berlebihan)
- d. Latihan otot, pergerakan harus tetap dilakukan selama masa imobilisasi tulang tujuannya agar otot tidak kaku dan terhindar dari pengecilan massa otot akibat latihan yang kurang.
- e. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan menyarankan keluarga untuk selalu memberikan dukungan kepada pasien.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian terdiri dari dua yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining dilakukan ketika menentukan apakah keadaan tersebut normal atau abnormal, jika ada beberapa data

yang ditafsirkan abnormal maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk menentukan diagnosis yang tepat (Herdman, 2018). Pengkajian pada pasien post operasi ORIF fraktur fibula merupakan aspek yang sangat penting dalam proses keperawatan untuk merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

Tujuan dari tahap pengkajian keperawatan ini adalah untuk mengkaji secara umum status kesehatan klien, mengkaji fungsi fisiologis dan gangguan pada klien, melakukan deteksi dini adanya masalah keperawatan pada klien baik masalah aktual maupun risiko dan mengidentifikasi penyebab masalah keperawatan klien. Pengkajian tersebut meliputi: (Sugeng, 2013).

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, tanggal atau jam masuk rumah sakit, nomer register, diagnosa, nama orang tua, umur, pendidikan, pekerjaan, agama dan suku bangsa.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang klien dengan fraktur fibula mengkaji bagaimana keadaan trauma yang dapat berdampak pada patah tulang kruris dan apakah sebelumnya sudah berobat ke pengobata alternatif. Klien dengan fraktur atau patah tulang yang disebabkan karena trauma/kecelakaan secara patologis atau degeneratif disebabkan awalnya perdarahan, kerusakan jaringan sekitar tulang yang kemudian mengakibatkan nyeri, bengkak, perubahan warna kulit/pucat, dan terasa kesemutan.

c. Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita oleh klien seperti penyakit yang sifatnya menurun atau menukar, riwayat kecelakaan, apakah klien pernah masuk rumah sakit, riwayat pemakaian obat rutin, apakah mempunyai riwayat alergi dan imunisasi yang pernah didapatkan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adalah keluarga yang mengalami penyakit menurun, gangguan jiwa atau penyakit kronis lainnya, upaya yang dilakukan dan bagaimana genogramnya.

e. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), bagaimana status ekonomi keluarga.

2) Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri dan ketidaknyamanan sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

3) Pola aktivitas

Kaji pola aktivitas dan latihan sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu waktu beraktivitas dan keluhan saat beraktivitas. Aktivitas saat di rumah sakit dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi sehingga dapat menyebabkan ketergantungan dengan orang lain.

4) Pola hubungan dan peran

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

5) Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan, peraba, pendengaran, kemampuan, berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

6) Pola penanggulangan stress

Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah.

7) Pola tata nilai dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan klien pada agamanya dan bagaimana cara klien mendekatkan diri dengan tuhan selama sakit.

f. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Keadaan umum klien fraktur biasanya lemah, kesadaran biasanya composmentis, ekspresi wajah menahan sakit, ada tidaknya kelemahan/kesulitan berjalan. Kaji tanda tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan).

2) Sistem Pernapasan

Ada gangguan dalam pola napas pasien, biasanya pada pasien post pembedahan pola pernafasannya sedikit terganggu akibat pengaruh obat anestesia yang diberikan di ruang bedah dan pasien diposisikan semifowler untuk mengurangi atau menghilangkan sesak napas.

3) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada permukaan jantung, tekanan darah dan nadi meningkat.

4) Sistem Perkemihan

Adakah poliuri, retensi urin, inkontinensia urin, rasa panas atau rasa sakit saat berkemih.

5) Sistem Pencernaan

Pada penderita post pembedahan biasanya ada rasa mual akibat sisa bius, setelahnya normal dan dilakukan pengkajian tentang nafsu makan, bising usus, berat badan.

6) Integumen

Turgor kulit biasanya normal atau menurun akibat input dan output yang tidak seimbang.

Inspeksi: tampak ada luka terbuka, ada/tidak tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, adakah kehitaman disekitar luka.

Palpasi: terdapat ada/tidak edema di sekitar luka, cek akral apakah teraba panas, turgor kulit biasanya kering atau bersisik.

7) Sistem muskuloskeletal

Apakah ada keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat atau kesulitan melakukan pergerakan dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

g. Data pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Dengan pemeriksaan ini, darah akan diketahui apakah infeksi muncul atau tidak.

2) Terapi

Dengan terapi, dapat diketahui pemberian terapi akan diberikan.

h. Analisa data

Setelah semua data terkumpul, data harus ditentukan validitasnya. Setiap data yang didapat, kemudian dianalisis sesuai dengan masalah. Menentukan validitas data membantu untuk menghindari kesalahan dalam interpretasi data.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial. Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien fraktur yaitu:

a. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

b. Nyeri akut (D.0077)

c. Gangguan integritas kulit (D.029)

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang telah dirumuskan diagnosa keperawatan. Perencanaan disusun terdiri dari perencanaan tujuan dan perencanaan tindakan, standar perencanaan diantaranya merujuk pada buku Standar

Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019) dan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Perencanaan keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan              | Tujuan (SLKI)   | Implementasi (SIKI)   |
|----|-----------------------------------|---|---|
| 1  | Gangguan mobilitas fisik (D.0054) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan ekstremitas meningkat</li> <li>- Kekuatan otot meningkat</li> <li>- Rentang gerak (rom) meningkat</li> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Cemas menurun</li> <li>- Kelemahan fisik menurun</li> </ul> | Dukungan mobilisasi (I.05173)<br>Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik terhadap pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama mobilisasi</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur</li> <li>- Libatkan keluarga dalam untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Ajarkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul> |
| 2  | Nyeri akut (D.0077)               | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> </ul>  | Manajemen Nyeri (I.08238)<br>Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan</li> </ul>   |

|   |                                   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|
|   |                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun</li> <li>- Diaforesis menurun</li> <li>- Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik</li> </ul>  | <p>nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>   |
| 3 | Gangguan integritas kulit (D.029) | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>- nyeri menurun</li> <li>- kemerahan menurun</li> <li>- hematoma menurun</li> </ul> | <p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>- Beri salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i></li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril selama melakukan perawatan luka</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></li> </ul> |

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2014). Tujuan dari implementasi keperawatan yaitu membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan dan pemulihan kesehatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap intervensi (Potter & Perry, 2015). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

## **E. Konsep Program Latihan: *Self Efficacy***

### **1. Definisi Manajemen pogram latihan**

Manajemen pogram latihan adalah proses berkelanjutan dalam mengawasi dan mengintegrasikan berbagai latihan dari waktu ke waktu. Manajemen pogram latihan yaitu mengidentifikasi dan mengelola aktivitas fisik yang diprogramkan secara aman dan efektif (PPNI, 2018).

Tindakan yang dilakukan dalam manajemen program latihan meliputi mengidentifikasi pengetahuan dan pengalaman aktivitas fisik sebelumnya, mengidentifikasi jenis aktivitas fisik, mengidentifikasi kemampuan pasien beraktivitas, memonitor tanda vital sebelum dan setelah latihan, memotivasi pasien untuk memulai/melanjutkan aktivitas fisik, memotivasi menjadwalkan program aktivitas fisik dari regular menjadi rutin, memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dengan *self-efficacy* selama  $\pm$  15 menit, melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan fisik, menjelaskan manfaat aktivitas fisik, menganjurkan teknik pernapasan yang tepat selamat aktivitas fisik, mengajarkan menghindari cedera saat aktivitas fisik, dan mengajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat.

### **2. Definisi efikasi diri (*Self Efficacy*)**

Efikasi diri didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam melakukan penilaian pada diri sendiri terhadap kompetensi yang dimilikinya untuk berhasil dalam menyelesaikan tugas-tugas tertentu (Badura, 2006; Erlina, 2020).

Efikasi diri mobilisasi adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk melakukan mobilisasi selama masa perawatan.

Efikasi diri mobilisasi merupakan faktor penting yang dibutuhkan oleh pasien untuk menghadapi berbagai hambatan mobilisasi, baik hambatan fisik maupun psikologis. Individu dengan efikasi diri mobilisasi yang tinggi akan memiliki tujuan dan komitmen yang tinggi untuk melakukan mobilisasi, sedangkan individu dengan efikasi diri mobilisasi yang tinggi akan memiliki komitmen yang tinggi untuk melakukan mobilisasi rendah akan memiliki komitmen yang lemah untuk mencapai tujuan mobilisasi (Erlina, 2020).

Berdasarkan pengertian di atas, penulis menyimpulkan bahwa efikasi diri atau *self efficacy* adalah keyakinan atau kemampuan individu untuk mencapai suatu tujuan tertentu sehingga individu tersebut dapat menghadapi setiap hambatan atau masalah yang mungkin dihadapi.

### 3. Sumber-sumber efikasi diri

Efikasi diri terbentuk dari integrasi berbagai sumber yang berbeda. (Bandura (1997; Erlina, 2020) menjelaskan bahwa efikasi diri dikembangkan melalui empat sumber utama yaitu *enactive mastery experiences*, *vicarious experiences*, *verbal persuasion*, dan *physiological dan affective states*.

#### a. *Enactive mastery experiences* (Pengalaman penguasaan tindakan)

Pengalaman penguasaan tindakan adalah pengalaman yang menyebabkan individu mengerahkan seluruh kemampuannya untuk mencapai kesuksesan. Setiap keberhasilan akan meningkatkan efikasi diri seseorang dan setiap kegagalan akan menjadi pelajaran bahwa keberhasilan membutuhkan usaha yang besar dalam mengatasi berbagai rintangan. Keberhasilan seseorang dalam menyelesaikan suatu peran atau tugas dapat meningkatkan, tidak berpengaruh, atau menurunkan efikasi diri tergantung pada bagaimana seseorang memaknai dan mempertimbangkan kemampuan personal dan situasional pada saat itu.

*Mastery experiences* merupakan sumber efikasi diri yang paling berpengaruh dibandingkan dengan sumber-sumber yang lain, karena *mastery experiences* merupakan satu-satunya sumber informasi

langsung sedangkan sumber-sumber yang lain merupakan informasi tidak langsung.

Keberhasilan yang berulang-ulang setelah mengerahkan segala upaya dan mengatasi berbagai rintangan akan memberikan dampak yang kuat terhadap efikasi diri. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan diri seseorang untuk mengatasi berbagai macam hambatan yang akan dialami dalam menyelesaikan suatu tugas tertentu.

b. *Vicarious experiences* (Pengalaman orang lain)

*Vicarious experiences* juga dikenal sebagai Modeling, yaitu cara meningkatkan efikasi diri dengan mengamati keberhasilan orang lain dalam menyelesaikan suatu tugas tertentu. Keberhasilan orang lain yang telah berusaha keras dan memiliki kemampuan yang relatif sama dengan dirinya dapat meningkatkan efikasi diri seseorang, sebaliknya efikasi diri menjadi turun ketika seseorang melihat kegagalan orang lain. Efikasi diri juga dapat dipengaruhi oleh seberapa besar seseorang mempersepsikan dirinya memiliki kesamaan dengan orang lain. Semakin seseorang mempersepsikan dirinya serupa, maka semakin besar keberhasilan dan kegagalan model tersebut mempengaruhi efikasi dirinya dan sebaliknya. Perilaku dan cara berpikir orang lain merupakan sumber pengetahuan, keterampilan, dan strategi yang efektif bagi seseorang dalam mencapai kesuksesan. *Vicarious experiences* merupakan sumber yang terpenting dan sering digunakan meskipun sumber tersebut berasal dari luar.

c. *Verbal persuasion* (Persuasi verbal)

Persuasi verbal merupakan sumber efikasi diri yang lebih sering digunakan dan dapat dilakukan dengan mudah. Persuasi verbal meningkatkan efikasi diri dengan cara memperkuat keyakinan seseorang yang disampaikan secara verbal oleh orang lain maupun diri

sendiri, bahwa mereka memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk berhasil.

Seorang individu yang mendapatkan persuasi verbal tentang kemampuan dirinya cenderung memiliki kemauan dan usaha yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak mendapatkan persuasi verbal. Seseorang dapat berhasil menumbuhkan efikasi diri jika mereka mendapatkan penilaian positif terhadap kemampuannya. Persuasi verbal merupakan sumber yang biasa digunakan untuk mendukung sumber-sumber lainnya.

d. *Physiological dan affective states* (Keadaan fisiologis dan emosi)

Kondisi fisik dan emosional dianggap oleh sebagian orang sebagai informasi untuk menilai kemampuan mereka. Reaksi terhadap reaksi stres, kelemahan fisik, kurangnya stamina, kelelahan, rasa sakit, serta rasa pegal dan nyeri dianggap sebagai tanda-tanda penurunan kemampuan. Seseorang lebih cenderung merasa bahwa kesuksesan terjadi jika ia tidak mengalami stres.

Selain itu suasana hati seseorang juga mempengaruhi interpretasi terhadap efikasi diri. Tingkat perubahan kondisi fisik dan emosi seseorang merupakan hal penting yang akan mempengaruhi efikasi diri, namun bagaimana cara seseorang mempersepsikan dan menginterpretasikan perubahan-perubahan tersebut adalah hal yang lebih berpengaruh terhadap efikasi diri.

Menurut (Erlina, 2020) terdapat 8 hal yang merupakan sumber efikasi diri mobilisasi pada pasien selama perawatan di rumah sakit yaitu kebiasaan mobilisasi sebelum sakit, efek yang dirasakan setelah mobilisasi, fasilitas untuk melakukan mobilisasi, keberhasilan melakukan mobilisasi, support dari orang lain, pernyataan diri, kondisi fisik dan psikis saat ini.

4. Pengaruh efikasi diri

*Self efficacy* dapat berpengaruh terhadap pemilihan, usaha dan ketekunan, emosi dan coping (Cervone & Pervin, 2012).

a. Pemilihan tindakan

Dalam kehidupan sehari-hari individu harus membuat keputusan tentang apa yang harus dilakukan dan berapa lama melakukan tindakan tersebut. Keputusan yang diambil sebagian dipengaruhi oleh efikasi diri individu. Individu akan menghindari tugas atau situasi yang diyakini berada di luar kemampuan individu, sebaliknya individu akan mengerjakan aktivitas yang diyakini mampu diatasi. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan cenderung memilih tugas yang lebih sulit dan menantang daripada individu yang memiliki *self efficacy* yang rendah.

b. Usaha dan ketekunan

*Self efficacy* juga menentukan seberapa besar usaha yang dilakukan individu dan seberapa lama individu akan bertahan ketika menghadapi suatu tugas. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan lebih giat, bersemangat, dan tekun dalam usaha yang dilakukannya untuk menguasai tantangan. Individu yang tidak yakin dengan kemampuan diri sendiri akan mengurangi usahanya atau bahkan menyerah ketika menghadapi hambatan.

c. Pola pikir dan reaksi emosional

Penilaian seseorang terhadap kemampuannya juga mempengaruhi pola berpikir dan reaksi emosional. Individu yang merasa tidak yakin akan kemampuannya untuk mengatasi tuntutan lingkungan akan merasakan kesulitan yang lebih besar dari yang sebenarnya. Individu yang memiliki efikasi diri yang kuat akan mampu melakukan upaya untuk memenuhi tuntutan lingkungan, meskipun menghadapi hambatan. Ketika mencari pemecahan masalah, individu dengan *self efficacy* tinggi cenderung mengaitkan kegagalannya dengan kurangnya usaha, *self efficacy* tinggi, dan *self efficacy* rendah. Individu dengan *self efficacy* rendah cenderung mengaitkan kegagalan mereka dengan kurangnya usaha, sedangkan individu dengan kemampuan yang sama

namun *self efficacy* yang lebih rendah mengatribusikan kegagalannya pada kurangnya kemampuan. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi memiliki suasana hati yang lebih baik, seperti rendahnya tingkat kecemasan atau depresi ketika mengerjakan tugas daripada individu dengan *self efficacy* yang tinggi.

d. Strategi coping

*Self efficacy* yang dimiliki individu mempengaruhi bagaimana coping yang dilakukan individu ketika menghadapi masalah. Individu dengan tingkat efikasi diri yang tinggi lebih mampu mengatasi stres dan ketidakpuasan daripada individu dengan tingkat efikasi diri yang rendah.

5. Proses pembentukan *self efficacy*

Proses pembentukan *self efficacy* terdiri dari proses kognitif, motivasi, afektif, dan seleksi (Erlina, 2020; Badura)

a. Proses kognitif

Proses kognitif adalah proses berpikir yang memiliki fungsi untuk memperkirakan kejadian di masa depan dan mengembangkan cara-cara untuk mencapai suatu tujuan. Dalam proses kognitif, seseorang memproses pengetahuan yang dimiliki untuk membuat pilihan, menimbang dan mengintegrasikan semua faktor. Hal ini menghasilkan berbagai penilaian terhadap konsekuensi dari tindakan yang akan atau telah diambil. Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi dapat menetapkan tujuan dengan menggunakan pemikiran analitis yang baik untuk mencapai tujuan mereka.

b. Proses Motivasi

Kemampuan individu untuk memotivasi diri sendiri dan melakukan aktivitas sesuai dengan tujuan didasarkan pada aktivitas kognitif. Latihan dibutuhkan agar seseorang dapat memotivasi diri sendiri dan mengarahkan tindakan agar sesuai dengan tujuan. Efikasi diri mempengaruhi motivasi dengan beberapa cara, yaitu menetapkan standar tujuan, memperkirakan usaha yang harus dilakukan,

menentukan berapa lama bertahan jika menghadapi kesulitan, dan penerimaan terhadap kegagalan, kesulitan, dan penerimaan terhadap kegagalan.

c. Proses afektif

Kemampuan koping seseorang mempengaruhi level stres dan depresi individu yang akan berdampak pada tingkat motivasi dalam mengatasi situasi yang sulit. Semakin tinggi efikasi diri maka semakin berani seseorang untuk melakukan tindakan. Efikasi diri merupakan faktor kunci dalam mengatur pola pikir dan menentukan kemampuan seseorang mengendalikan stres.

d. Proses seleksi

Efikasi diri mempengaruhi seseorang cenderung untuk selektif melakukan pemilihan lingkungan yang sesuai. Pemilihan dimaksudkan untuk membantu pembentukan diri, mengembangkan kompetensi serta minatnya, dan membentuk jaringan sosial tertentu dalam usaha pencapaian tujuan.

6. Peran efikasi diri terhadap kemampuan mobilisasi

Menurut (Erlina, 2020) peran efikasi diri terhadap kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan sangat tinggi. Semakin tinggi efikasi diri mobilisasi seseorang maka semakin baik kemampuan mobilisasinya. Efikasi diri yang tinggi berperan terhadap latihan fisik yang lebih baik meskipun seseorang mengalami berbagai hambatan untuk melakukan aktivitas atau latihan. Keyakinan seseorang bahwa dirinya memiliki kapasitas yang memadai untuk mencapai tujuan, membuat dirinya mampu menyelesaikan tugasnya dan mengatasi hambatan yang dihadapi.

7. Instrumen *self efficacy*

Instrumen efikasi diri mobilisasi adalah instrumen yang dapat digunakan sebagai rujukan perawat di rumah sakit dalam mengidentifikasi efikasi diri mobilisasi pasien selama masa perawatan. Instrumen *self efficacy* mobilisasi bertujuan mengidentifikasi seberapa besar keyakinan yang dimiliki individu untuk melakukan pergerakan atau perpindahan posisi dari tempat tidur (bangun dari tempat tidur, turun dari tempat tidur,

dan atau jalan-jalan didalam kamar atau diluar kamar tidur) baik untuk melakukan aktifitas tertentu (makan, minum, buang air, mandi dan sebagainya) ataupun tidak.

Pengukuran efikasi diri mobilisasi mencakup 3 dimensi dalam satu instrumen. Dimensi tersebut yaitu *level* yaitu seberapa besar keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas-tugas mobilisasi dengan tingkat kesulitan yang berbeda; *Strength* yaitu seberapa besar keyakinan individu untuk bertahan dengan usaha yang keras untuk melakukan mobilisasi meskipun menghadapi berbagai macam hambatan dan rintangan; *Generality* yaitu seberapa besar keyakinan individu terhadap kemampuannya menyelesaikan tugas-tugas mobilisasi secara luas ataupun terbatas pada situasi tertentu selama perawatan di rumah sakit.

Tabel 2.4 Interpretasi Skor Efikasi Diri Mobilisasi

| Skor      | Interpretasi        |
|-----------|---------------------|
| $\leq 13$ | Efikasi diri rendah |
| -38       | Efikasi diri cukup  |
| $\geq 38$ | Efikasi diri tinggi |

#### FORMAT INSTRUMEN *SELF EFFICACY* MOBILISASI

Nama : ..... Tanggal : .....

Usia : ..... Jenis Kelamin : .....

Mobilisasi dalam pernyataan dibawah in adalah pergerakan/perpindahan posisi dari tempat tidur (bangun dari tempat tidur, turun dari tempat tidur, dan atau jalan-jalan di dalam kamar/ di luar kamar tidur) baik untuk melakukan aktifitas tertentu (makan, minum, bab, bak, mandi dsb) ataupun tidak. Petunjuk pengisian yaitu dengan memberikan tanda ceklis ( $\surd$ ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan tingkat keyakinan anda terhadap pernyataan berikut:

Tabel 2.5 instrumen *self efficacy* mobilisasi

| NO            | PERNYATAAN   | TY | KY | Y | SY |
|---------------|--|----|----|---|----|
| 1.            | Saya mampu duduk stabil lebih dari 10 menit  |    |    |   |    |
| 2.            | Saya mampu bangkit dari posisi duduk ke posisi berdiri   |    |    |   |    |
| 3.            | Saya mampu berdiri lebih dari 10 menit   |    |    |   |    |
| 4.            | Saya mampu berjalan lebih dari 10 langkah  |    |    |   |    |
| 5.            | Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tubuh saya sedang lemah  |    |    |   |    |
| 6.            | Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak ada yang memberikan pujian/motivasi                        |    |    |   |    |
| 7.            | Saya akan melakukan mobilisasi walaupun saya malas melakukannya  |    |    |   |    |
| 8.            | Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak ada alat bantu berjalan (kursi roda, tongkat, atau kruk*) |    |    |   |    |
| 9.            | Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak didampingi petugas/keluarga                               |    |    |   |    |
| 10.           | Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak disediakan tempat khusus latihan mobilisasi                |    |    |   |    |
| 11.           | Saya mampu duduk di kursi/tempat tidur setiap saya makan/minum   |    |    |   |    |
| 12.           | Saya mampu mandi di kamar mandi  |    |    |   |    |
| 13.           | Saya mampu duduk di kursi/tempat tidur minimal 5 kali dalam sehari                                       |    |    |   |    |
| 14.           | Saya mampu latihan berjalan (minimal 10 langkah) sekali dalam sehari                                     |    |    |   |    |
| 15.           | Saya akan tetap melakukan mobilisasi walaupun saya merasa bosan  |    |    |   |    |
| <b>JUMLAH</b> |  |    |    |   |    |

Keterangan: \*) dipilih salah satu

TY : Tidak Yakin

KY : Kurang Yakin

Y : Yakin

SY : Sangat Yakin

#### F. Jurnal Terkait

Penelitian (Sudrajat et al., 2019) berjudul *Self Efficacy* Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi ORIF Pada

Ekstremitas Bawah menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh positif dan signifikan dari self-efficacy pasien pada latihan mobilisasi ekstremitas bawah pada  $p\text{-value} = 0,005$  dengan nilai  $R\text{ square} = 0,495$  yang berarti bahwa pengaruh self-Efisiensi cukup pada latihan mobilisasi pasien pasca ORIF.

Penelitian (Nasution Ramadhani et al., 2022) berjudul Pengaruh Edukasi *Preoperative* Terhadap *Self Efficacy* dan Perilaku Pasien Post Operative Fraktur Ekstremitas Bawah menunjukkan bahwa edukasi preoperative merupakan hal penting dalam pelayanan pasien, edukasi yang diberikan melalui video terbukti lebih efektif meningkatkan *self efficacy* dan meningkatkan perilaku latihan pasca operasi pada pasien fraktur ekstremitas bawah dibandingkan dengan pemberian edukasi preoperative yang diberikan secara verbal.

Penelitian (Maulidina, 2022) berjudul hubungan *self-efficacy* dengan keterbatasan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ekstremitas atas di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember menunjukkan bahwa *self-efficacy* yang kuat dalam diri pasien dapat membantu meminimalisir keterbatasan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ekstremitas atas sehingga aktivitas sehari-hari pasien tidak terhambat. Upaya yang dapat dilakukan perawat yaitu menyarankan kepada pasien untuk melakukan ROM (*range of motion*) secara rutin agar tidak terjadi atrofi otot maupun kekakuan sendi.

Penelitian (Lesmana, 2016) berjudul Meningkatkan Kemandirian dalam Merawat Diri pada Pasien dengan Fraktur Femur 1/3 Proksimal Dekstra Post Orif Hari ke-2 di RSOP Dr. Soeharso Surakarta menunjukkan bahwa meningkatkan kemandirian pasien dapat dilakukan dengan program latihan yaitu memberi penjelasan tentang melakukan aktivitas sehari-hari dan memberi motivasi kepada pasien dapat memperkuat otot dan meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas.

Penelitian ((Westerdahl, 2017) berjudul Hubungan Antara Efikasi Diri dan Fungsi Pergelangan Tangan setelah Operasi Perbaikan Fraktur Radius Distal menunjukkan bahwa individu yang memiliki kepercayaan diri yang tinggi terhadap kemampuannya sendiri menunjukkan pemulihan yang lebih

baik secara statistik terkait kekuatan gengaman, supinasi, fleksi, dan perkiraan fungsi tangan.