BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur ekstremitas merupakan salah satu cedera muskuloskeletal yang sering terjadi akibat trauma langsung, kecelakaan lalu lintas, jatuh, atau cedera olahraga. Pada pasien post operasi fraktur ekstremitas sering mengalami masalah rendahnya kemandirian dan kepercayaan diri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini ditunjukkan oleh ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam pemenuhan aktivitas dasar (*Activity of Daily Living/ADL*), seperti berpindah posisi, berjalan, mandi, dan berpakaian. Selain keterbatasan fisik, pasien juga kerap merasa takut untuk bergerak karena nyeri, kekhawatiran terhadap kondisi luka operasi, serta ketakutan akan terjadinya kerusakan pada alat fiksasi. Keadaan tersebut menyebabkan pasien cenderung pasif dan kurang percaya diri dalam menjalani proses pemulihan pasca operasi (THOIYAH, 2023).

Masalah ini menjadi krusial karena bila tidak ditangani secara optimal, pasien dapat mengalami keterbatasan fungsional jangka panjang, kehilangan kemampuan merawat diri, bahkan risiko komplikasi sekunder seperti pneumonia, trombosis vena dalam, dan dekubitus. Fenomena di lapangan menunjukkan bahwa kepatuhan pasien post operasi fraktur ekstremitas dalam melakukan mobilisasi dini masih menjadi permasalahan yang sering dijumpai. Meskipun mobilisasi dini telah direkomendasikan sebagai bagian integral dari perawatan pasca operasi, tidak semua pasien melaksanakannya sesuai anjuran tenaga kesehatan. Sebagian pasien menunjukkan perilaku enggan bergerak akibat rasa nyeri, ketakutan akan cedera ulang, kekhawatiran terhadap luka operasi, serta kurangnya pemahaman mengenai

manfaat mobilisasi dini terhadap proses pemulihan. Kondisi ini menyebabkan pasien cenderung membatasi aktivitas, mempertahankan posisi tirah baring, dan bergantung pada bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Fenomena ketidakpatuhan tersebut tidak hanya berdampak pada keterlambatan pemulihan fisik, tetapi juga berpengaruh terhadap aspek psikologis pasien, seperti menurunnya kepercayaan diri dan munculnya kecemasan dalam beraktivitas pasca operasi. Sebaliknya, pasien yang memiliki persepsi positif terhadap manfaat mobilisasi dini dan mampu mengatasi hambatan yang dirasakan cenderung menunjukkan kepatuhan yang lebih baik, sehingga pemulihan fungsi, kemandirian, dan kepercayaan diri dapat tercapai secara optimal. Oleh karena itu, kepatuhan terhadap mobilisasi dini perlu dipahami sebagai perilaku kesehatan yang berperan menentukan dalam proses pemulihan fungsional dan psikologis pasien, bukan sekadar aktivitas fisik pasca operasi. Pasien yang patuh melakukan mobilisasi dini secara bertahap dan sesuai anjuran akan mengalami peningkatan kekuatan otot, kemampuan bergerak, serta keberanian untuk beraktivitas secara mandiri. Proses ini secara langsung mendorong meningkatnya kemandirian dalam aktivitas sehari-hari dan memperkuat kepercayaan diri pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi (Andri dkk., 2020).

Menurut *World Health Organization (WHO)* mengemukakan bahwa kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian nomor 8 dan merupakan penyebab kematian teratas pada penduduk usia 15-29 tahun di dunia dan jika tidak ditangani dengan serius pada tahun 2030 kecelakaan lalu lintas akan meningkat menjadi penyebab kematian kelima di dunia. Pada tahun 2011- 2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan

lalu lintas (Andri dkk., 2020).

Berdasarkan data studi pendahuluan di RSUD Karsa Husada Batu yang dilakukan pada tanggal 14 juli 2025 didapatkan hasil bahwa pada tahun 2025 Bulan januari – juni didapatkan pasien post operasi fraktur ekstremitas atas yang berjumlah 72 orang dan fraktur ekstremitas bawah dengan jumlah 65 orang. Selain tingginya jumlah pasien, hasil observasi awal dan wawancara dengan perawat ruang perawatan bedah menunjukkan adanya indikasi permasalahan dalam kepatuhan mobilisasi dini. Sebagian pasien masih menunjukkan ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti berpindah posisi, duduk, dan berjalan, serta cenderung menunda mobilisasi meskipun kondisi klinis telah memungkinkan. Ketidakpatuhan ini umumnya dipengaruhi oleh keluhan nyeri pasca operasi, rasa takut akan cedera ulang, serta kurangnya keyakinan pasien terhadap kemampuan dirinya untuk bergerak secara mandiri. Kondisi tersebut berdampak pada lambatnya peningkatan kemandirian dan munculnya keraguan atau rendahnya kepercayaan diri pasien dalam menjalani aktivitas pasca operasi, sehingga berpotensi menghambat proses pemulihan optimal. Data ini menunjukkan bahwa kasus fraktur ekstremitas yang memerlukan perawatan pasca operasi cukup tinggi. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan permasalahan lanjutan berupa rendahnya kemandirian dan kepercayaan diri pasien apabila proses pemulihan tidak ditangani secara optimal (Tarmisih & Hartini, 2024).

Pasien fraktur ekstremitas pada fase awal pasca operasi umumnya mengalami nyeri, keterbatasan rentang gerak, serta kekhawatiran terhadap kondisi luka dan alat fiksasi yang terpasang. Situasi ini mendorong pasien untuk membatasi aktivitas dan menghindari mobilisasi, meskipun secara medis telah diperbolehkan

untuk bergerak secara bertahap. Kurangnya kepatuhan terhadap mobilisasi dini menyebabkan pasien terbiasa bergantung pada bantuan perawat maupun keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar, sehingga pola ketergantungan terbentuk dan berlanjut selama masa perawatan. Ketergantungan yang berkepanjangan tidak hanya menghambat pemulihan fungsi fisik, tetapi juga berdampak pada kondisi psikologis pasien, seperti munculnya rasa tidak berdaya, kecemasan saat melakukan gerakan, penurunan kepercayaan diri, serta berkurangnya motivasi untuk berpartisipasi aktif dalam proses rehabilitasi pasca operasi (Gala, 2023).

Upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut memerlukan pendekatan yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga pada perilaku dan keyakinan pasien terhadap mobilisasi dini. Salah satu pendekatan yang relevan adalah penerapan kerangka *Health Belief Model (HBM),* yang menekankan peran persepsi individu mengenai kerentanan, tingkat keparahan, manfaat, hambatan, serta keyakinan diri dalam menentukan perilaku kesehatan. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat diidentifikasi hubungan antara tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan komponen *Health Belief Model* dengan tingkat kemandirian dan kepercayaan diri pasien post operasi fraktur ekstremitas. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi dasar bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam merancang intervensi edukatif dan pendampingan mobilisasi dini yang lebih efektif guna meningkatkan kepatuhan, mempercepat pemulihan, serta mengoptimalkan kemandirian dan kondisi psikologis pasien pasca operasi (Faridha Alfiatur Rohmaniah, 2022).

Berdasarkan data diatas, peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam hubungan antara tingkat kepatuhan mobilisasi dini yang dijelaskan melalui

kerangka *Health Belief Model* dengan hasil pemulihan pasien, khususnya dalam hal kemandirian dan kepercayaan diri. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan intervensi edukatif berbasis teori *Health Belief Model* untuk meningkatkan peran aktif pasien dalam proses pemulihannya di RSUD Karsa Husada Batu.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah tingkat kepatuhan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ekstremitas?
2. Bagaimanakah tingkat kemandirian dan kepercayaan diri pada pasien post operasi fraktur ekstremitas?
3. Apakah terdapat hubungan antara kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *Health Belief Model* dengan kemandirian dan kepercayaan diri pada pasien post operasi fraktur ekstremitas?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis Hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *health belief model* dengan kemandirian dan kepercayaan diri pasien post op fraktur ekstremitas.

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ekstremitas.
b. Mengidentifikasi tingkat kemandirian pada pasien post operasi fraktur ekstremitas.

c. Mengidentifikasi tingkat kepercayaan diri pasien post op fraktur ekstremitas

d. Menganalisis hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *Health Belief Model* dengan kemandirian pada pasien post operasi fraktur ekstremitas.

e. Menganalisis hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *Health Belief Model* dengan kepercayaan diri pada pasien post Operasi fraktur ekstremitas.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah wawasan mengenai penerapan teori *Health Belief Model* dalam konteks kepatuhan pasien post operasi fraktur ekstremitas, khususnya dalam hal mobilisasi dini.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengembangkan intervensi yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan mobilisasi dini melalui pendekatan melalui persepsi kesehatan pasien.

3. Bagi Pasien

Menumbuhkan kesadaran akan pentingnya mobilisasi dini serta meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri dalam menjalani proses pemulihan pasca operasi fraktur ekstremitas.

4. Bagi Institusi Layanan Kesehatan

Menjadi dasar pengambilan kebijakan klinis dalam penyusunan standar asuhan keperawatan pasien post operasi fraktur ekstremitas.

BAB

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kepatuhan

2.1.1 Definisi Kepatuhan

Arti patuh menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah suka menurut perintah, sedangkan kepatuhan merupakan sifat dari patuh atau ketaatan. Kepatuhan didefinisikan sebagai seberapa jauh perilaku seseorang (dalam hal menggunakan obat, melaksanakan diet, atau mengubah gaya hidup) sesuai dengan nasihat medis atau saran kesehatan. Kata kepatuhan sendiri mengidentifikasikan model pendekatan medis paternalistik dimana pasien harus mengikuti perintah dokter dan mengikuti petunjuk-petunjuk dokter. Sebenarnya, definisi kepatuhan didalam kamus adalah tunduk pada keinginan orang lain. Pendapat ini mengimplikasikan bahwa pasien tidak diberikan kesempatan untuk membuat keputusan untuk minum obat. Konsep kepatuhan secara tidak langsung juga menyatakan gagasan bahwa mengikuti nasihat yang direkomendasikan selalu merupakan tindakan yang tepat dan hal yang terbaik untuk pasien (Puji Lestari & Dede, 2025)

2.1.2 Variabel yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut (Amalia, 2025) adalah:

1. Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, status sosio ekonomi dan pendidikan.

2. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
3. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
4. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti hal tersebut diatas juga ditemukan oleh Bart Smet dalam psikologi kesehatan.

2.1.3 Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut (Nugroho, 2025) faktor–faktor yang mempengaruhi kepatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian antara lain:

1. Pemahaman tentang instruksi

   Tak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

2. Kualitas interaksi

   Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3. Isolasi sosial keluarga

   Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

   Bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya

kepatuhan, sedangkan data tentang kepribadian memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dari kehidupan sosialnya karena kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Hubungan antara profesional kesehatan dan klien, keluarga serta teman memberi keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan klien terhadap anjuran pengobatan dan kepatuhan. Menurut (Aulya, 2025) berbagai strategi untuk meningkatkan Kepatuhan adalah:

1) Dukungan profesional kesehatan

   Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik Dokter atau Perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

2) Dukungan sosial

   Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

3) Perilaku sehat

   Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan.

4) Pemberian informasi

   Pemberian informasi yang jelas pada klien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.1.4 Indikator Kepatuhan

(Cahyati, 2021) membagi indikator kepatuhan menjadi tiga antara lain:

1. Patuh adalah tindakan yang taat baik terhadap perintah ataupun aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dan semuanya benar.
2. Kurang patuh adalah suatu tindakan yang melaksanakan perintah dan aturan hanya sebagian dari yang ditetapkan dan sepenuhnya atau tidak melaksanakan perintah.
3. Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau aturan sama sekali. Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat atau terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga dapat dibuat rangking tingkat kepatuhan seseorang. Menurut Arikunto (2008) dalam Rollas (2018) tingkat kepatuhan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu:
   a. Patuh : 76% - 100%
   b. Kurang patuh : 51% - <75%
   c. Tidak patuh : <50%

2.1.5 Cara Mengukur Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan terdiri dari 2 metode, yaitu langsung dan tidak langsung. Pengukuran langsung yaitu dengan observasi menggunakan informasi dengan cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format atau blangko pengamatan sebagai instrumen. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Pengukuran tidak langsung yaitu dengan kuisioner, peneliti menggunakan kuisioner sebagai metode pengukuran (Amrullah, 2023).

2.2 Konsep Mobilisasi Dini

2.2.1 Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas, sehingga dalam mempertahankan mobilisasi fisik secara optimal maka sistem saraf, otot, dan skeletal harus tetap utuh dan berfungsi baik (Rahmanti dkk., 2022).

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan atau belajar berjalan . Mobilisasi dini berguna untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri / daerah operasi, mengurangi aktivasi meditor kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga nyeri yang dipersepsikan menjadi berkurang. Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

2.2.2 Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan untuk mobilisasi yaitu untuk mencegah terjadinya bronkopneumonia, kekakuan sendi, mencegah tromboplebitis, atrofi otot, penumpukan sekret, memperlancar sirkulasi darah, mencegah kontraktur, dekubitus serta memelihara faal kandung kemih agar tetap berfungsi secara baik dan pasien dapat beraktivitas. Mobilisasi juga memiliki banyak tujuan seperti

mengekspresikan emosi dengan gerakan non verbal, pertahanan diri, pemenuhan kebutuhan dasar, aktivitas hidup sehari-hari dan kegiatan rekreasi (Rahmadina dkk., 2023).

2.2.3 Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut (Widiyanti, 2020) Mobilisasi dini mempunyai peranan penting mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri/daerah operasi, mengurangi aktivasi meditor kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga nyeri yang dipersepsikan menjadi berkurang. Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Tarigan & Huda, 2023). manfaat yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut.

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation Setelah bergerak, otot - otot perut dan panggul akan kembali normal dirasakan sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, dan mempercepat penyembuhan.
2. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Melakukan pergerakan akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
3. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan pasien segera untuk bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih,

dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat.

4. Mencegah komplikasi, depresi, meminimalkan nyeri, mempercepat kesembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin.

2.2.4 Faktor Yang Memengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut (Ritawati dkk., 2023) Mobilisasi dini yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Gaya hidup

   Gaya hidup seseorang sangat tregantung dari tingkat pendidikan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti perilaku yang meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilisasi, dengan pengetahuan yang memadani seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat

2. Ketidakmampuan

   Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Hal itu akan mengakibatkan seseorang tidak mampu untuk melakukan mobilisasi. Secara umum, ketidakmampuan dibedakan menjadi dua yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit. Adanya penyakit tertentu akan memengaruhi proses mobilisasi seseorang. Demikian halnya dengan orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa takut sakit atau nyeri menjadi alasan mereka untuk cenderung bergerak lebih lamban. Sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat ketidakmampuan primer misalnya kelemahan otot dan tirah baring.

3. Kebudayaan

Kebudayaan dapat memengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktivitas. Misalnya pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan bisa robek dan tidak jadi sembuh

4. Tingkat energi

Energi dibutuhkan dalam segala hal termasuk dalam melakukan mobilisasi dini. Energi yang dibutuhkan seseorang untuk melakukan pergerakan sangat bervariasi. Ada yang cenderung menghindari *stressor* unt uk mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis. Seseorang yang sedang sakit jelas membutuhkan energi untuk melakukan mobilisasi dan akan berbeda dengan orang yang dalam keadaan sehat.

5. Usia dan status perkembangan

Usia memiliki pengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Tingkat kemampuan mobilisasi seorang anak akan berbeda dengan seorang remaja. Pada lansia kemampuan aktivitas dan mobilisasi akan menurun sejalan dengan proses penuaan (Hidayat, 2012).

2.2.5 Rentang Gerakkan Mobilisasi

Mobilisasi dini terdiri dari tiga rentang gerak menurut (Hasrianti, 2022) antara lain adalah:

1. Rentang Gerak Pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat

mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2. Rentang Gerak Aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.Rentang Gerak Fungsional Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

2.2.6 Jenis Jenis Mobilisasi Dini

Menurut (Dinata, 2021) mobilisasi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu :

1. Mobilisasi penuh

   Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang. sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2. Mobilisasi sebagian

   Mobilitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

   1) Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya: dislokasi sendi dan tulang.

2) Mobilitas sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem syaraf motorik dan sensorik**.**

2.2.7 Tahapan Mobilisasi Dini

1. Pada saat awal 6 jam sampai 8 jam setelah operasi. Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.
2. ada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi Badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupuntidak dan fase selanjutnya duduk diatas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak- gerakkan.
3. Pada hari kedua pasca operasi rata-rata untuk pasien yang di rawat di kamar atau ruangan dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal.

2.2.8 Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan komponen penting dalam perawatan pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan mobilisasi, maka pasien akan semakin sulit untuk memulai

berjalan (Diah Eka, 2024) . Adapun dampak lain jika pasien *post operasi fraktur ekstremitas bawah* tidak melakukan mobilisasi dini yaitu berupa nyeri, keterbatasan mobilitas, dan risiko komplikasi, tetapi juga tantangan psikologis seperti rasa takut bergerak, ketergantungan, dan penurunan kepercayaan diri. Menurut Ariyanti dkk (2024)masalah yang terjadi apabila tidak melakukan mobilisasi dini adalah :

1. Nyeri (Pain)

   Setelah operasi, pasien akan mengalami nyeri sebagai bagian dari respons tubuh terhadap trauma dan proses penyembuhan. Dampaknya: Mengganggu kualitas tidur dan kenyamanan, Menurunkan motivasi untuk bergerak atau mengikuti latihan mobilisasi dini, dan Meningkatkan risiko komplikasi karena imobilitas (seperti trombosis vena dalam/DVT).

2. Keterbatasan Mobilitas (Limited Mobility)

   Fraktur dan tindakan operasi akan membatasi kemampuan pasien untuk bergerak, baik karena rasa sakit, pemasangan gips/fiksator, atau instruksi medis. Dampaknya: Ketergantungan pada orang lain untuk aktivitas sehari-hari, Menurunkan kekuatan dan fleksibilitas otot, Menyebabkan komplikasi sekunder seperti dekubitus (luka tekan) atau atrofi otot.

3. Risiko Komplikasi

   Pasien post-op berisiko mengalami komplikasi jika mobilisasi tertunda atau tidak dilakukan dengan tepat. Contoh komplikasi :

   1. DVT (Deep Vein Thrombosis): akibat imobilisasi.
   2. Infeksi luka operasi: jika perawatan luka tidak optimal.
   3. Pneumonia: akibat imobilitas berkepanjangan dan penurunan kapasitas paru.

4. Dampak Psikologis

   Rasa Takut Bergerak (*Kinesiophobia*)**.** Pasien bisa merasa takut untuk menggerakkan anggota tubuh yang dioperasi, khawatir akan menimbulkan rasa sakit atau memperburuk kondisi. Dampaknya: Menghambat kemajuan rehabilitasi, Membuat pasien menunda atau menolak latihan mobilisasi dini, Memperpanjang masa pemulihan

5. Ketergantungan (*Dependency)*

   Pasien yang tidak dapat melakukan aktivitas dasar (mandi, berpakaian, makan) akan merasa sangat bergantung pada keluarga atau tenagakesehatan. Dampaknya: Menimbulkan perasaan rendah diri, Menurunkan harga diri dan kualitas hidup, Meningkatkan risiko depresi atau kecemasan.

6. Penurunan Kepercayaan Diri (*Low Self-confidence)*

   Perubahan fisik, keterbatasan fungsi tubuh, serta ketergantungan pada orang lain dapat membuat pasien merasa tidak berdaya atau tidak percaya diri. Dampaknya: Enggan bersosialisasi atau kembali bekerja, Tidak yakin bisa pulih seperti semula, dan Kurangnya motivasi dalam menjalani terapi atau perawatan lanjutan.Konsep *Teori Health Belief Model (HBM)*

2.3 Teori *Health Belief Model (HBM)*

2.3.1 Definisi Teori *Health Belief Model (HBM*)

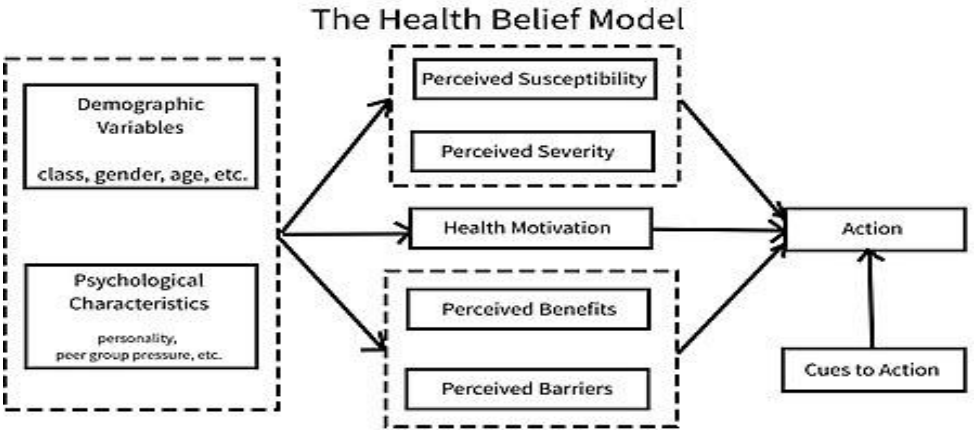
Health Belief Model (HBM) adalah konsep yang terdiri dari tiga kata utama, yaitu Health, belief, dan model. Health diartikan sebagai keadaan optimal melibatkan aspek fisik, mental, dan sosial, serta tidak sekadar bebas dari penyakit. Belief dalam konteks bahasa Inggris merujuk pada tindakan atau perilaku tertentu yang muncul dari keyakinan atau kepercayaan terhadap sesuatu. Sementara itu,

model mengacu pada representasi sederhana dari objek, benda, atau ide dalam bentuk yang mencerminkan kondisi atau fenomena tertentu (Faridha Alfiatur Rohmaniah, 2022).

Health Belief Model (HBM) adalah suatu konsep teori perubahan perilaku kesehatan yang berfungsi sebagai model psikologis untuk mengkaji dan meramalkan perilaku kesehatan individu. Model ini menitik beratkan pada persepsi dan keyakinan individu terhadap suatu penyakit (Juliawati et al., 2020). Hingga saat ini Health Belief Model (HBM) masih tetap menjadi teori yang paling umum diterapkan dalam konteks perilaku kesehatan. Teori perilaku kesehatan ini mencakup kombinasi pengetahuan, opini, dan tindakan yang diambil oleh individu atau kelompok dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan mereka (Setiyaningsih et al., 2016).

2.3.2 Perkembangan HBM

HBM dikembangkan awalnya pada tahun 1950 oleh sekelompok ahli psikologi Godfrey Hochbaum, Leventhal, Stephen Kegeles dan Irwin Resenstock yang bekerja pada pelayanan kesehatan di Amerika, menjelaskan kegagalan masyarakat untuk berpartisipasi dalam program mencegah dan mendeteksi penyakit (Hochbaum, 1958; Resenstock, 1960,1974). Kemudian model ini dikembangkan untuk mempelajari respon masyarakat terhadap gejala (Kirscht, 1974) dan perilaku mereka dalam menangapi diagnose penyakit, khususnya kepatuhan rejimen medis (Becker, 1974).



Gambar 2. 1 Kerangka *Health Belief Model (HBM*)

Konsep utama dari teori HBM adalah bahwa perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari penyakit. Ada empat persepsi utama yang membangun teori HBM, yaitu *perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefit,* dan *perceived barrier*. Setiap persepsi baik sendiri-sendiri atau bergabung, bisa digunakan dalam menjelaskan perilaku sehat. Dalam perkembangannya, pembentuk lain ditambah dalam HBM dan diperluas, meliputi *modifiying factor, cues to action,* dan *perceived self efficacy* (Nusantarie dkk., 2025).

2.3.3 Komponen Teori *Health Belief Model*

Teori *Health Belief Model* (HBM) pertama kali diusulkan oleh Rosenstock pada tahun 1966 dan kemudian mengalami penyempurnaan ini lebih menitikberatkan pada faktor internal individu yaitu alasan yang mendasari keputusan individu untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku sehat. Dalam Teori Keyakinan Kesehatan *(Health Belief Model)* terdapat enam konsep utama yaitu persepsi terhadap risiko atau kerentanan *(Perceived Susceptibility),* persepsi terhadap tingkat keseriusan atau keparahan (*Perceived Severity*), persepsi terhadap manfaat atau kegunaan *(Perceived Benefits*), persepsi terhadap hambatan atau kendala *(Perceived Barriers)*, isyarat untuk bertindak *(Cues to Action)* dan

keyakinan akan kemampuan diri sendiri *(Self- efficacy)*. Menurut Juliati (2020) komponen *health belief model* dijelaskan sebagai berikut:

a. Persepsi kerentanan *(Perceived Susceptibility)*

   Perceived Susceptibility atau persepsi kerentanan adalah faktor penting untuk mendorong individu dalam mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Ketika individu merasa kerentanannya semakin tinggi, kemungkinan mereka untuk terlibat dalam upaya mengurangi risiko tersebut juga semakin besar.

b. Persepsi keparahan *(Perceived Severity)*

   Perceived Severity atau persepsi keparahan adalah keyakinan individu terhadap tingkat serius atau parahnya suatu penyakit. Hal ini sering kali terkait dengan pengetahuan yang dimiliki individu tentang penyakit tersebut, melibatkan pertimbangan mengenai konsekuensi medis dan sosial yang mungkin timbul akibat penyakit tersebut.

c. Persepsi manfaat *(Perceived Benefits)*

   Perceived Benefits atau persepsi manfaat adalah pandangan individu terhadap kegunaan atau nilai dari perilaku sehat yang baru. Keputusan untuk mengadopsi perilaku tersebut bergantung pada pertimbangan dan evaluasi terkait dengan persepsi kerentanan dan manfaat yang dirasakan oleh individu.

d. Persepsi hambatan *(Perceived Barriers)*

   Perceived Barriers atau persepsi terhadap hambatan mengacu pada perasaan individu terkait hambatan-hambatan yang mungkin menghalangi mereka melakukan tindakan kesehatan yang disarankan. Individu mempertimbangkan efektivitas tindakan tersebut sehubungan dengan persepsi mereka mengenai biaya, potensi bahaya, kenyamanan, waktu dan faktor

lainnya.

e. Isyarat untuk bertindak *(Cues to Action)*

Cues to Action atau isyarat tindakan merujuk pada stimulus dalam proses pengambilan keputusan terhadap tindakan kesehatan yang disarankan. Isyarat ini dapat bersifat internal seperti gejala kesehatan yang dirasakan atau eksternal seperti saran dari orang lain atau informasi dari media massa.

f. fikasi diri *(Self-efficacy)*

Self-efficacy atau keyakinan terhadap diri sendiri adalah keyakinan individu terhadap kemampuan melakukan suatu perilaku hingga individu untuk mengadopsi perilaku yang diinginkan di mana Pengetahuan yang dimiliki individu tentang penyakit tersebut, melibatkan pertimbangan mengenai konsekuensi medis dan sosial yang mungkin timbul akibat penyakit tersebut. keyakinan pada kemampuan diri memainkan peran penting. untuk mengadopsi perilaku tersebut bergantung pada pertimbangan dan evaluasi terkait dengan persepsi kerentanan dan manfaat yang dirasakan oleh individu. Denga demikian konsep-konsep ini saling terkait dalam membentuk pola pikir individu terkait dengan kesehatan dan adopsi perilaku kesehatan yang diinginkan (Bremer et al., 2021).

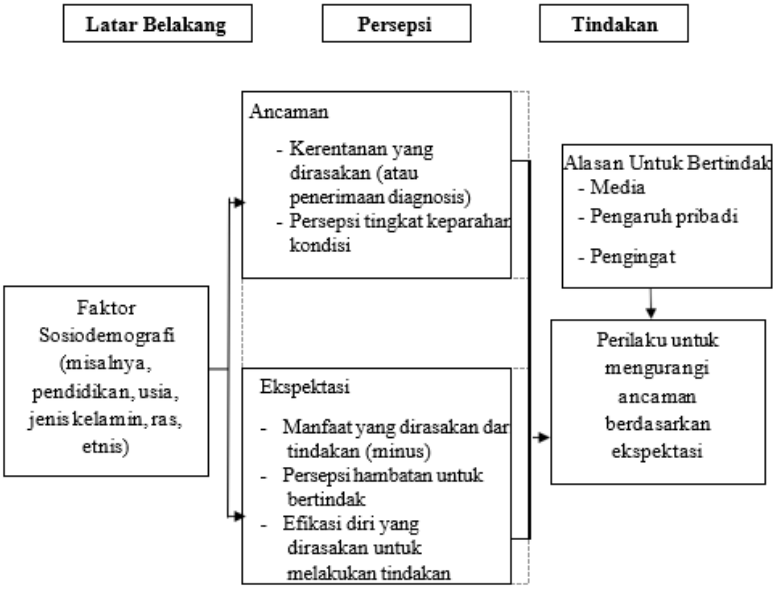
g. Persepsi Keseriusan *(Perceived threat)*

Persepsi mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (perceived benefit) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang

memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (susceptibility) dan keseriusan (seriousness), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

Tabel 2. 1 Konsep *Health Belief Model*

Aplikasi	Definisi	Konsep
Menentukan tingkat risiko	Kepercayaan terhadap kemungkinan mendapat risiko terhadap penyakit	*Perceived Susceptibility* (Kerentanan)
Menentukan risiko berdasarkan karakteristik atau tindakan seseorang	Kepercayaan terhadap keseriusan atau keparahan yang dirasakan	*Perceived Severity* (Keseriusan)
Menentukan perilaku yang dirasakan seperti: di mana, bagaimana, kapan efek positif yang diharapkan	Kepercayaan terhadap perilaku mengurangi risiko yang lebih serius	*Perceived Benefits* (Manfaat)
Mengenali dan mengurangi hambatan dengan memberikan jaminan, koreksi dan menjelaskan manfaat positif yang diharapkan.	Keyakinan terhadap kenyataan dan pelaksanaan perilaku psikologis yang dirasakan.	*Perceived Barriers* (Hambatan)
Memberikan informasi, meningkatkan pemahaman, menggunakan metode yang sesuai dan panduan untuk melakukan secara verbal dan tindakan sesuai saran menggunakan tujuan yang bertahap untuk mengurangi kecemasan	Strategi menyediakan Kesiapan	*Cues to action Self- efficacy*



Gambar 2. 2 Konsep *Health Belief Model*

2.3.4 Cara Pengukuran *Health Belief Model*

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan dua metode yaitu secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung melibatkan pengajuan pertanyaan kepada responden mengenai pendapat atau pernyataan mereka terhadap suatu objek. Sebaliknya metode tidak langsung dilakukan dengan menyajikan pernyataan hipotesis dan meminta tanggapan responden melalui kuesioner (Adil dkk., 2023) Kuesioner mengenai *Health Belief Model* mencakup empat aspek utama yaitu keseriusan yang dirasakan *(Perceived Seriousness*) tujuh pertanyaan, kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*) enam pertanyaan, manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*) delapan pertanyaan, serta hambatan yang dirasakan (*Perceived Barriers*) sembilan pertanyaan. Salah satu metode pengukuran sikap *Health belief model* yang umum digunakan adalah skala Likert. Respons yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (ST) dan sangat tidak setuju (STS). Skor skala Likert diberikan nilai 4, 3, 2, atau 1 untuk masing-masing pilihan respons. Penilaian skor tersebut dilakukan berdasarkan jenis pernyataan dengan nilai 4 diberikan untuk respons sangat setuju (SS) dan seterusnya jika pernyataan mendukung atribut yang diukur. Sebaliknya, jika pernyataan tidak mendukung atribut yang diukur nilai 1 diberikan untuk respons sangat tidak setuju (STS) (Fatwikiningsih, 2024).

Butir skala Likert dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu butir *favorable* dan tidak *favorable*. Butir *favorable* mencerminkan konsep perilaku yang mendukung atribut yang diukur, sementara butir tidak *favorable* mencerminkan konsep perilaku yang bertentangan atau tidak mendukung ciri perilaku yang diinginkan oleh indikatornya (Azwar, 2021).

Salah satu cara menghitung yang digunakan dalam skala model Likert berdasarkan pedoman singarimbun et al., (2011):

a. Jumlah pilihan = 4
b. Jumlah pertanyaan = y
c. Skoring terendah = 1
d. Skoring tertinggi = 4
e. Jumlah skor terendah = 1 x y
f. Jumlah skor tertinggi = 4 x y

Penentuan Skoring pada kriteria objektif

a. Interval (I) = Range (R) / Kategori (K)
b. Range (R) = Skor tertinggi – skor terendah
c. Kategori (K) = 4 "sangat tidak baik, kurang baik, baik, dan sangat baik"
d. Kriteria penilaian = skor tertinggi – interval

Tabel 2. 2 Kategori skor Persepsi berdasarkan teori *Health Belief Model*

Aspek *Persepsi*	**Perhitungan**
Persepsi kerentanan (perceived susceptibility)	Jumlah pertanyaan = 6 Jumlah skor terendah =1x6 =6 (25%) Jumlah skor tertinggi =4x6 = 24 (100%)
Persepsi keseriusan (perceived seriousness)	Jumlah pertanyaan = 7 Jumlah skor terendah =1x7= 7 (25%) Jumlah skor tertinggi =4x7 = 28 (100%)
Persepsi manfaat (perceived benefit)	Jumlah pertanyaan = 8 Jumlah skor terendah =1x8 = 8 (25%) Jumlah skor tertinggi =4x8 = 32 (100%)

Aspek *Persepsi*	Perhitungan
Persepsi hambatan (perceived barrier)	Jumlah pertanyaan = 9 Jumlah skor terendah =1x9 =9 (25%) Jumlah skor tertinggi =4x9 = 36 (100%)
Hasil Interval	Range (R) =100-25 =75 Kategori (K) =4 Interval (I) =75/4x100% =17,5%
Kesimpulan Kriteria Penilaian	Skor tertinggi-interval 100%-17,5%=82,5% 82,5%-17,5% =65% 65% - 17,5% = 47,5% 47,5% - 13.5% = 30% Kriteria : Sangat baik <30%-47,4% Baik 47,4%-64,9 % Kurang baik 65%-82,4% Sangat tidak baik82,5%- 100%

2.4 Konsep Kemandirian

2.4.1 Definisi Kemandirian

Kemandirian dalam bahasa Indonesia berasal dari kata mandiri yang memiliki arti keadaan dapat berdiri sendiri dan tidak bergantung pada orang lain. (Mulyadi & Syahid, 2020) mendefinisikan kemandirian belajar adalah individu yang mau dan mampu belajar dengan inisiatif sendiri dengan atau tanpa bantuan pihak lain dalam penentuan tujuan belajar. Nurhayati mendefinisikan kemandirian belajar sebagai kemampuandalam belajar yang didasarkan pada rasa tanggung jawab, percaya diri, inisiatif, dan motivasi sendiri dengan atau tanpa bantuan orang lain (IZMI, 2023).

2.4.2 Indikator Kemandirian

Menurut Indriyana, (2023) Kemandirian pasien post operasi fraktur ekstremitas dapat dinilai dari sejauh mana pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa atau dengan sedikit bantuan. Indikator ini mencakup aspek fisik,

fungsional, dan psikologis, dan umumnya digunakan sebagai dasar evaluasi rehabilitasi. Berikut indikator- indikatornya:

1. Kemampuan pasien untuk berpindah posisi dan bergerak:

   Bangun dari tempat tidur, Duduk dan berdiri sendiri, Berjalan menggunakan alat bantu (kruk, walker, tongkat) dan Naik turun tempat tidur/toilet Pasien dikatakan mandiri bila mampu melakukan perpindahan posisi dengan sedikit atau tanpa bantuan orang lain.

2. Kemampuan Merawat Diri (Self-care)

   Kemampuan dalam melakukan perawatan diri secara mandiri: Mandi dan menjaga kebersihan tubuh, Berpakaian sendiri, Menyisir rambut, gosok gigi, dan kebersihan pribadi lainnya Pasien dikatakan mandiri jika dapat melakukan aktivitas ini meskipun menggunakan alat bantu atau duduk saat mandi.

3. Kemampuan Eliminasi

   Kemampuan mengontrol dan melakukan buang air besar/kecil: Menggunakan toilet sendiri, Mengganti peralatan inkontinensia jika digunakan. Pasien dianggap mandiri bila mampu pergi ke toilet sendiri atau menggunakan pispot tanpa bantuan penuh.

4. Kemampuan Makan dan Minum

   Mampu mengambil makanan dan menyuap sendiri, Mampu duduk dengan posisi makan yang benar, dan Mampu mengontrol penggunaan alat makan. Kemandirian tercapai jika pasien tidak tergantung pada orang lain untuk makan.

5. Manajemen Nyeri dan Aktivitas

   Mampu mengenali dan mengatasi nyeri ringan tanpa menunda mobilisasi,

Mampu melakukan latihan rentang gerak (ROM) secara mandiri. Pasien yang mandiri akan tetap berpartisipasi dalam aktivitas meski masih mengalami sedikit ketidaknyamanan.

6. Partisipasi dalam Rehabilitasi

   Bersedia mengikuti program latihan atau fisioterapi, Mampu mengingat dan melakukan latihan mandiri di rumah, Menunjukkan motivasi untuk pulih dan aktif. Kemandirian bukan hanya fisik, tetapi juga kesiapan psikologis untuk pulih dan aktif dalam perawatan diri.

2.4.3 Aspek-aspek Kemandirian

Menurut SEPTA (2023), kemandirian merupakan kemampuan individu untuk bertingkah laku secara seorang diri. Kemandirian merupakan bagian dari pencapaian otonomi diri pada remaja. Untuk mencapai kemandirian pada remaja melibatkan 3 aspek, yaitu :

1. Aspek *emotional autonomy,* yaitu aspek kemandirian yang berkaitan dengan perubahan hubungan individu, terutama dengan orangtua.
2. Aspek *behavioral autonomy,* yaitu kemampuan untuk membuat suatu keputusan dan menjalankan keputusan tersebut.
3. Aspek *value autonomy,* yaitu memiliki seperangkat prinsip- prinsip tentang mana yang benar dan mana yang salah, mengenai mana yang penting dan mana yang tidak penting.

2.4.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

Kemandirian sangat penting dalam proses penyembuhan karena berdampak pada kualitas hidup dan fungsi sosial pasien. Banyak faktor yang dapat memengaruhi tingkat kemandirian pasien setelah menjalani operasi fraktur

ekstremitas bawah (Tarmisih & Hartini, 2024). Beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan kemandirian yaitu :

1. Usia

   Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi pemulihan dan kemandirian pasien. Lansia memiliki kapasitas regeneratif yang lebih rendah serta risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan pasien usia muda. Studi oleh Gellert et al. (2020) menunjukkan bahwa pasien usia lanjut lebih lambat mencapai kemandirian fungsional pasca operasi ortopedi.

2. Tingkat Nyeri

   Nyeri pasca operasi menghambat gerakan aktif pasien dan menyebabkan ketergantungan pada orang lain. Manajemen nyeri yang baik membantu pasien melakukan mobilisasi lebih awal dan mempercepat kemandirian (Alfieri et al., 2019).

3. Kepatuhan terhadap Mobilisasi Dini

   Mobilisasi dini mengurangi risiko komplikasi seperti deep vein thrombosis (DVT), pneumonia, dan dekubitus. Pasien yang patuh pada instruksi mobilisasi dini lebih cepat pulih dan mandiri (Putra & Sari, 2022).

4. Status Nutrisi

   Nutrisi yang baik, khususnya asupan protein, kalsium, dan vitamin D, mempercepat penyembuhan tulang dan pemulihan fungsi. Menurut Zhang et al. (2018), malnutrisi dikaitkan dengan waktu rawat inap yang lebih lama dan penurunan fungsi motorik.

5. Kepercayaan Diri dan Motivasi

   Self-efficacy sangat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk terlibat dalam

perawatan diri dan latihan fisik. Pasien dengan kepercayaan diri tinggi lebih aktif dan progresif dalam proses rehabilitasi (Bandura, 1997).

6. Penyakit Penyerta (Komorbid)

   Adanya penyakit penyerta seperti diabetes mellitus, hipertensi, atau osteoporosis dapat memperlambat proses penyembuhan luka dan menurunkan kekuatan otot. Hal ini berdampak langsung terhadap kemampuan mandiri pasien (Rahmawati et al., 2021).Dukungan Sosial dan Keluarga Dukungan dari keluarga sangat penting untuk memberikan motivasi dan bantuan fisik selama proses pemulihan. Studi menunjukkan bahwa pasien dengan dukungan keluarga yang kuat memiliki tingkat kemandirian yang lebih tinggi (Yuliana & Prasetyo, 2020).

7. Pengetahuan Kesehatan dan Edukasi

   Tingkat pendidikan dan pemahaman pasien tentang proses penyembuhan sangat mempengaruhi kemandirian. Edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi dan latihan (Susanti et al., 2019).

8. Akses terhadap Rehabilitasi dan Fisioterapi

   Akses yang memadai terhadap layanan rehabilitasi dan terapi fisik berperan penting dalam mempercepat pemulihan fungsi ekstremitas dan kemandirian pasien (Kurniawan et al., 2023).

9. Jenis dan Derajat Fraktur

   Fraktur kompleks, terbuka, atau multipel biasanya memerlukan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan fraktur sederhana. Stabilitas fiksasi internal juga menentukan waktu awal mobilisasi (Widodo, 2021).

2.5 Konsep Kepercayaan Diri

2.5.1 Definisi Kepercayaan Diri

Kepercayaan diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuan diri dalam menghadapi tantangan, termasuk proses pemulihan pascaoperasi. Pasien dengan kepercayaan diri tinggi lebih mudah terlibat aktif dalam proses rehabilitasi. Kepercayaan diri juga merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuan dirinya sendiri untuk berpikir, bersikap, dan bertindak secara tepat dalam berbagai situasi. Dalam konteks keperawatan, terutama pada pasien pasca operasi fraktur ekstremitas bawah, kepercayaan diri sangat penting karena dapat memengaruhi pemulihan fisik dan psikologis.

2.5.2 Indikator Kepercayaan Diri

Menurut berbagai literatur keperawatan dan psikologi kesehatan, indikator kepercayaan diri dapat dilihat melalui beberapa aspek berikut:

1. Keyakinan terhadap Kemampuan Pribadi, Pasien menunjukkan keyakinan bahwa dirinya mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti berpindah tempat tidur, berjalan dengan alat bantu, atau merawat diri.
2. Kemandirian dalam Mengambil Keputusan Pasien mampu membuat keputusan tentang perawatan diri dan berani menyampaikan kebutuhan atau pendapat kepada tenaga kesehatan.
3. Sikap Positif terhadap Diri Sendiri Pasien menunjukkan penerimaan terhadap kondisi fisiknya saat ini (misalnya pasca operasi) dan tetap menghargai dirinya sendiri.
4. Kemampuan Mengatasi Tantangan Pasien tidak mudah menyerah ketika menghadapi keterbatasan atau kesulitan selama proses penyembuhan, serta

mau mencoba lagi setelah mengalami kegagalan atau hambatan.

5. Keterlibatan Aktif dalam Proses Rehabilitasi Pasien aktif mengikuti anjuran mobilisasi dini, mengikuti latihan fisioterapi, dan terlibat dalam aktivitas yang diarahkan oleh perawat atau fisioterapis.
6. Ekspresi Verbal dan Non-verbal yang Tegas Pasien menunjukkan komunikasi yang jelas, tidak ragu-ragu dalam menyampaikan keinginan, dan tidak menunjukkan ekspresi ketakutan atau keraguan berlebihan.
7. Harapan yang Realistis dan Optimis terhadap Pemulihan Pasien memiliki pandangan positif terhadap proses penyembuhan dan percaya bahwa dirinya akan pulihdan kembali beraktivitas seperti semula.

2.5.3 Aspek-aspek Kepercayaan Diri

Menurut Lauster (2020) , aspek kepercayaan diri mencakup:

1. Keyakinan terhadap kemampuan sendiri

   Mencerminkan sejauh mana seseorang mempercayai bahwa dirinya mampu menyelesaikan tugas, menghadapi tantangan, dan meraih tujuan. Contoh pada pasien post operasi: pasien percaya bahwa dirinya mampu belajar berjalan kembali dengan alat bantu atau mengikuti latihan fisioterapi.

2. Kemandirian dalam mengambil keputusan

   Orang yang percaya diri memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan tanpa terlalu bergantung pada pendapat orang lain. Ia memiliki penilaian pribadi yang kuat dan tidak mudah terpengaruh tekananeksternal. Contoh: pasien mampu memutuskan kapan siap untuk melakukan mobilisasi dini tanpa menunggu terus-menerus dorongan dari tenaga medis atau keluarga.

3. Sikap optimis dan positif

   Sikap ini menunjukkan harapan baik terhadap hasil yang akan dicapai serta cara pandang yang konstruktif terhadap kesulitan. Orang dengan kepercayaan diri tinggi cenderung melihat tantangan sebagai peluang belajar, bukansebagaiancaman. Contoh: pasien tetap berpikir positif meskipun mengalami keterbatasan gerak, dan percaya bahwa pemulihan akan terjadi seiring waktu.

4. Stabilitas emosi

   Individu yang percaya diri mampu mengontrol emosinya, tidak mudah panik, cemas, atau marah dalam menghadapi tekanan atau kegagalan. Stabilitas ini memberikan ketenangan dalam bertindak dan berpikir rasional. Contoh: pasien tetap tenang saat merasakan nyeri ringan pasca operasi, dan tidak menunjukkan ketakutan berlebihan terhadap proses penyembuhan.

2.5.4 Faktor yang mempengaruhi Kepercayaan Diri

Menurut Andri dkk.,(2020) faktor-faktor yang memperngaruhi kepercayaan diri yaitu :

1. Tingkat Nyeri dan Keterbatasan Mobilitas

   Nyeri yang masih dirasakan serta keterbatasan gerak akibat fraktur dapat menurunkan kepercayaan diri pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2. Dukungan Sosial

   Pasien yang mendapatkan dukungan dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan cenderung memiliki rasa percaya diri yang lebih tinggi.

3. Pengetahuan dan Pemahaman tentang Penyembuhan

   Pasien yang memiliki pemahaman yang baik mengenai proses penyembuhan

dan tujuan rehabilitasi lebih yakin dalam mengikuti program pemulihan.

4. Riwayat Pengalaman Kesehatan

   Pasien yang sebelumnya pernah mengalami pemulihan dari cedera atau operasi memiliki referensi positif sehingga merasa lebih percaya diri.

5. Peran Tenaga Kesehatan

   Dukungan emosional dan edukasi dari perawat dan dokter dapat membantu meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk kembali mandiri.

6. Faktor Psikologis Individu

   Kondisi psikologis seperti kecemasan, depresi, dan rendah diri dapat menjadi penghambat kepercayaan diri.

7. Citra Tubuh dan Penampilan

   Perubahan fisik yang tampak akibat operasi atau penggunaan alat bantu jalan dapat memengaruhi persepsi diri pasien terhadap penampilannya.

2.6 Konsep Fraktur Ekstremitas

2.6.1 Pengertian fraktur

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik yang bersifat total maupun parsial (Rasjad, 2007). Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tulang, baik ekstremitas atas dari sendi bahu sampai ke jari tangan, maupun ekstremitas bawah dari sendi panggul sampai kaki. Menurut Halstead (2004) fraktur pada ekstremitas bawah, sering mengenai tulang panjang yang meliputi femur, tibia, dan fibula. Selain itu fraktur dapat terjadi pada semua kelompok usia, terutama pada orang yang mengalami trauma dan usia tua (LeMone & Burke, 2008).

2.6.2 Etiologi

LeMone & Burke (2008), penyebab fraktur dapat dibagi menjadi dua yaitu:

a. Cedera Traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh:

1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehinggatulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur.
3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan berikut:

1) Tumor tulang (jinak atau ganas): pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
2) Infeksi seperti osteomilitis: dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
3) Rakhitis: suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan skelet lain, biasanya disebabkan oleh defisiensi diet, tetapi kadang-kadang dapat disebabkan kegagalan absorbsi Vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.

4) Secara spontan: disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

2.6.3 Tanda dan gejala

1. Deformitas

   Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan keseimbangan dan struktur / bentuk terjadi seperti: Rotasi pemendekan tulang,Penekanan tulang, Bengkak, Edemamuncul secara cepat dari lokasi dan ekstravaskularisasi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
2. Echumosis (perdarahan subkutan) dari Perdarahan Subculaneous.
3. Spasme otot spasme involunters dekat fraktur.
4. Tenderness / keempukan.
5. Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
6. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi darirusaknya saraf/perdarahan).
7. Pergerakan abnormal.
8. Shock hipovolemik hasil dari hilangnya darah.
9. Krepitasi (Black, 1993 : 199)
10. Hasil foto rontgen yang abnormal

2.6.4 Klasifikasi fraktur

1. Berdasarkan sifat fraktur terbagi menjadi 2 terdiri dari :
   a. Fraktur tertutup (*closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi.

b. Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
c. Tingkat 2: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
d. Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

2. Fraktur terbuka (open / compound), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan di kulit, fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:
   a. Derajat I

      Luka kurang dari 1 cm kerusakan jaringan lunak sedikit tidak ada tanda luka remuk. Fraktur sederhana, transversal, obliq atau kumulatif ringan. Kontaminasi ringan
   b. Drajat II

      Laserasi lebih dari 1 cm, Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, avulse, Fraktur komuniti sedang.
   c. Derajat III

      Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot dan neurovaskuler serta kontaminasi derajat tinggi. Berdasarkan komplit atau ketidak komplitan fraktur.
      a) Fraktur komplit, bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau fraktur pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal).
      b) Fraktur inkomplit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang

tulang atau patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang seperti:

1) Buckle atau torus fraktur, bila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang spongiosa di bawahnya
2) Green stick fraktur, mengenai satu korteks dengan angulasi korteks lainnya yang terjadi pada tulang panjang.

Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.

a) Fraktur transversal: fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
b) Fraktur oblik: fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.
c) Fraktur spiral: fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
d) Fraktur kompresi: fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang kea rah permukaan lain.
e) Fraktur avulsi: fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.

Berdasarkan jumlah garis patah :

a) Fraktur komunittif: fraktur dimana garis patah dari satu dan saling berhubungan.
b) Fraktur segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
c) Fraktur multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.

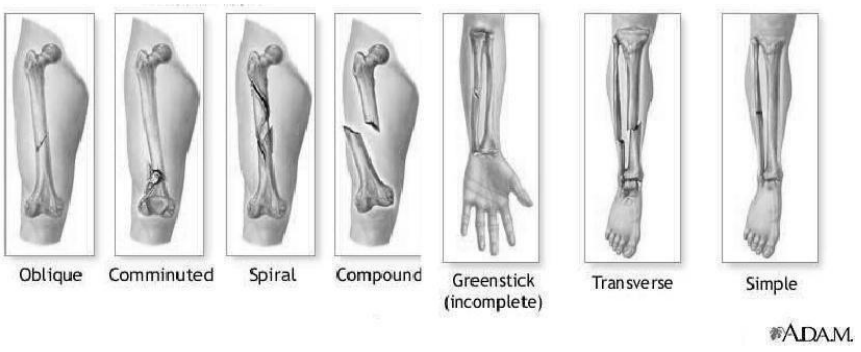
Berdasarkan pergeseran fragmen tulang.

a) Fraktur *undisplaced* (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
b) Fraktur *displaced* (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut dislokasi fragmen, terbagi atas:
c) Dislokasi ad longitudinal cum contractionum (pergeseran serah sumbu dan overlapping).
d) Dislokasi ad axim (pegeseran yang membentuk sudut).
e) Dislokasi *adlatu*s (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh).
f) Fraktur kelelahan: fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang.
g) Fraktur patologis: fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.

Berdasarkan lokasi

1. Tulang panjang dibagi menjadi 3 bagian : proksimal, bagian tengah dan distal. Fraktur pada tulang panjang dideskripsikan dengan hubungannya dengan posisinya terhadap tulang. Deskripsi lainnya digunakan saat fraktur mengenai kepala atau leher dari tulang, melibatkan persendian atau dekat dengan prominen seperti pada kondilus atau malleolus.

Gambar 2. 3 Gambar Fraktur



2.6.5 Komplikasi Fraktur

1. Komplikasi dini

   Komplikasi dini adalah kejadian dalam satu minggu pasca trauma, sedangkan apabila kejadiannya sesudah satu minggu pasca trauma disebut komplikasi lanjut.

   a. Pada tulang

      Infeksi, terutama pada fraktur terbuka, Osteomilitis dapat terjadi pada fraktur terbuka atau tindakan pada fraktur tertutup. Keadaan ini dapat menyebabkan delayed union atau bahkan non union.

   b. Pada jaringan lunak

      Lepuh, kulit yang melepuh adalah akibat dari elevasi kulit superficial karena edema. Dekubitus, terjadi akibat penekanan jaringan lunak tulang oleh gips.

   c. Pada otot

      Terputusnya serabut otot yang mengakibatkan gerakan aktif otot tersebut terganggu. Hal ini terjadi karena serabut otot yang robek melekat pada serabut yang utuh, kapsul sendi dan tulang.

   d. Pada pembuluh darah

      Pada robekan arteri inkomplit akan terjadi perdarahan terus menerus. Sedangkan pada robekan yang komplit ujung pembuluh darah mengalami retraksi dan perdarahan berhenti spontan. Pada jaringan distal dari lesi bisa mengalami iskemi bahkan nekrosis. Pada saraf

      Berupa kompresi, neuropraksi, neurometsis (saraf putus), aksonometsis (kerusakan akson).

2. Komplikasi lanjut

   a. Delayed union

      Proses penyembuhan lamban dari waktu yang dibutuhkan secara normal. Pada pemeriksaan radiografi, tidak akan terlihat bayangan sklerosis pada ujung- ujung fraktur. Terapi konservatif selama 6 bulan bila gagal dilakuka osteotomi. Jika lebih dari 20 minggu dilakukan cancellus grafting (12-16 minggu)

   b. Non union

      Dimana secara klinis dan radiologis tidak terjadi penyambungan tulang. Tipe I (hypertrophic non unioa) tidak akan terjadi proses penyembuhan frkatur dan diantara fragmen fraktur tumbuh jaringan fibrus yang masih mempunyai potensi untuk union dengan melakukan koreksi fiksasi dan bone grafting. Tipe II (atrophic non union) disebut juga sendi palsu (pseudoartrosis) terdapat jaringan synovial sebagai kapsul sendi beserta rongga synovial yang berisi cairan. Proses union tidak akan dicapai walaupun dilakukan imobilisasi yang lama.

   c. Mal union

      Penyambungan frktur yang tidak normal sehingga menimbulkan deformitas. Tinfakan refraktur atau osteotomi koreksi.

3. Osteomielitis

   Osteomielitis kronis dapat terjadi pada frkatur terbuka atau tindakan operasi pada fraktur tertutup sehingga dapat menyebabkan delayed union hinga man union.

4. Kekakuan sendi

   Kekakuan sendi baik sementara maupun menetap dapat diakibatkan imobilisasi yang lama, sehingga terjadiperlengketan antara periartrikuler,perlengketan

intraartikuler, perlengketan antara otot dan tendon. Pencegahannya berupa memperpendek waktu imobilisasi dan melakukan laitan haktif dan pasif pada sendi.

5. Faktor Penyembuhan Tulang

Faktor-faktor yang menentukan lama penyembuhan frkatur adalah sebagai berikut :

1) Usia penderita. Waktu penyembuhan anak-anak lebih cepat daripada orang dewasa.
2) Lokalisasi dan konfigurai fraktur.

Lokasi fraktur memegang peranan penting. Penyembuhan fraktur metafisis lebih cepat daripada fraktur diafisis. Selain itu konfigurasi fraktur seperti fraktur tranfersal lebih lambat penyembuhannya daripada oblik karena kontak yang lebih banyak

3) Pergeseran awal fraktur. Pada fraktur yang periosteumnya tidak bergeser, penyembuhan nya dua kali lebih cepat disbanding frkatur yang bergeser.
4) Vaskularisasi pada kedua fragmen. Apabila kedua fraktur memiliki vaskulasrisasi yang baik maka penyembuhannya tanpa komplikasi.
5) Reduksi serta imbollisasi. Reposisi fraktur akan memberikan kemungkinan untuk vaskularisasi yang lebih baik.
6) Waktu imobilisasi. Bila imobilisasi tidak dilakukan sesuai waktu penyembuhan sebelum terjadi union, kemungkinan terjadi non union sangat besar.
7) Ruang antara kedua fraktur, baik berupa periosteum maupun ototataupun jaringan fibrosa lainya akan menghambat vaskuralisasi kedua ujung fraktur.

8) Faktor adanya infeksi dan keganasan lokal.

9) Cairan sinovial. Cairan sinovial yang terdapat pada persendian merupakan penghambat dalam proses penyembuhan tulang.

10) Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak. Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak akan meningkatkan vaskularisasi daerah fraktur.

2.6.6 Penatalaksanaan Medik

1. Fraktur terbuka

   Merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdrahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (golden period). Saat kuman belu terlalu jauh meresap, dapat dilakukan langkah-langkah :

a. Pembersihan luka

b. Eksisi

c. Hecting situasi

d. Antibiotik

e. Fraktur tertutup

f. Rekognisi/pengenalan

   riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

g. Reduksi/Manipulasi/Reposisi

   Reduksi atau manipulasi adalah upaya untuk meanipulasi fragmen tulang sehingga kembali sperti semula secara optimal. Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode yang digunakan untuk mereduksi fraktur bergantung pada sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Pada metode reduksi ekstremitas dipertahankan

dalam posisi yang diinginkan dengan menggunakan gips, bidai atau alat yang dapat digunakan untuk mengimobilisasi ekstremitas. Alat imobilisasi ini akan menjaga reduksi dan menstabilakn ekstremitas untuk penyembuhan tulang.

h. Retensi/imobilisasi

Retensi atau imobilisasi merupakan upaya untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur direduksi, fraktur tulang harus diimobilisasikan dalam kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan menggunakan fiksasi. eksternal maupun internal. Metode fiksasi eksternal meliputipembalutan,gips, bidai, traksi kontinu, pin dan teknik gips, atau fiksator eksterna. Sedangkan untuk fiksasi internal dapat digunakan implant logam yang berperan sebagai bidai internal untuk mengimobilisasikan fraktur.

i. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan tindakan untuk menghidari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan.Proses penyembuhan tulang

1. Respon Pasien Terhadap Fraktur

Secara anatomi terjadi perubahan dan keadaan patologi karena adanya fraktur maka berdampak luas baik fisik-psiko- sosio-spiritual pasien. Secara fisik terdapatnya kerusakan jarigan tulang dan jaringan lunak sekitar fraktur akan menimbulkan rasa nyeri, bengkak, gangguan neurovaskuler, dan deformitas (Smeltzer dan Bare, 2002). Kondisi ini mengakibatkan terjadinya gangguan fungsi sehingga menimbulkan masalah aktivitas yang mana gangguan ini membutuhkan

intervensi keperawatan immobilisasi, tindakan ini juga mempunyai efek samping negatif pada sistem respirasi, sistem kardiovaskuler, sistem muskoloskeletal, dan sistem metabolisme.

2. Tingkat Kemampuan Perawatan Diri

Pasien Fraktur Penurunan kondisi fisik mengakibatkan pasien fraktur mengalami defisit perawatan diri, sehingga perlu di upayakan pemberian bantuan dalam memenuhi ADL pasien tersebut. Nursalam (2009) mengatakan bahwa klasifikasi tingkat kemampuan perawatan diri (tingkat ketergantungan klien) berdasarkan teori Orem, terdiri dari butuh sedikit bantuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri (minimal care), butuh bantuan sebagian dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri (partial care) dan butuh bantuan penuh dalam memenuhi perawatan diri (total care).

3. Kondisi yang Mempengaruhi Penyembuhan Fraktur

Karena penyembuhan tulang adalah kontinyu dan sekuensial, adanya penghentian dapat mengubah hasil akhir. Keadaan ini dikaitkan dengan imobilisasi tidak adekuat, suplai darah buruk, distraksi fragmen, interposisi (terhalang) jaringan lunak, atau infeksi.

2.7 Konsep Keperawatan Perioperatif

2.7.1 Definisi Keperawatan Perioperatif

Perawatan perioperatif adalah periode sebelum, selama dan sesudah operasi berlangsung. Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien *(Keperawatan medikal- bedah : 1997).*

2.7.2 Klasifikasi Keperawatan Perioperatif

Perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencangkup 3 fase pengalaman pembedahan yaitu :

A. Pre Operatif

Perawatan pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

B. Intra Operatif

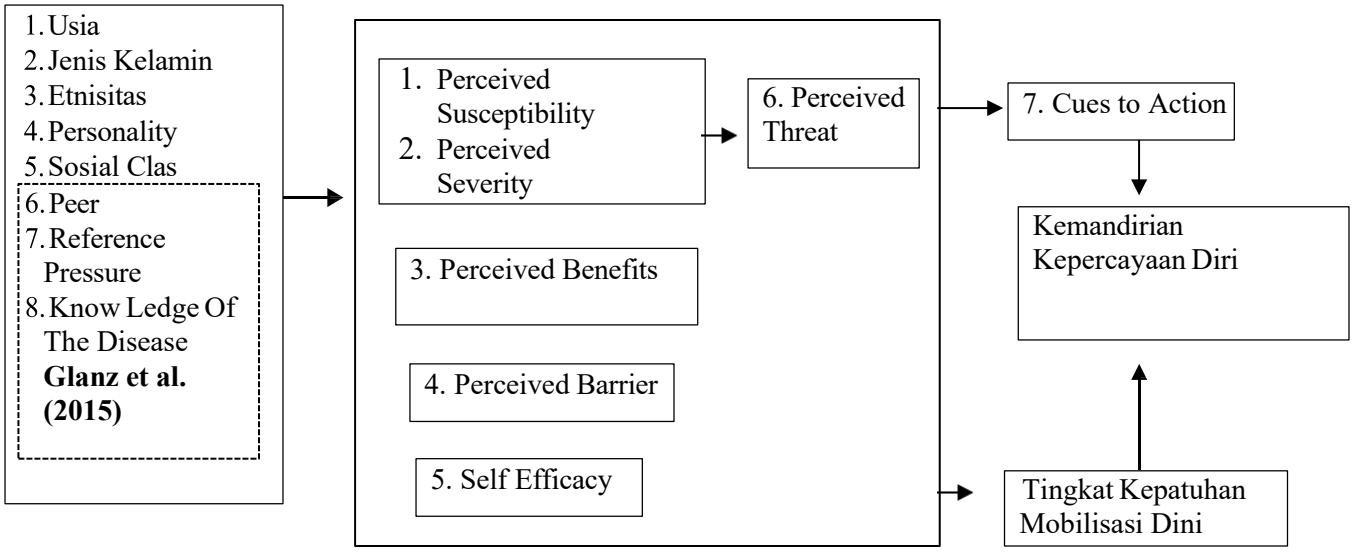
Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien di transfer ke wilayah ruang pemulihan.

C. Post Operasi

Perawatan post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre dan intra operatif yang dimulai saat klien diterima di ruang pemulihan.

Kemandirian adalah kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL – Activities of Daily Living) secara mandiri tanpa tergantung pada bantuan orang lain, seperti makan, berpakaian, mandi, dan berpindah posisi, setelah operasi fraktur Putri, R. Y., & Kurniawati, E. (2021). Kepercayaan diri pasien post operasi fraktur ekstremitas Kepercayaan diri (*self-confidence*) adalah sikap positif individu terhadap kemampuan dirinya dalam melakukan sesuatu, termasuk menghadapi situasi pasca operasi. Kepercayaan diri tinggi penting dalam proses pemulihan karena mendorong pasien untuk aktif dalam terapi dan kegiatan mobilisasi. Stabilitas emosi dalam menghadapi situasi Kesimpulan dari judul Hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *health belief model* dengan kemandirian dan kepercayaandiri pada pasien post operasi fraktur ekstremitas di RSUD karsa husada batu yaitu dari Beberapa penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa pendekatan Health Belief Model efektif dalam meningkatkan perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan terhadap mobilisasi dini dan peningkatan kepercayaan diri pasien pasca operasi ortopedi (Rahmawati & Fitriani, 2022; Sari et al., 2021). Oleh karena itu, pendekatan ini dipilih dalam penelitian ini untuk mengeksplorasi hubungan antara persepsi pasien dan hasil klinis berupa kemandirian serta kepercayaan diri.

2.8 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 4 Gambar Kerangka Konseptual

Keterangan:

---------- = Tidak Diteliti

———— = Diteliti

Berdasarkan kerangka konsep diatas Kerangka konsep penelitian ini disusun berdasarkan *Health Belief Model (HBM*) yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap penyakit maupun tindakan pencegahan yang dilakukan Glanz et. (2015). Pada penelitian ini, terdapat beberapa faktor individu (*modifying factors*) yang berperan sebagai latar belakang, antara lain usia, jenis kelamin, etnisitas, kepribadian, status sosial, tekanan dari lingkungan (*peer pressure*), serta tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi bagaimana seorang pasien memandang risiko dan manfaat dari mobilisasi dini setelah operasi fraktur ekstremitas. Faktor individu tersebut akan membentuk persepsi pasien mengenai kesehatannya, yang terdiri dari:

1. *Perceived Susceptibility* yaitu keyakinan pasien terhadap kemungkinan dirinya mengalami komplikasi akibat tidak melakukan mobilisasi dini.
2. *Perceived Severity* yaitu keyakinan pasien tentang tingkat keparahan komplikasi yang dapat timbul bila mobilisasi dini tidak dilakukan, seperti kekakuan sendi, keterlambatan penyembuhan, atau penurunan fungsi ekstremitas. Kedua persepsi ini menghasilkan *Perceived Threat* atau ancaman yang dirasakan pasien. Semakin tinggi ancaman yang dirasakan, semakin besar kecenderungan pasien untuk melakukan tindakan pencegahan. Selain itu, terdapat juga:
3. *Perceived Benefits*, yaitu keyakinan pasien bahwa mobilisasi dini dapat memberikan manfaat seperti mempercepat penyembuhan, meningkatkan kemandirian, dan mengurangi risiko komplikasi.
4. *Perceived Barriers*, yaitu hambatan yang dirasakan pasien dalam melakukan mobilisasi dini, misalnya rasa nyeri, rasa takut, keterbatasan fasilitas, atau kurangnya dukungan keluarga.
5. *Self Efficacy*, yaitu keyakinan pasien terhadap kemampuan dirinya untuk melaksanakan mobilisasi dini secara mandiri dan konsisten. Untuk memperkuat niat dan perilaku pasien, diperlukan *Cues to Action* atau isyarat untuk bertindak. *Cues to Action* dapat berupa dorongan dari tenaga kesehatan, edukasi, pengalaman pasien sebelumnya, dukungan keluarga, maupun instruksi dokter yang secara langsung memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini. Gabungan dari faktor individu, persepsi kesehatan, serta isyarat bertindak inilah yang pada akhirnya memengaruhi tingkat kepatuhan mobilisasi dini pasien. Pasien yang memiliki persepsi positif, tingkat *self*

efficacy yang tinggi, serta dukungan isyarat bertindak yang memadai cenderung lebih patuh dalam melakukan mobilisasi dini sesuai anjuran. Tingkat kepatuhan mobilisasi dini ini kemudian akan berdampak pada hasil klinis pasien, khususnya kemandirian dan kepercayaan diri dalam melakukan aktivitas sehari-hari pasca operasi fraktur ekstremitas. Dengan demikian, kerangka konsep ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *Health Belief Model* memiliki hubungan dengan kemandirian dan kepercayaan diri pasien.

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara adanya hubungan antara dua variabel atau lebih dalam suatu penelitian. Hipotesis berikut akan diuji untuk mencari korelasi signifikan antara Hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini Bersadarkan Teori *Health Belief Model* dengan kemandirian dan keprcayaan diri pada pasien post operasi fraktur ekstremitas.

1. H0 : Tidak ada hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini berdasarkan teori *health belief model* dengan kemandirian pada pasien post operasi ekstremitas.
2. H1 : Ada hubungan tingkat kepatuhan mobilisasi dini bersadarkan teori *health belief model* dengan kepercayaan diri pada pasien post operasi ekstremitas.