



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOBILISASI
DINI PADA PASIEN POST OPERASI *OPEN REDUCTION*
*INTERNAL FIXATION (ORIF)***

Skripsi

Oleh :

Inayatul Aliyya, A.Md.Kep NIM 30902400216

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOBILISASI DINI
PADA PASIEN POST OPERASI *OPEN REDUCTION INTERNAL
FIXATION (ORIF)***

Skripsi

Oleh :

**Inayatul Aliyya, A.Md.Kep
NIM 30902400216**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi dengan judul : “ **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Open Reduction Internal Fixation (Orif)**” Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang. Jika di kemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Kendal, 20 Agustus 2025

Mengetahui,

Wakil Dekan I

Peneliti,


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


Inayatul Aliyya, A.Md.Kep
NIM. 30902400216

UNISSULA
جامعة سلطان أبوبوع الإسلامية

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI *OPEN REDUCTION* *INTERNAL FIXATION (ORIF)*

Dipersiapkan dan disusun oleh:

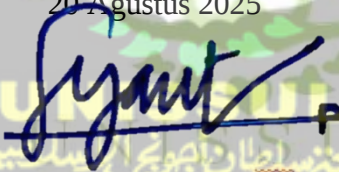
Nama : Inayatul Aliyya, A.Md.Kep

NIM : 30902400216

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I Tanggal :

20 Agustus 2025



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

NUPTK 2952763664130292

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI *OPEN REDUCTION* *INTERNAL FIXATION (ORIF)*

Disusun oleh:

Nama : Inayatul Aliyya, A.Md.Kep

NIM : 30902400216

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Agustus 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Penguji I ,

Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB
NUPTK. 7945752653230092

Penguji II,

Dr. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NUPTK. 2952763664130292

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M. Kep
NUPTK. 1154752653130093

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2025**

ABSTRAK

Inayatul Aliyya, A.Md.Kep (NIM 30902400216)

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Mobilisasi Dini pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Dr. H. Soewondo Kendal

Latar Belakang: Pasien pasca operasi fraktur ORIF sering mengalami hambatan dalam melakukan mobilisasi dini akibat nyeri, keterbatasan fungsi, serta kondisi psikologis. Salah satu faktor penting yang dapat memengaruhi keberhasilan mobilisasi dini adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga yang baik akan memberikan motivasi, kenyamanan, serta mempercepat proses pemulihan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Jumlah sampel sebanyak 38 responden yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian berupa kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi mobilisasi dini. Analisis data dilakukan dengan **uji Chi-Square (χ^2)**.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memperoleh dukungan keluarga baik (71,1%). Mobilisasi dini sebagian besar berada pada kategori baik (60,5%). Uji Chi-Square menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF dengan nilai **$p = 0,000$ ($p < 0,05$)**.

Simpulan: Terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Dukungan keluarga yang baik terbukti mampu meningkatkan keberhasilan pasien dalam melakukan mobilisasi dini.

Kata kunci: dukungan keluarga, mobilisasi dini, fraktur, ORIF

..

NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG UNIVERSITY OF SEMARANG
THISSIS, August 2025

ABSTRACT

Inayatul Aliyya, A.Md.Kep (NIM 30902400216)

The Relationship between Family Support and Early Mobilization in Postoperative ORIF Fracture Patients in the Bougainvillea Ward, Dr. H. Soewondo General Hospital, Kendal

Background: Postoperative ORIF fracture patients often experience obstacles to early mobilization due to pain, functional limitations, and psychological conditions. One important factor that can influence the success of early mobilization is family support. Good family support will provide motivation, comfort, and accelerate the patient's recovery process. This study aims to determine the relationship between family support and early mobilization in postoperative ORIF fracture patients.

Methods: This study used a descriptive analytical design with a cross-sectional approach. The study population was all postoperative ORIF fracture patients in the Bougainvillea Ward, Dr. H. Soewondo General Hospital, Kendal. H. Soewondo Hospital, Kendal. A sample of 38 respondents was selected using a purposive sampling technique. The research instruments were a family support questionnaire and an early mobilization observation sheet. Data analysis was performed using the Chi-Square (χ^2) test.

Results: The study showed that the majority of respondents received good family support (71.1%). Early mobilization was mostly in the good category (60.5%). The Chi-Square test showed a significant relationship between family support and early mobilization in post-ORIF fracture surgery patients with a p-value of 0.000 ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a significant relationship between family support and early mobilization in post-ORIF fracture surgery patients at Dr. H. Soewondo Hospital, Kendal. Good family support has been shown to increase the success of patients in early mobilization.

Keywords: family support, early mobilization, fracture, ORIF.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penyusunan skripsi yang berjudul “HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI *OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION (ORIF)* ” ini dapat diselesaikan guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Jurusan Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Perjalanan panjang telah penulis lalui dalam rangka menyelesaikan penulisan skripsi ini. Banyak hambatan yang dihadapi dalam penyusunannya, namun berkat kehendak-Nyalah sehingga penulis berhasil menyelesaikan penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, dengan penuh kerendahan hati, pada kesempatan ini patutlah kiranya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto,SH., M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM. M. Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Ketua Prodi Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku pembimbing I saya yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk dalam penyusunan proposal skripsi hingga menjadi skripsi penelitian sampai selesai.
5. Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB selaku pembimbing II dan penguji 1 yang telah membimbing saya juga dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.

6. Teman-teman seperjuangan, Mahasiswa RPL S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
 7. Teman-teman saya yang berada di RSI Sultan Agung maupun diluar RSI Sultan Agung, yang juga selalu mendukung dan mendoakan saya dalam penyusunan skripsi ini sampai selesai.
 8. Serta semua pihak yang telah banyak membantu saya dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu
- Akhir kata, penulis mengharapkan skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Semarang, April 2025

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Teori.....	8
B. Kerangka Teori	38
C. Hipotesa	39
BAB III METODE PENELITIAN.....	40
A. Kerangka Konsep.....	40
B. Variabel Penelitian	40
C. Jenis dan rancangan Penelitian.....	41
D. Lokasi Penelitian.....	42
E. Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
F. Definisi Operasional	44
G. Instrument Penelitian	46
H. Metode Analisa data	48
I. Etika Penelitian.....	50
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	39
A. Gambaran umum	39
B. Karakteristik Respon	40
C. Hasil Penelitian	42
BAB V PEMBAHASAN.....	45
A. Karakteristik Respon	45
B. Hasil Penelitian	46
C. Keterbatasan.....	51
BAB VI PENUTUP	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	27
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	28



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	33
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian (N=38) Di RSUD Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025.....	40
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF (N=34) Di Rsud Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025	42
Tabel 4.3. Distribusi Frekuesni Dukungan Keluarga Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF (N=34) Di Rsud Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025.....	43
Tabel 4.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal	44



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2 Kuesioner Data Karakteristik Responden
Lampiran 3 Kuesioner Dukungan Keluarga
Lampiran 4 Kuesioner Mobilisasi dini
Lampiran 5 Data SPSS



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga lainnya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada individu yang menghadapi situasi stres (Taylor, 2006). Menurut Gottlieb dalam Zaenuddin (2002), dukungan keluarga dapat berupa informasi verbal atau nonverbal, saran, bantuan nyata, atau perilaku yang ditunjukkan oleh orang-orang terdekat di sekitar subjek, baik melalui kehadiran maupun hal-hal yang memberikan keuntungan emosional atau memengaruhi perilaku penerimanya. Dukungan keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan pasien, terutama setelah menjalani tindakan pembedahan, karena mampu meningkatkan motivasi pasien untuk sembuh dan berpartisipasi aktif dalam proses perawatan seperti mobilisasi dini.

Mobilisasi dini mencakup aktivitas yang dilakukan pasien setelah operasi, dimulai dari latihan ringan di tempat tidur hingga pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar kamar. Umumnya, pasien bedah dianjurkan untuk segera turun dari tempat tidur, dengan mempertimbangkan kestabilan sistem kardiovaskular, neuromuskular, tingkat aktivitas yang biasa dilakukan pasien, serta jenis pembedahan yang dilakukan. Manfaat mobilisasi dini mencakup penurunan komplikasi pascaoperasi seperti distensi abdomen, pemulihan luka abdomen yang lebih cepat, pengurangan nyeri pada luka operasi, serta pemulihan aktivitas tertentu sehingga pasien bisa kembali normal dan memenuhi kebutuhan gerak sehari-hari (Bruner & Suddart, 2017).

Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan dengan metode invasif yang dilakukan melalui sayatan dan penutupan luka, yang sering kali dilakukan untuk menangani kasus kegawatdaruratan di rumah sakit (Budikasi, F.I.E., Mulyadi, & Malara, 2015). WHO (2020) melaporkan adanya

peningkatan tindakan operasi secara global, mencapai 234 juta jiwa, dengan Indonesia menyumbang sekitar 1,2 juta tindakan bedah setiap tahun. Pembedahan memunculkan respons fisiologis dan psikologis berupa nyeri, trauma, bahkan penurunan kepercayaan diri (Smeltzer & Bare, 2002). Pasien yang menjalani operasi kerap mengalami hambatan dalam melakukan mobilisasi dini, salah satunya karena nyeri atau ketakutan akan lepasnya jahitan (Julia & Abdul Majid, 2021).

Fraktur atau patah tulang, termasuk fraktur ORIF (*OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION*), merupakan salah satu penyebab utama kematian di Indonesia dan sering kali memerlukan tindakan pembedahan. Fraktur didefinisikan sebagai kerusakan jaringan tulang akibat trauma (Sagaran *et al.*, 2018). WHO (2019) mencatat prevalensi global fraktur sebesar 3,2%, sedangkan Riskesdas mencatat prevalensi fraktur di Indonesia sebesar 5,5% (Nur, Morika, & Sardi, 2020). Prosedur ORIF biasanya dilakukan untuk memperbaiki fraktur berat yang melibatkan ekstremitas bawah seperti femur, tibia, atau fibula.

Mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF sangat penting untuk mempercepat pemulihan, mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan dekubitus. Namun, banyak pasien enggan bergerak akibat nyeri, ketakutan, atau kurangnya motivasi (Asmadi, 2018). Untuk itu, dukungan keluarga menjadi faktor penting dalam memfasilitasi dan mendorong mobilisasi dini pascaoperasi (Setyowati & Supartini, 2018).

Faktor-faktor yang memengaruhi mobilisasi dini mencakup faktor internal (usia, nyeri, ketakutan, motivasi, dan kondisi fisik) serta faktor eksternal seperti dukungan keluarga, budaya, status sosial ekonomi, dan pelayanan kesehatan (Setyowati & Supartini, 2018). Penelitian Amalia (2020) menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien post operasi di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda, Lampung Selatan. Hal serupa ditemukan oleh Nugrah (2020) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap perilaku

mobilisasi dini pasien pascaoperasi di ruang bedah RSD Kalisat, Kabupaten Jember.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 responden di RSUD Soewondo Kendal, ditemukan fenomena yang menarik terkait pengaruh dukungan keluarga terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pasien pasca operasi. Sebanyak 3 pasien mampu melakukan mobilisasi dini meskipun tidak mendapatkan pendampingan atau dukungan aktif dari keluarga. Sebaliknya, terdapat 2 pasien yang mendapatkan pendampingan keluarga namun tetap tidak mau melakukan mobilisasi dini. Fenomena ini bertolak belakang dengan teori atau hasil penelitian sebelumnya, yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan motivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini pasca operasi. Gap ini mengindikasikan bahwa faktor lain selain dukungan keluarga mungkin memengaruhi keberhasilan mobilisasi dini, seperti faktor individu pasien atau kondisi lingkungan dukungan keluarga, baik secara fisik maupun emosional.

Berdasarkan data tiga bulan terakhir (Desember 2024 hingga Februari 2025) di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal, tercatat sebanyak 38 pasien post operasi fraktur ORIF yang menjalani perawatan. Rinciannya adalah terdapat 38 responden, pada bulan Januari 2025 sebanyak 37 responden, dan pada bulan Februari 2025 sebanyak 39 responden. Dari total tersebut, hanya 20 pasien (52,6%) yang mampu melakukan mobilisasi dini sesuai instruksi medis dalam 24 jam pertama pasca operasi. Sementara itu, 18 pasien (47,4%) mengalami keterlambatan mobilisasi, yang sebagian besar disebabkan oleh faktor nyeri, ketakutan, serta kurangnya dukungan emosional atau fisik dari keluarga terdekat. Data ini semakin memperkuat pentingnya memahami peran dukungan keluarga secara lebih mendalam dalam kaitannya dengan keberhasilan mobilisasi dini.

Dukungan keluarga yang baik tidak hanya meningkatkan kenyamanan pasien tetapi juga mendorong mereka untuk segera melakukan mobilisasi sesuai instruksi medis. Dukungan ini sangat penting terutama pada pasien

pascaoperasi fraktur yang memerlukan bantuan tambahan dalam menjalani proses pemulihan. Berdasarkan temuan ini, penulis merasa terdorong untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut mengenai "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal." Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang pentingnya hubungan dukungan keluarga dengan mobilisasi dini dalam proses pemulihan pada pasien setelah menjalani prosedur operasi.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang dapat diangkat adalah “Adakah hubungan dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui dukungan keluarga pada pasien post operasi Fraktur ORIF.
- b. Mengetahui mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF
- c. Menganalisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal

D. Saran

a. Bagi Responden

Penelitian ini di harapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan

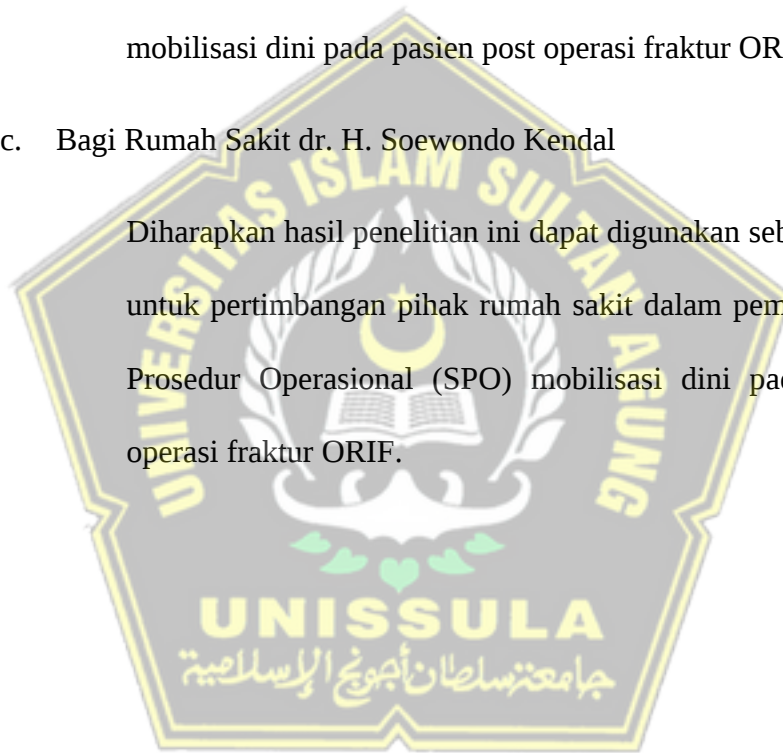
kesadaran pasien tentang pentingnya melakukan mobilisasi dini setelah menjalani operasi fraktur.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai masukan bagi perawat agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dalam memberikan informasi tentang pentingnya mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF.

c. Bagi Rumah Sakit dr. H. Soewondo Kendal

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai kontribusi untuk pertimbangan pihak rumah sakit dalam pembuatan Standar Prosedur Operasional (SPO) mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Post Operasi

1. Definisi post operasi

Prosedur medis adalah kegiatan terapi yang menggunakan strategi intrusif, dengan membuka atau menunjukkan bagian tubuh yang ditangani. Pembukaan bagian tubuh yang dilakukan tindakan medis pada umumnya diakhiri dengan membuat sayatan, setelah terlihat terapi akan diperbaiki dengan menutup dan menjahit luka tersebut (Sjamsuhidajat dan Jong 2016). Prosedur medis dilakukan untuk menganalisis atau mengobati penyakit, ketidak mampuan atau cedera, juga sebagai pengobatan kondisi yang tidak dapat disembuhkan dengan tindakan dasar atau obat-obatan.

Pasca tindakan medis adalah periode setelah tindakan medis yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan selesai sampai dengan penilaian berikutnya (Oktavianingsih 2018). Tahap pascaoperasi dimulai dengan perjalanan orang ke ruang pemulihan atau ruang eskalasi dan diakhiri dengan penilaian apakah pertimbangan pasien dilingkari kembali ke pertimbangan jangka panjang, pertimbangan klinis, atau pertimbangan rumah.

2. Jenis-jenis operasi

a. Menurut (Potter, 2013) fungsinya (tujuannya), membagi menjadi:

1) Diagnostic: biopsy, laparatomi.

- 2) Kuratif (ablatif): tumor, appendiktomi
- 3) Reparatif: memperbaiki luka multiple
- 4) Rekonstruksi: mamoplasti, perbaikan wajah
- 5) Paliatif: melenyapkan nyeri
- 6) Transplantasi: penanaman organ tubuh supaya mengubah organ atau struktuh yang masih berfungsi (cankok ginjal, kornea).

b. Menurut luas atau tingkat resiko

1) Mayor

Kegiatan yang mencakup organ tubuh yang luas dan memiliki tingkat bahaya yang signifikan terhadap kehidupan pelanggan.

2) Minor

Kegiatan yang melibatkan terbagi rendah organ tubuh dan memiliki tingkat bahaya yang rendah terhadap kelangsungan hidup klien.

3. **Tahap-tahapan keperawatan perioperatif**

Menurut (Anik, 2014) tahap operasi Ini dipartisi menjadi tiga fase keperawatan perioperatif termasuk tahap pra-kerja, tahap intra-usable dan tahap pasca-penggunaan.

a. Tahap pre operatif

Tahap praoperasi adalah tahap utama pertimbangan perioperatif yang dimulai saat pasien diizinkan masuk ke ruang perjamuan pasien dan ditutup saat pasien dipindahkan ke meja bedah

untuk prosedur medis. Pada tahap ini tingkat latihan keperawatan selama waktu ini mungkin mengingat membangun evaluasi pasien pengukur untuk fasilitas atau pengaturan rumah, pertemuan pra operasi dan pengaturan pasien untuk sedasi yang diberikan pada jam prosedur medis.

b. Tahap intra operatif

Pertimbangan intraoperatif dimulai saat pasien dipindahkan ke meja bedah dan selesai saat pasien dipindahkan ke wilayah ruang pemulihan. Pada tahap ini, tingkat latihan keperawatan mencakup pemasangan kateter IV, pengaturan obat intravena, pemeriksaan kondisi fisiologis umum melalui metode kerja dan menjaga kesehatan pasien. Misalnya, menawarkan bantuan mental selama menerima obat penenang, bertindak sebagai petugas scouring, atau membantu menempatkan pasien di meja bedah dengan menggunakan standar keseimbangan tubuh.

c. Tahap post operatif

Tahap pasca-penggunaan adalah fase tingkat tinggi dari pertimbangan pra-kerja dan intra-penggunaan yang dimulai ketika pelanggan diizinkan masuk ke ruang pemulihan pasca-sedasi dan diakhiri dengan penilaian berikutnya di fasilitas atau di rumah. Pada tahap ini luasnya gerakan keperawatan mencakup lingkup latihan yang luas selama periode ini. Pada tahap ini, titik fokus penilaian mencakup

dampak dari spesialis obat penenang dan mengamati kapasitas penting dan mencegah keterjeratan, latihan keperawatan kemudian, pada saat itu, berpusat pada bekerja pada pemulihan yang tenang dan memberikan arahan, perawatan lanjutan dan referensi yang signifikan untuk memperbaiki dan restorasi dan rilis.

4. Komplikasi Post Operasi

Kerumitan pasca operasi menguras dengan tanda-tanda klinis, khususnya rewel, perkembangan stabil, merasa kering, kulit dingin, basah, pucat, detak jantung meningkat, suhu berkurang, pernapasan cepat dan dalam, bibir konjungtiva pucat dan pasien lemah.

Setelah pasien menjalani prosedur medis, ada berbagai seluk-beluk yang mungkin muncul yang dapat menimbulkan masalah baru bagi pasien. Masalah yang sering ditemukan pasca operasi adalah masalah aliran, masalah kemih, masalah luka, masalah gastrointestinal, dan masalah keamanan dan kenyamanan. (Majid, 2013).

B. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Keluarga adalah sekurang-kurangnya dua dari dua orang yang dihubungkan oleh darah, perkawinan atau penerimaan dan mereka hidup dalam satu keluarga, bekerja sama satu sama lain dan dalam konflik tertentu mereka membuat dan mengikuti budaya (Friedman, 2010). Sedangkan menurut (Ali, 2010) keluarga adalah sekurang-kurangnya dua

orang yang bergabung sebagai akibat dari hubungan darah, perkawinan, dan resepsi dalam satu keluarga, yang saling berinteraksi dan membentuk serta memelihara suatu kebudayaan.

Dukungan keluarga adalah sikap, aktivitas, dan pengakuan keluarga terhadap kerabatnya yang kuat yang secara konsisten siap untuk memberikan bantuan dan bantuan jika diperlukan. Untuk situasi ini penerima dukungan keluarga akan menyadari bahwa ada orang lain yang fokus, menghargai dan mencintainya (Friedman, 2010) dukungan keluarga adalah hubungan relasional yang berisi pengaturan bantuan termasuk sudut pandang yang terdiri dari data, pertimbangan penuh semangat, evaluasi dan bantuan. . Instrumen yang didapat pasien berhubungan dengan iklim, di mana ia memiliki manfaat positif atau dampak positif bagi penerimanya, sehingga dapat membantu pasien mengatasi kekhawatirannya.

Dukungan keluarga adalah pengaturan perhatian, penghiburan, kasih sayang, barang dagangan, data dan administrasi dari orang-orang terdekat seperti pasangan/istri, wali, anak, dan orang terdekat lainnya sehingga penerima bantuan merasa disayang dan dihargai (Mahmuda, 2012).

Dukungan keluarga menggambarkan sekelompok praktik relasional, kualitas, latihan yang diidentifikasi dengan individu dalam posisi dan keadaan tertentu. Dalam keluarga terdapat kerangka yang memuat berbagai relasi yang bekerja secara menarik. Makna keluarga menekankan

bahwa perwujudan keluarga adalah hubungan yang terjalin antara orang-orang yang menjadi bagian dalam keluarga. Setiap individu dari keluarga diidentifikasi satu sama lain. Dalam hubungan yang saling berkaitan ini, sangat mungkin diperoleh bahwa jika sesuatu terjadi atau dapat dilakukan oleh satu kerabat, efeknya akan mempengaruhi berbagai individu. (Arif, 2011).

2. Bentuk-bentuk dukungan keluarga

Menurut chaplan, (1976) dalam Ali (2009) bentuk dukungan keluarga terdiri dari 4 macam yaitu:

a. Dukungan informasional

Kapasitas keluarga sebagai pengumpul dan desiminotor dalam data tentang dunia. Menggambarkan menawarkan bimbingan, ide, data yang dapat digunakan untuk mengungkap suatu masalah. Manfaat dari bantuan ini adalah dapat meredam munculnya stressor karena data yang diberikan dapat menambah ide-ide eksplisit bagi masyarakat. Bagian dari bantuan ini adalah nasihat, ide, bimbingan dan data.

b. Dukungan penilaian

Keluarga berperan sebagai pemandu kritik dan menangani pemikiran kritis sebagai sumber dan validator kepribadian kerabat termasuk menawarkan bantuan, penghargaan, pertimbangan.

c. Dukungan instrumental

Keluarga adalah sumber bantuan yang wajar dan substansial, termasuk: kesejahteraan pasien sejauh kebutuhan makan dan minum, istirahat, menjauhkan pasien dari kelelahan.

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang terlindung dan tenang untuk istirahat dan penyembuhan serta membantu mengendalikan perasaan. Bagian dari bantuan antusias menggabungkan bantuan yang ditunjukkan sebagai kehangatan, kepercayaan, pertimbangan, penyetelan, dan didengar.

3. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut (friedman, 2010) yaitu :

a. Fungsi efektif

Penggambaran keluarga dan pemenuhan kebutuhan psikososial kerabat dalam memberikan pemujaan.

b. Fungsi sosialisasi

Koneksi atau koneksi dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar dalam disiplin, standar, budaya dan perilaku.

c. Fungsi ekonomi

Keluarga mengatasi masalah pakaian, makanan dan rumah aman, keluarga mengeksploitasi aset yang ada secara lokal dengan tujuan akhir untuk lebih mengembangkan status kesejahteraan

keluarga, hal-hal yang membantu keluarga adalah jumlah kerabat yang sehat, kantor yang diklaim oleh keluarga untuk membantu lingkungan terdekat. daerah.

4. Manfaat dukungan keluarga

Seperti yang ditunjukkan oleh (Friedman, 2010) bahwa dampak bantalan (bantuan sosial melindungi orang dari dampak negatif tekanan) dan dampak utama (bantuan sosial secara langsung mempengaruhi hasil kesejahteraan) juga ditemukan. Sejujurnya, dampak utama dan penyangga dari bantuan sosial pada kesejahteraan dan kemakmuran dapat bekerja cukup yang telah ditunjukkan untuk diidentifikasi dengan tingkat kematian, penyembuhan lebih mudah dari penyakit, kapasitas intelektual, kesejahteraan fisik dan gairah.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut (Setiadi, 2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, yaitu:

a. Faktor internal

1) Tahap perkembangan

Dukungan tergantung pada usia. Artinya tumbuh kembang dari bayi hingga lanjut usia dengan pemahaman dan respon yang berbeda terhadap kesehatan.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang akan adanya dukungan dibentuk oleh variabel interaksi yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang akademik, pengalaman masa lalu, keterampilan kognitif yang membentuk pemikiran seseorang dalam kemampuan memahami faktor penyebab penyakit yang diderita individu dan pengetahuan tentang kesehatan. Untuk menjaga kesehatan individu dan diri sendiri dalam memberikan dukungan.

3) Faktor emosi

Faktor emosional yang mempengaruhi keyakinan tentang adanya dukungan dan implementasinya. Seseorang yang mengalami reaksi stres terhadap perubahan hidup cenderung bereaksi terhadap berbagai tanda penyakit dan khawatir bahwa penyakit tersebut dapat mengancam hidupnya.

4) Spiritual

Sisi spiritual dapat dilihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupan yang dimulai dengan nilai dan keyakinan yang dimiliki, hubungan dengan keluarga dan teman, serta kemampuan mencari harapan dari makna hidup.

b. Faktor eksternal

1) Praktik di keluarga

Cara keluarga dalam memberikan dukungan yang dapat mempengaruhi penderita dalam melaksanakan pengobatan.

Misalnya: klien akan melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan jika keluarganya memberikan perilaku yang sama.

2) Faktor sosial ekonom

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan penyakit. Misalnya, stabilitas pernikahan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Secara umum, seseorang akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosial yang dapat mempengaruhi kepercayaan pada kesehatan dan cara perawatannya.

3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dari kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk dalam pelaksanaan kesehatan pribadi.

C. Tinjauan Umum Tentang Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi adalah kemampuan individu dalam melakukan gerakan secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan aktivitasnya (Astria, 2019).

Mobilisasi dini merupakan suatu perawatan khusus yang diberikan pasca tindakan medis seperti tindakan bedah. Tindakan yang dapat

dilakukan dengan memberi latihan ringan seperti mulai dari latihan pernafasan hingga menggerakkan tungkai kaki yang dilakukan di tempat tidur pasien, selanjutnya dengan mengajak pasien untuk mau berjalan ke kamar mandi secara mandiri tanpa alat bantuan seperti kursi roda (Reni Anggraeni, 2018).

Mobilisasi dini memiliki peranan penting terutama dalam mengurangi nyeri dan mencegah terjadinya komplikasi. Mobilisasi dini memiliki fungsi lain yaitu mengurangi aktivitas kerja mediator kimia dan dapat mengurangi nyeri dari suatu transmisi saraf ke pusat. (Nugroho, 2010).

2. Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat mobilisasi dini menurut (Mubarak W.L., 2015), antara lain:

- a. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan yaitu dapat mencegah terjadi atelektase dan pneumonia hipotatis dan meningkatkan kesadaran mental akibat dampak dari peningkatan oksigen ke otak.
- b. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah.

Dengan menggerakkan semua sendi baik secara pasif maupun aktif akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga membantu memperlancar sirkulasi peredaran darah (Rara Wahdiana, Izma Daud and Universitas, 2018).

- c. Mempercepat proses penyembuhan luka.

Kemampuan bergerak adalah kebutuhan penting bagi manusia. Bergerak menyebabkan tubuh berada dalam reaksi anabolik yang tujuan akhirnya adalah regenerasi sel. Umumnya aktifitas fisik yang tinggi diikuti daya regenerasi yang baik, sehingga tubuh dapat berfungsi secara maksimal (Daulay *et al.*, 2019).

- d. Meningkatkan berkemih agar terhindar dari retensi urin
- e. Meningkatkan metabolisme seperti mempertahankan tonus otot dan dapat mengembalikan keseimbangan nitrogen.
- f. Meningkatkan peristaltic.

Anestesi juga merupakan suatu penyebab aktivitas usus berhenti dikarenakan adanya agen anestesi yang dapat menyebabkan pergerakan usus berhenti berakaktifitas dan suara bising usus terdengar lemah bahkan hilang dimana fungsi dari pergerakan usus bukan hanya untuk mendorong makanan menuju ke anus untuk dikeluarkan namun saat usus beraktivitas, proses penyerapan air dan zat-zat penting akan terjadi di usus sehingga aktivitas usus ini sangat penting (Windy Astuti Cahya Ningrum, 2020).

3. Tujuan mobilisasi dini

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dan gerakan tangan non verbal.

Adapun tujuan dari mobilisasi adalah sebagai berikut:

- a. Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari
- b. Memperlancar peredaran darah
- c. Membantu pernapasan menjadi kuat
- d. Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dan persendian
- e. Memperlancar eliminasi Buang Air Besar (BAB) dan urine
- f. Melatih atau ambulasi (Mubarak W.L., 2015)

4. Jenis-Jenis Mobilisasi Dini

Menurut (Hidayat, 2014) mobilisasi diantaranya adalah mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian (Temporer dan Permanen).

- a. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh adalah seseorang mampu melakukan gerakan secara penuh tanpa batas sehingga dapat menjalin interaksi sosial dan dapat menjalankan peran sehari-hari.

- b. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian adalah seseorang mampu melakukan gerakan dengan batasan jelas dan tidak mampu melakukan gerakan

secara bebas karena terjadi gangguan saraf motorik dan sensorik pada daerah tubuhnya.

5. Rentang gerak mobilisasi dini

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi mobilisasi menurut (Mubarak W.L., 2015), yaitu:

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif. Misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

b. Rentang gerak aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan ototnya secara aktif, misalnya pasien yang berbaring di tempat tidur menggerakkan kakinya sendiri.

c. Rentang gerak fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

6. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Tahap mobilisasi dini menurut (Clark *et al.*, 2013) meliputi:

- a. Level 1 : pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjutkan dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri

dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.

- b. Level 2 : pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur
- c. Level 3 : pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- d. Level 4 : tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

7. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut (Hidayat, 2012), adapun factor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan mobilisasi dini yaitu:

a. Gaya hidup

Dengan adanya perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup dapat berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b. Proses penyakit

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat mempengaruhi fungsi system tubuh.

c. Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilisasi dapat dipengaruhi oleh kebudayaan masing-masing. Contohnya, orang yang memiliki budaya

sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang yang memiliki gangguan mobilisasi (sakit), karena adanya adat dan budaya yang melarang mereka melakukan mobilisasi dini.

d. Tingkat energy

Energy merupakan sumber dalam melakukan mobilisasi dini. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dini dengan baik dibutuhkan energy yang cukup.

e. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda, karena kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

f. Kondisi kesehatan pasien

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi system musculoskeletal dan sistem saraf berupa koordinasi, sehingga berkurangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas.

8. Kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini

Akibat yang didapatkan apabila tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien pasca operasi yaitu antara lain proses penyembuhan luka lebih lambat sehingga perawatan di RS akan lebih lama dan kemungkinan akan terjadi komplikasi pasca operasi seperti pneumonia hipostatis dan peritonitis atau abses (Arief, 2020), dapat juga menyebabkan seperti:

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Menambah rasa sakit
- c. Badan menjadi pegal dan kaku
- d. Kulit menjadi lecet dan luka
- e. Memperlama perawatan dirumah sakit.

E. Konsep Penyakit Fraktur ORIF

1. Definisi

Fraktur ORIF adalah kondisi patah tulang yang ditangani dengan prosedur *OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION*, yaitu pembedahan untuk mengembalikan posisi tulang (reduksi terbuka) dan menstabilkannya menggunakan implant internal seperti plat, sekrup, atau pin. Fraktur ini dapat disebabkan oleh direct blow (pukulan langsung), crushing force (kekuatan yang menghancurkan), sudden twisting motion (putaran mendadak), maupun kontraksi otot yang kuat. (Rahayu, 2020 hal:50).

Fraktur adalah gangguan yang lengkap atau tidak lengkap dalam kontinuitas struktur tulang dan didefinisikan sesuai dengan jenis dan luasannya. Fraktur terjadi ketika tulang mengalami tekanan yang lebih besar daripada yang bisa diterimanya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, kekuatan penghancur, gerakan memutar tiba-tiba, dan kontraksi otot yang ekstrem. Ketika tulang rusak, struktur yang berdekatan juga terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak,

pendarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, pecahnya tendon, terputusnya saraf, dan rusaknya pembuluh darah. Organ tubuh tubuh dapat terluka oleh kekuatan yang menyebabkan fraktur atau fragmen fraktur (Rudi dan Maria, 2019 hal:71).

Fraktur adalah kondisi tulang yang patah atau terputus sambungannya akibat tekanan berat. Tulang merupakan bagian tubuh yang keras, namun jika diberi gaya tekan yang lebih besar daripada yang dapat diabsorpsi, maka bisa terjadi fraktur. Gaya tekan berlebihan yang dimaksud antara lain seperti pukulan keras, gerakan memuntir atau meremuk yang terjadi secara mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem (Istianah, 2018 hal:207).

2. Etiologi

Penyebab fraktur menurut (Rudi & Maria, 2019 hal:74) adalah :

a. Penyebab Ekstrinsik

Fraktur dapat terjadi karena adanya trauma langsung maupun trauma tidak langsung. Trauma adalah penyebab paling umum patah tulang, biasanya karena cedera mobil atau jatuh dari ketinggian. Karena trauma langsung jarang terjadi dalam jumlah yang dikalibrasi ke tempat tertentu, fraktur yang dihasilkan jarang diprediksi. Jumlah dan arah gaya akan bervariasi dari kecelakaan ringan hingga kecelakaan berat. Sebagian besar patah tulang yang dihasilkan dari trauma langsung adalah *cominuted* atau *multiple*.

b. Penyebab Intrinsik

Penyebab intrinsik fraktur tulang berasal dari daya tahan tulang seperti kapasitas absorbs dari tekanan, elastisitas, kelelahan, dan kepadatan atau kekerasan tulang. Etiologi fraktur menurut (Istianah, 2018 hal:208) adalah :

1) Trauma

- a) Trauma langsung, misalnya pada kecelakaan lalu lintas.
- b) Trauma tidak langsung, misalnya jatuh dari ketinggian dengan posisi berdiri/duduk dapat mengakibatkan fraktur tulang belakang

2) Patologis : metastase dari tulang

3) Degenerasi.

4) Spontan, misalnya akibat tarikan otot yang sangat kuat.

3.Klasifikasi Fraktur

Tipe fraktur tulang menurut Rahayu (2020), yaitu:

- a. *Complete fracture* : tulang patah menjadi dua bagian, boleh transverse atau spiral.
- b. *Incomplete fracture* : hanya sebagian tulang yang patah.
- c. *Comminuted fracture* : tulang patah menjadi beberapa bagian kecil.
- d. *Greenstick fracture* : splintering (pecahan) pada satu bagian tulang dan menekuk pada bagian lainnya, terjadi hanya pada tulang piabile biasanya pada kanak-kanak.
- e. *Simple (closed) fracture* : tulang patah tetapi tidak keluar dari kulit.

- f. *Compound (open) fracture* : tulang yang patah menembus kulit, dengan atau tidak keluarnya tulang.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi fraktur menurut (Rahayu, 2020 hal:51) yaitu:

- 1) Sakit.
- 2) *Tenderness*.
- 3) Kehilangan fungsi.
- 4) Deformitas.
- 5) Ekstremitas menjadi memendek.
- 6) Krepitus.
- 7) Bengkak local pada tempat yang fraktur.
- 8) Warna kulit berubah (*echymosis*).

5. Patofisiologi Fraktur

Fraktur bisa terjadi secara terbuka atau tertutup. Fraktur terbuka terjadi apabila terdapat luka yang menghubungkan tulang yang fraktur dengan udara luar atau permukaan kulit, sedangkan fraktur tertutup terjadi apabila kulit yang menyelubungi tulang tetap utuh. Fraktur terjadi ketika kekuatan ringan atau minimal mematahkan area tulang yang dilemahkan oleh gangguan (misalnya, osteoporosis, kanker, infeksi, dan kista tulang) (Rudi dan Maria, 2019 hal:75).

G. Hipotesis Penelitian

1.Hipotesis Alternatif (Ha)

1. Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teoritis yang telah diuraikan pada tinjauan kepustakaan, maka skema yang menggambarkan tentang hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur di Ruang Bougenvile RSUD Sowondo Kabupaten Kendal



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian Kuantitatif. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian *deskriptif analitif* dengan rancangan *Cross Sectional Study* dimana menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor risiko dengan faktor efek(Syahza, 2021)

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasi dengan pendekatan cross sectional, yaitu setiap objek hanya diamati satu kali saja dan pengukuran dilakukan secara bersamaan

C. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain) (Nursalam, 2017).

1. Variabel Independen

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2017). Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini yaitu dukungan keluarga.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen (terikat) variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2017). Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu pelaksanaan mobilisasi dini.

D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skor / Kategori	Skala
1	Pelaksanaan Mobilisasi Dini	Kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas gerak setelah menjalani operasi laparatomi Mengganti posisi, menggerakkan kaki, duduk, berdiri, dan berjalan	Lembar observasi 12 Pertanyaan	1. Baik : Skor 8–12 2. Cukup : Skor 4–7 3. Kurang : Skor < 4	Ordinal
2	Dukungan Keluarga	Persepsi pasien mengenai keterlibatan dan bantuan keluarga selama masa perawatan	Kuesioner 12 item, skala Likert 1–4	$\geq 75\%$ dari skor maksimal = Dukungan Baik < 75% = Dukungan	Ordinal

pasca operasi Dukungan emosional/penghargaan, fasilitas, dan informasi	Kurang
---	--------

E. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca operasi yang memenuhi kriteria di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kabupaten Kendal. Jumlah sampel pada bulan Desember 2024 terdapat 38 responden, pada bulan Januari 2025 sebanyak 37 responden, dan pada bulan Februari 2025 sebanyak 39 responden, sehingga total keseluruhan sampel selama tiga bulan adalah 114 responden dengan rata-rata 38 responden per bulan.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian sampling (Nursalam, 2017). Sampel dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria yaitu responden post operasi di Ruang Bougenvile RSUD Sowondo Kabupaten Kendal dengan besar sampel 38 responden

3. Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2017).

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan atau tidak sengaja bertemu dengan peneliti dan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Dalam penelitian ini, sampel diambil dari pasien post operasi fraktur ORIF yang dirawat di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal bulan juni 2025, dengan jumlah total 38 responden. (Nursalam, 2018).

F. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni di ruang perawatan Bougenvile RSUD Sowondo Kabupaten Kendal

G. Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

Validitas adalah instrument uji untuk menentukan apakah suatu tindakan harus diambil, terlebih dahulu menguji survei, dengan warga, terganung pada tujuannya, sebelum mensurvei responden yang disurvei. Dikatakan valid apabila nilai r hitung lebih besar dari hasil r tabel. Jika nilai validitas setiap jawaban dari hasil survei kurang dari 0,05 maka terdapat korelasi antar variable yang relevan. Sebaliknya, jika nilai validias setiap jawaban yang diperoleh dari hasil survei melebihi 0,05, maka tidak ada korelasi antara variabel-variabel yang terhubung.

Kuesioner Dukungan Keluarga hasil uji validitas terhadap 15 item pernyataan kuesioner dukungan keluarga menunjukkan bahwa 14 item

memiliki nilai r hitung lebih besar dari r tabel (0,348) dengan nilai signifikansi 0,000, sehingga dapat dinyatakan valid. Contohnya, item 2 memiliki r hitung sebesar 0,901, item 5 sebesar 0,927, dan item 12 sebesar 0,945. Sementara itu, hanya 1 item, yaitu item 4 dengan r hitung 0,139 yang lebih kecil dari r tabel, sehingga dinyatakan tidak valid. Dengan demikian, instrumen dukungan keluarga secara umum valid dan dapat digunakan, meskipun 1 item perlu dieliminasi.

Kuesioner pelaksanaan mobilisasi dini menunjukkan nilai r hitung antara 0,623 – 0,879, lebih besar dibandingkan dengan r tabel (0,348) pada taraf signifikansi 5%. Selain itu, nilai signifikansi seluruh item adalah 0,000 ($< 0,05$). Dengan demikian, semua item dinyatakan valid karena mampu mengukur aspek mobilisasi dini yang ingin diteliti.

2. Uji Reliabilitas

Keandalan adalah survey dalam hal stabilitas, kesetaraan, dan homogenitas, merupakan paten untuk kuesioner sebelum mengirimkan kuesioner kepada responden yang disurvei dan sebelum melakukan survey terhadap responden yang sebenarnya. Uji reliabilitas untuk menemukan kekurangan. Tanggapan responden terhadap suatu pernyataan dikatakan kredibel atau kredibel jika konsisten atau stabil. Uji realibilitas penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis alpha cronbach. Jika suatu variable menunjukkan nilai cronbach alpha $> 0,60$, maka variable tersebut dikatakan reliable atau konsisten dalam pengukuran.

Kuesioner Dukungan Keluarga uji reliabilitas yang dilakukan dengan Cronbach's Alpha menghasilkan nilai sebesar 0,881. Nilai ini jauh di atas batas minimal 0,60, sehingga instrumen dukungan keluarga dinyatakan reliabel. Hal ini berarti kuesioner ini konsisten dan dapat dipercaya untuk digunakan dalam penelitian.

Kuesioner Pelaksanaan Mobilisasi Dini uji reliabilitas dengan metode Cronbach's Alpha menghasilkan nilai sebesar 0,872, yang jauh lebih tinggi dari batas minimal 0,60. Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner mobilisasi dini reliabel dan memiliki konsistensi internal yang sangat baik. Artinya, instrumen ini dapat dipercaya untuk digunakan dalam penelitian mengenai pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF.

H. Pengumpulan Dan Analisa Data

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner dukungan keluarga, dan lembar observasi pelaksanaan mobilisasi dini yang diisi oleh peneliti dan responden. Instrumen disusun berdasarkan literatur yang relevan tentang pemulihan pasca operasi laparatomi.

Setelah memperoleh izin penelitian dari pihak kampus, peneliti mengajukan surat pengantar ke Kesbangpol. Setelah mendapatkan surat izin dari Kesbangpol, peneliti mengurus perizinan ke RSUD Soewondo Kabupaten Kendal sebagai tempat pelaksanaan penelitian.

Selanjutnya, peneliti melakukan pendekatan kepada responden dengan membagikan lembar persetujuan partisipasi (informed consent) kepada pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Setelah pasien bersedia dan menandatangani lembar persetujuan, peneliti memberikan penjelasan mengenai maksud, tujuan, dan manfaat penelitian.

Kuesioner dukungan keluarga diberikan kepada pasien pada 24 jam ketiga pasca operasi. Sedangkan pelaksanaan mobilisasi dini dinilai menggunakan lembar observasi oleh peneliti setelah tindakan operasi dilakukan.

Instrumen dan Skoring

a. Dukungan Keluarga

Alat ukur: Kuesioner 12 item

Skala: Skala Likert 4 poin:

4 = Selalu

3 = Sering

2 = Kadang-kadang

1 = Tidak pernah

Kategori skor:

Dukungan Baik: Skor $\geq 75\%$ dari total skor maksimal

Dukungan Kurang: Skor $< 75\%$ dari total skor maksimal

b. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Alat ukur: Lembar observasi mobilisasi dini dengan penilaian 6 jam pertama post operasi , 6-10 jam post operasi dan 24 jam post operasi

- 1) Pada 6 jam pertama, pasien harus sudah dapat menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur, seperti menggerakkan jari, tangan, dan menekuk lutut.
- 2) Pada 6–10 jam berikutnya, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- 3) Setelah 24 jam, pasien dianjurkan untuk mulai belajar duduk
- 4) Setelah pasien mampu duduk dengan stabil, dianjurkan untuk mulai belajar berjalan secara bertahap

Kriteria Hasil Ukur Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi

a) . Baik

Pasien melakukan mobilisasi sesuai dengan kriteria, yaitu:

- (1) Dalam 6 jam pertama, pasien bisa menggerakkan anggota tubuhnya (jari, tangan, menekuk lutut).
- (2) Dalam 6–10 jam, pasien bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- (3) Dalam 24 jam, pasien mulai belajar untuk duduk, berdiri, dan berjalan.

b) Cukup

Pasien melakukan sebagian dari kriteria, yaitu:

- (1) Dalam 6 jam pertama, pasien bisa menggerakkan anggota tubuhnya.
- (2) Dalam 6–10 jam, pasien tidak bisa miring ke kiri dan ke kanan.

(3) Dalam 24 jam, pasien belum bisa duduk dan berjalan.

c) Kurang

Pasien tidak melakukan sesuai dengan kriteria, yaitu:

(1) Dalam 6 jam pertama, pasien tidak bisa menggerakkan anggota tubuhnya.

(2) Dalam 6–10 jam, pasien tidak bisa miring ke kiri dan ke kanan.

(3) Dalam 24 jam, pasien belum bisa duduk dan berjalan.

2. Pengolahan Data

Setelah data didapatkan dan dikumpulkan, dapat dilanjutkan dengan pengolahan data secara manual. Terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh yaitu:

a. *Editing*

Memeriksa kelengkapan data yang dikumpulkan, memperoleh kejelasan data, konsistensi data, dan kesesuaian respondensi.

b. *Koding*

Suatu kegiatan dengan pemberian kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori.

c. *Tabulasi*

Setelah dilakukan kegiatan editing dan koding dilanjutkan dengan mengelompokkan ke dalam table kerja, kemudian data

dianalisa secara statistic analitik melalui sebuah perhitungan persentasi dan hasil perhitungan jumlah.

I. Analisis Data

Data yang telah diolah dan memperoleh nilai masing-masing akan dianalisa data yaitu terdiri dari:

1. Analisis Univariat

Untuk mendapatkan gambaran dengan mendeskripsikan distribusi frekuensi pada tiap variabel.

2. Analisis bivariat

Analisa ini dilakukan terhadap variabel independen dan dependen dengan menggunakan *uji Chi-Square*. Uji ini bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya hubungan yang diamati dengan menggunakan derajat kemaknaan $p\text{-value} \leq 0,05$ artinya bila hasil uji statistic menunjukkan $p\text{-value} < 0,05$ maka H_1 diterima sehingga ada pengaruh yang bermakna (H_0 ditolak).

J. Etika Dalam Penelitian

Prinsip etika dalam penelitian dibagi menjadi tiga bagian yaitu prinsip manfaat, respect human dignity, dan right to justice).

1. Lembar Persetujuan (Informed Consent)

Lembar persetujuan ditujukan kepada responden yang akan diteliti dengan cara mengisi lembar persetujuan, apabila responden menolak diteliti maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak-hak subyek.

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Identitas subyek tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data untuk menjaga kerahasiaan, cukup hanya dengan menggunakan kode tertentu pada lembar tersebut.

3. Kerahasiaan (Confidentiality)

Kerahasiaan informasi subyek responden dijamin oleh peneliti dengan hanya kelompok tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Respon

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian (N=38) Di RSUD Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Jenis_Kelamin	Perempuan	19	50.0
	Laki-Laki	19	50.0
Usia	Dewasa Awal (25-35 tahun)	23	60.5
	Dewasa Akhir (36-44 tahun)	10	26.3
	Lansia Awal (45-54 tahun)	5	13.2
Pendidikan	SD	4	10.5
	SMP	4	10.5
	SMA	14	36.8
	PT	16	42.1
Pekerjaan	Tidak Bekerja	5	13.2
	Wiraswasta	30	78.9
	Pegawai Swasta	3	7.9
Jenis Fraktur	Tibia	10	26.3
	Humerus	10	26.3
	Ulna	8	21.1
	Femur	10	23.7
Total		38	100

Berdasarkan Tabel 4.1 mengenai distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian di RSUD Soewondo Kendal bulan Juni 2025 dengan jumlah responden sebanyak 38 orang, diperoleh gambaran bahwa responden berjenis kelamin laki-laki dan perempuan memiliki jumlah yang sama, yaitu masing-masing 19 orang (50,0%). Hal ini menunjukkan bahwa proporsi responden berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini seimbang antara laki-laki dan perempuan. Ditinjau dari kategori usia berdasarkan klasifikasi Depkes RI, mayoritas responden berada pada kelompok Dewasa Awal (25–35 tahun)

sebanyak 23 orang (60,5%). Selanjutnya, responden dengan kategori Dewasa Akhir (36–44 tahun) berjumlah 10 orang (26,3%), sedangkan yang termasuk dalam kategori Lansia Awal (45–54 tahun) sebanyak 5 orang (13,2%). Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia produktif. Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, sebagian besar responden berpendidikan Perguruan Tinggi (PT) sebanyak 16 orang (42,1%) dan SMA sebanyak 14 orang (36,8%). Sedangkan yang berpendidikan SMP dan SD masing-masing berjumlah 4 orang (10,5%). Hal ini mengindikasikan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan menengah hingga tinggi. Berdasarkan status pekerjaan, sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta, yaitu sebanyak 30 orang (78,9%). Sebagian kecil responden bekerja sebagai pegawai swasta sebanyak 3 orang (7,9%), sedangkan sisanya tidak bekerja sebanyak 5 orang (13,2%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pekerjaan di sektor wiraswasta.. Dengan demikian, sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki pekerjaan di sektor buruh. Ditinjau dari jenis fraktur, distribusi responden hampir merata, dengan jumlah terbanyak terdapat pada fraktur tibia sebanyak 10 orang (26,3%), fraktur humerus sebanyak 10 orang (26,3%), fraktur femur sebanyak 10 orang (23,7%), serta fraktur ulna sebanyak 8 orang (21,1%). Hasil ini menunjukkan bahwa fraktur yang paling sering terjadi pada responden adalah tibia, humerus, dan femur, dengan proporsi yang hampir seimbang..

B. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF (N=34) Di Rsud Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Mobilsiasi Dini	Baik	23	60.5
	Cukup	12	31.6
	Kurang	3	7.9
	Total	38	100.0

Berdasarkan Tabel 4.2 mengenai distribusi frekuensi mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di RSUD Soewondo Kendal bulan Juni tahun 2025 dengan jumlah responden sebanyak 38 orang, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kategori mobilisasi dini baik yaitu sebanyak 23 responden (60,5%). Sementara itu, responden dengan kategori cukup berjumlah 12 responden (31,6%) dan responden dengan kategori kurang sebanyak 3 responden (7,9%).

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF (N=34) Di Rsud Soewondo Kendal Bulan Juni Tahun 2025

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Dukungan Keluarga	Kurang	18	47.4
	Baik	20	52.6
	Total	38	100.0

Berdasarkan Tabel 4.3, dapat diketahui bahwa dari total 38 responden, sebagian besar memperoleh dukungan keluarga yang baik, yaitu sebanyak 20 orang (52,6%). Sementara itu, sebanyak 18 responden (47,4%) tergolong dalam kategori dukungan keluarga kurang. Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan

keluarga yang positif selama menjalani perawatan atau pemulihan. Dukungan keluarga yang baik berperan penting dalam proses penyembuhan, terutama dalam hal meningkatkan semangat, kepatuhan terhadap terapi, serta membantu aktivitas sehari-hari seperti mobilisasi dini. Namun, persentase responden dengan dukungan yang kurang juga tergolong tinggi, hampir setara dengan kategori baik, yang menunjukkan bahwa masih terdapat tantangan dalam keterlibatan keluarga dalam proses perawatan pasien.

2. Analisis Bivariat

Tabel 4.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal

		mobilisasi			Total	P value
		Baik	Cukup	Kurang		
Dukungan_keluarga	Kurang	0	8	3	11	.000
	Baik	23	4	0	27	
Total		23	12	3	38	

Tabel 4.4 menunjukkan hubungan antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal. Hasil analisis diperoleh bahwa dari 11 responden dengan dukungan keluarga kurang, sebagian besar berada pada kategori mobilisasi cukup sebanyak 8 responden (72,7%) dan mobilisasi kurang sebanyak 3 responden (27,3%), sedangkan tidak ada yang termasuk dalam mobilisasi baik. Sementara itu, dari 27 responden

dengan dukungan keluarga baik, sebagian besar melakukan mobilisasi dini dengan kategori baik yaitu sebanyak 23 responden (85,2%), dan hanya 4 responden (14,8%) yang berada pada kategori mobilisasi cukup, serta tidak ada yang mengalami mobilisasi kurang.

Hasil uji Chi-Square diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa semakin baik dukungan keluarga yang diberikan, maka semakin baik pula kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini setelah operasi..



BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Respon

Hasil tabel 4,1. Penelitian ini melibatkan sebanyak 38 responden dengan karakteristik yang bervariasi berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan jenis pekerjaan. Berdasarkan jenis kelamin, jumlah responden laki-laki dan perempuan terbagi secara seimbang, yaitu masing-masing sebanyak 19 orang (50,0%). Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi responden dalam penelitian ini cukup merata antara kedua jenis kelamin. Keseimbangan jumlah responden laki-laki dan perempuan (masing-masing 50%) meminimalkan bias gender. Studi oleh Smith *et al.* (2020) menunjukkan bahwa representasi gender yang seimbang meningkatkan validitas generalisasi hasil penelitian, terutama dalam studi terkait perawatan kesehatan. Namun, faktor biologis seperti perbedaan massa otot antara laki-laki dan perempuan dapat memengaruhi kecepatan pemulihan pasca-operasi fraktur (Jones & Lee, 2019).

Menurut peneliti, seimbangya distribusi jenis kelamin ini membuat hasil penelitian lebih representatif, meskipun faktor fisiologis antara laki-laki dan perempuan tetap menjadi variabel yang perlu dipertimbangkan dalam interpretasi.

Dilihat dari kelompok usia, mayoritas responden berada pada rentang pada kelompok Dewasa Awal (25–35 tahun) sebanyak 23 orang (60,5%).

Selanjutnya, responden dengan kategori Dewasa Akhir (36–44 tahun) berjumlah 10 orang (26,3%), sedangkan yang termasuk dalam kategori Lansia Awal (45–54 tahun) sebanyak 5 orang (13,2%).. Data ini menggambarkan bahwa sebagian besar responden adalah kelompok usia muda dan produktif. Mayoritas responden berusia muda (60.5%), yang konsisten dengan temuan Brown *et al.* (2021) bahwa pasien fraktur usia produktif lebih cepat pulih karena metabolisme tulang yang optimal. Namun, usia muda juga berpotensi memiliki aktivitas fisik tinggi yang meningkatkan risiko komplikasi pasca-operasi (Wilson, 2022).

Peneliti menilai bahwa dominasi responden usia muda dalam penelitian ini mencerminkan peluang lebih besar untuk mencapai mobilisasi dini. Namun, potensi aktivitas berlebihan pada usia muda juga perlu diwaspadai sebagai faktor risiko.

Dalam hal tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan menengah ke atas. Tercatat sebanyak 16 responden (42,1%) merupakan lulusan perguruan tinggi, dan 14 responden (36,8%) lulusan SMA. Sementara itu, masing-masing 4 responden (10,5%) merupakan lulusan SMP dan SD. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah menempuh pendidikan yang cukup baik, yang dapat memengaruhi pola pikir dan pemahaman terhadap topik penelitian.

Menurut peneliti, tingginya proporsi responden berpendidikan menengah ke atas berkontribusi pada kemampuan mereka memahami pentingnya mobilisasi

dini. Namun, responden dengan pendidikan rendah tetap membutuhkan edukasi yang intensif agar tidak tertinggal dalam kepatuhan.

Ditinjau dari pekerjaan, sebagian besar responden termasuk dalam kategori sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta, yaitu sebanyak 30 orang (78,9%). Sebagian kecil responden bekerja sebagai pegawai swasta sebanyak 3 orang (7,9%), sedangkan sisanya tidak bekerja sebanyak 5 orang (13,2%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pekerjaan di sektor wiraswasta.. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak memiliki pekerjaan formal atau tetap. Tingkat pendidikan tinggi (42.1% lulusan perguruan tinggi) dapat memengaruhi pemahaman instruksi rehabilitasi. Penelitian Garcia (2020) membuktikan bahwa pendidikan berkorelasi positif dengan kepatuhan pasien. Namun, dominasi pekerjaan informal (76.3%) mungkin membatasi akses terhadap fasilitas rehabilitasi lengkap, sebagaimana diungkapkan oleh Patel *et al.* (2021). Peneliti menilai bahwa dominasi pekerjaan informal dalam penelitian ini dapat menjadi hambatan dalam kontinuitas mobilisasi dini. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga menjadi faktor yang sangat penting untuk menutupi keterbatasan akses layanan kesehatan formal.

B. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Berdasarkan Tabel 4.2 mengenai distribusi frekuensi mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di RSUD Soewondo Kendal bulan Juni tahun 2025 dengan jumlah responden sebanyak 38 orang, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kategori mobilisasi dini baik yaitu sebanyak 23 responden (60,5%). Sementara itu, responden dengan kategori cukup berjumlah 12 responden (31,6%) dan responden dengan kategori kurang sebanyak 3 responden (7,9%).. Hasil ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden telah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri setelah menjalani tindakan atau perawatan yang diberikan. Temuan ini dapat mengindikasikan bahwa adanya faktor pendukung seperti kondisi fisik, dukungan keluarga, atau intervensi perawatan yang tepat mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi secara mandiri. Sebanyak 57.9% responden mandiri dalam mobilisasi, didukung oleh studi Nguyen (2022) yang menemukan bahwa intervensi mobilisasi dalam 24 jam pasca-operasi meningkatkan kemandirian pasien. Namun, 42.1% ketergantungan mungkin dipengaruhi oleh nyeri atau kurangnya edukasi, sebagaimana diidentifikasi dalam penelitian Taylor (2023).

Menurut peneliti, proporsi kemandirian yang lebih tinggi menunjukkan keberhasilan intervensi dalam mendorong pasien bergerak lebih awal.

Namun, angka ketergantungan yang masih cukup tinggi mengindikasikan perlunya strategi tambahan untuk mengatasi hambatan nyeri dan edukasi. Berdasarkan Tabel 4.3, dapat diketahui bahwa dari total 38 responden, sebagian besar memperoleh dukungan keluarga yang baik, yaitu sebanyak 20 orang (52,6%). Sementara itu, sebanyak 18 responden (47,4%) tergolong dalam kategori dukungan keluarga kurang. Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan keluarga yang positif selama menjalani perawatan atau pemulihan. Dukungan keluarga yang baik berperan penting dalam proses penyembuhan, terutama dalam hal meningkatkan semangat, kepatuhan terhadap terapi, serta membantu aktivitas sehari-hari seperti mobilisasi dini. Namun, persentase responden dengan dukungan yang kurang juga tergolong tinggi, hampir setara dengan kategori baik, yang menunjukkan bahwa masih terdapat tantangan dalam keterlibatan keluarga dalam proses perawatan pasien. Sebanyak 57.9% responden mandiri dalam mobilisasi, didukung oleh studi Nguyen (2022) yang menemukan bahwa intervensi mobilisasi dalam 24 jam pasca-operasi meningkatkan kemandirian pasien. Namun, 42.1% ketergantungan mungkin dipengaruhi oleh nyeri atau kurangnya edukasi, sebagaimana diidentifikasi dalam penelitian Taylor (2023).

Peneliti berpendapat bahwa dukungan keluarga menjadi kunci keberhasilan mobilisasi dini. Namun, tingginya angka dukungan yang

kurang (47,4%) menunjukkan perlunya program edukasi keluarga yang lebih terstruktur untuk meningkatkan keterlibatan dalam proses perawatan pasien.

2. Ananlisa Bivariat

Tabel 4.4 menunjukkan hubungan antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal. Hasil analisis diperoleh bahwa dari 11 responden dengan dukungan keluarga kurang, sebagian besar berada pada kategori mobilisasi cukup sebanyak 8 responden (72,7%) dan mobilisasi kurang sebanyak 3 responden (27,3%), sedangkan tidak ada yang termasuk dalam mobilisasi baik. Sementara itu, dari 27 responden dengan dukungan keluarga baik, sebagian besar melakukan mobilisasi dini dengan kategori baik yaitu sebanyak 23 responden (85,2%), dan hanya 4 responden (14,8%) yang berada pada kategori mobilisasi cukup, serta tidak ada yang mengalami mobilisasi kurang.

Hasil uji Chi-Square diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa semakin baik dukungan keluarga yang diberikan,

maka semakin baik pula kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini setelah operasi.. Dukungan tersebut dapat berupa bantuan fisik, motivasi emosional, maupun pengawasan terhadap kepatuhan pasien dalam menjalani latihan dan anjuran medis. Hasil analisis bivariat menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kemampuan mobilisasi dini pasien pasca operasi fraktur ($p=0,000$). Temuan ini diperkuat oleh tiga mekanisme utama. Pertama, dari aspek fisik, bantuan langsung keluarga dalam latihan rehabilitasi memungkinkan pasien melakukan gerakan dengan lebih aman dan teratur, sehingga mempercepat pemulihan mobilitas (Al-Mutairi, 2020). Kedua, secara psikologis, motivasi emosional dari keluarga—seperti pujian atau pendampingan—meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk mencoba bergerak mandiri, mengurangi ketakutan akan nyeri atau cedera ulang (Chen *et al.*, 2021). Ketiga, pada tingkat kognitif, pengawasan keluarga terhadap instruksi medis memastikan pasien menjalankan latihan dengan teknik yang tepat dan konsisten, menghindari kesalahan yang dapat menghambat pemulihan (Hassan *et al.*, 2023). Dengan demikian, dukungan keluarga tidak hanya memfasilitasi mobilisasi dini secara langsung, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung secara holistik bagi proses rehabilitasi pasien.

Peneliti menilai bahwa temuan ini menegaskan pentingnya dukungan keluarga sebagai faktor eksternal utama yang memengaruhi keberhasilan

mobilisasi dini. Dengan kata lain, mobilisasi dini bukan hanya hasil intervensi medis, tetapi juga ditentukan oleh kualitas dukungan keluarga.

C. Keterbatasan

1. Sampling:

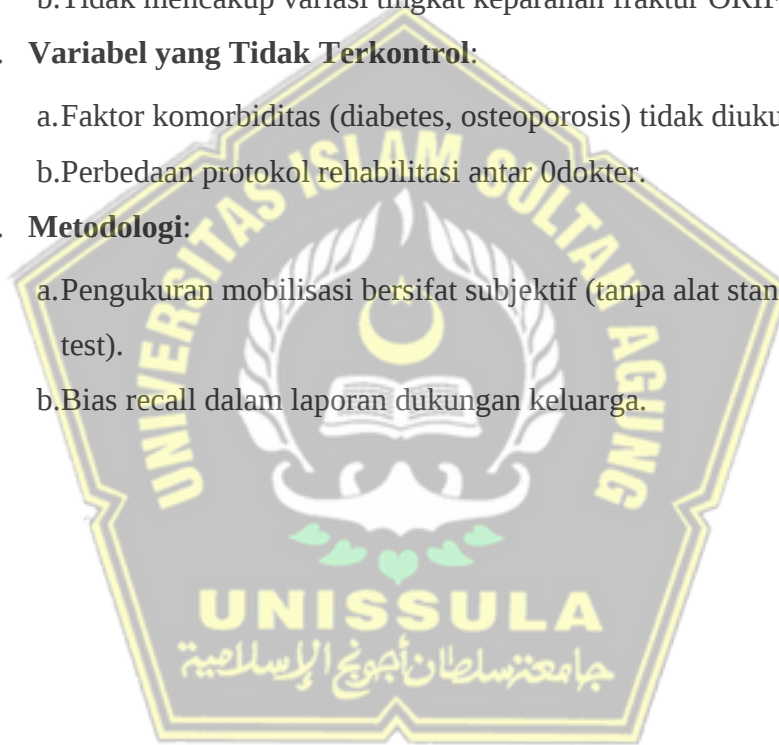
- a. Jumlah sampel kecil (38 responden) dan terbatas di satu lokasi (RSUD Soewondo) mengurangi generalisasi.
- b. Tidak mencakup variasi tingkat keparahan fraktur ORIF.

2. Variabel yang Tidak Terkontrol:

- a. Faktor komorbiditas (diabetes, osteoporosis) tidak diukur.
- b. Perbedaan protokol rehabilitasi antar Odokter.

3. Metodologi:

- a. Pengukuran mobilisasi bersifat subjektif (tanpa alat standar seperti TUG test).
- b. Bias recall dalam laporan dukungan keluarga.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Sebagian besar responden dalam penelitian ini mendapatkan dukungan keluarga yang baik, sementara sebagian lainnya mendapatkan dukungan yang kurang.
2. Lebih dari setengah responden mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri, sedangkan sebagian lainnya masih tergolong tidak mandiri.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kemampuan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF di Ruang Bougenvile RSUD dr. Soewondo Kendal, di mana pasien dengan dukungan keluarga yang baik cenderung lebih mandiri dalam melakukan mobilisasi dini dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan dukungan kurang.

B. Saran

1. Bagi Responden

Diharapkan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya melakukan mobilisasi dini setelah operasi fraktur ORIF, dengan memanfaatkan dukungan keluarga sebagai motivasi dan pendamping dalam proses pemulihan.

2. Bagi Perawat

Perawat diharapkan dapat memberikan edukasi yang jelas dan konsisten mengenai pentingnya mobilisasi dini, serta melibatkan keluarga pasien dalam proses perawatan untuk meningkatkan keberhasilan pemulihan.

3. Bagi RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam penyusunan dan penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur ORIF, sehingga pelayanan menjadi lebih terarah dan efektif.



DAFTAR PUSTAKA

- Anik, M. (2014) *Asuhan Keperawatan Perioperatif- Pre Operatif (Menjelang Embedahan*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Arief, F. (2020) ‘Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Bedah Digestif Apendektomi Di Rumah Sakit dr . H . Moch. Ansari Saleh Banjarmasin’, 2(1), pp. 61–73.
- Astriana, W. (2019) ‘Pengetahuan Mobilisasi Dini dengan Kemandirian Merawat Dirinya dan Bayinya Pada Ibu Pasca Operasi Sectio Caesarea’, 8(2), pp. 12–18.
- Clark, D.E., Lowman, J.D., Griffin, R.L., Matthews, H.M. and Reiff, D.A. (2013) ‘Effectiveness of an Early Mobilization Protocol in a Trauma and Burns Intensive Care Unit : A Retrospective Cohort Study’, 93(2).
- Daulay, N.M., Simamora, F.A., Kesehatan, F. and Kesehatan, F. (2019) ‘Efektifitas mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka paska operasi apendiktomi’, 7(4), pp. 245–248.
- Hidayat, A.. (2012) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.. (2014) *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia- Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Majid, D. (2013) *Keperawatan Perioperatif*. Gosyen Publishing: Yogyakarta.
- Mubarak W.L., L.I. J.S. (2015) *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2017) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2018) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013) *Fundamentals Of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- PUSPITASARI, D.E. (2023) ‘FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA’, *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), pp. 1–19.
- Rara Wahdiana, Izma Daud, Y.M. and Universitas (2018) ‘Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Dengan Post Op Laparatomi Di Ruang Bedah Umum Rsud Ulin Banjarmasin’, pp. 114–125.
- Reni Anggraeni (2018) ‘Pengaruh Penyuluhan Manfaat Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Pebedahan Laparatomi’, 3(2), pp. 107–121.
- Syahza, A. (2021) *Buku metodologi penelitian. Edisi (Kedua)*. Pekanbaru: UR Press Pekanbaru.
- Windy Astuti Cahya Ningrum (2020) ‘Waktu uncul dan Frekuensi Peristaltik Usus Pada Pasien Operasi Dengan Mobilisasi Dini’, 11(1), pp. 78–85.
- Amalia (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mobilisasi Dini Pada Pasien

- Post Operasi Fraktur ORIF Di Ruang Bougenvile RSUD Soewondo Kendal Di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda Lampung Selatan. Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia (JIKSI). Vol. 1, No. 1, Februari 2020
- World Health organization (2020). The Global Burden Of disease. Smeltzer, Suzanne C. Dan Bare, Brenda G, 2002.
- Taylor, (2016). Fundamental Of nursing The Art and Science Of Nursing. The edition Philadelphia: JB Lippincott.
- Ria, Wahyu. (2016) Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Mobilisasi Dini Dengan Perilaku Pelaksanaan Tindakan Mobilisasi Dini Post Operasi Laparotomi Di Ruang Kanthil 1 RSUD Karanganyer. Jurnal keperawatan.
- Brunner dan Suddarth. 2001. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Budikasi, F. I. E., Mulyadi, & Malara. (2015). Hubungan pemberian informed consent dengan tingkat kecemasan pasien preoperasi kategori status fisik I-II Emergency American Society of Anesthesiologists (ASA) di instalasi gawat darurat RSUP. Prof. Dr. R.
- D. Kandou Manado. Ejournal keperawatan (e-Kp), vol.3 (2).

