

EFIKASI DIRI

DALAM MENINGKATKAN
KEMAMPUAN MOBILISASI PASIEN



Dr. Lina Erlina, SKp., MKep., Sp.KMB

PENERBIT POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG

EFIKASI DIRI

**DALAM MENINGKATKAN
KEMAMPUAN MOBILISASI PASIEN**

Dr. Lina Erlina, SKp.,MKep., Sp.KMB

PENERBIT POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG

**EFIKASI DIRI
DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN MOBILISASI PASIEN**

Penulis :

Dr. Lina Erlina, SKp, MKep., Sp.KMB

ISBN : 978-623-94426-4-4

Editor :

Dr. Hotma Rumahorbo., SKp, MEpid

Penyunting :

Nani Avianti, SKp, MSi

Desain sampul dan Tata Letak :

Auliya Khairunnisa Shabira

Penerbit :

Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung

Redaksi :

Jln. Pajajaran No 56

Bandung 40171

Tel (022) 4231627

Fax (022) 4231640

Email : info@poltekkesbandung.ac.id

Cetakan pertama, Juni 2020

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang diperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Kebutuhan mobilisasi fisik merupakan kebutuhan yang fundamental dalam asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran penting mengoptimalkan kemampuan mobilisasi pasien. Perawat dapat menentukan apa yang bisa pasien lakukan untuk meningkatkan mobilisasi dan kapan mobilisasi dimulai sehingga pasien terhindar dari efek negatif imobilisasi.

Efikasi diri mobilisasi dan identifikasinya menggunakan Instrument efikasi diri mobilisasi merupakan bagian penting dan kebaruan buku ini mengingat hal tersebut belum banyak dibahas para ahli baik ahli bidang keperawatan maupun kedokteran.

Buku Efikasi Diri dalam Meningkatkan Kemampuan Mobilisasi Pasien ini membahas secara mendalam tentang Konsep Kebutuhan Mobilisasi; Pengkajian Mobilisasi baik fisik maupun psikis; Perencanaan Keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilisasi; Konsep *self-efficacy* mobilisasi; serta mengenalkan Instrumen *self-efficacy* mobilisasi yang membantu identifikasi kondisi psikis pasien yang memiliki/berisiko mengalami gangguan mobilisasi fisik.

Buku ini dapat dijadikan referensi bagi Perawat serta semua pihak yang terlibat dalam pelayanan pada pasien rawat inap di rumah sakit. Buku ini memudahkan Perawat, Dokter Rehab Medik, Fisioterapis, Terapis Okupasi maupun Mahasiswa keilmuan bidang Kesehatan khususnya Mahasiswa Keperawatan dalam mengelola kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan di rumah sakit.

Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Saran dan kritik membangun penulis harapkan untuk penyempurnaan buku ini.

Bandung, Juni 2020
Penulis

DAFTAR ISI

	hal
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
PENDAHULUAN	1
BAB 1 KONSEP KEBUTUHAN MOBILISASI	2
A. Definisi Mobilisasi dan Imobilisasi	2
B. Perspektif Mobilisasi	4
C. Fisiologi Mobilisasi	7
D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi	16
E. Hambatan Mobilisasi di Rumah Sakit	23
F. Dampak Imobilisasi terhadap Sistem Tubuh	24
BAB 2 PENGKAJIAN MOBILISASI	32
A. Fokus Pengkajian Mobilisasi	32
B. Pengkajian Fisik pada Klien Gangguan Mobilisasi ..	35
C. Pengkajian Psikososial pada Klien Gangguan Mobilisasi	41
D. Pengkajian Efikasi Diri pada Klien Gangguan Mobilisasi	43
BAB 3 PERENCANAAN KEPERAWATAN KLIEN GANGGUAN MOBILISASI	44
A. Diagnosis Keperawatan Pada Klien yang Mengalami Gangguan Mobilisasi.	44
B. Tujuan Asuhan Keperawatan Pada Klien yang Mengalami Gangguan Mobilisasi	50
C. Intervensi Keperawatan Mengatasi Masalah Gangguan Mobilisasi	54
BAB 4 EFIKASI DIRI MOBILISASI	60
A. Definisi Efikasi Diri Mobilisasi	60
B. Fungsi Efikasi Diri Mobilisasi	62
C. Sumber-Sumber Efikasi Diri Mobilisasi	64
D. Dimensi Efikasi Diri.....	69
E. Proses Pembentukan Efikasi Diri.....	71
F. Peran Efikasi Diri terhadap Kemampuan Mobilisasi.	74

BAB 5	INSTRUMEN EFIKASI DIRI MOBILISASI	76
	A. Deskripsi Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi	76
	B. Tujuan dan Sasaran Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi	78
	C. Hasil Uji Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi	79
	D. Cara Pengisian Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi ..	79
	E. Cara Penilaian dan Interpretasi Skor	80
	F. Format Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi	81
DAFTAR PUSTAKA		iv

PENDAHULUAN

Imobilisasi dalam bentuk tirah baring yang lama sampai saat ini masih sering dilakukan pada berbagai kondisi penyakit pasien walaupun efek negatifnya baik fisiologis maupun psikologis telah sejak lama diketahui. Hasil penelitian menunjukkan 83% pasien di rumah sakit hanya berbaring di tempat tidur dan 73% pasien yang mampu berjalan tidak melakukan latihan berjalan selama di rumah sakit¹. Penelitian di rumah sakit dinyatakan Brown bahwa 23%-33% pasien melakukan mobilisasi terbatas di tempat tidur dan kursi, dan 83% dari waktu pasien dihabiskan dengan berbaring di tempat tidur². Brown, Friedkin, dan Inouye juga menyatakan sekitar 16%-33% pasien hanya berbaring di tempat tidur selama dirawat di rumah sakit².

Berbagai kondisi yang dirasakan pasien menjadi kendala yang besar untuk melaksanakan mobilisasi, dengan demikian pasien lebih banyak diam ditempat tidur. Kondisi pasien yang paling sering ditemukan adalah gejala-gejala fisik seperti kelemahan, nyeri, dan kelelahan; Pemasangan alat seperti line intravena, dan kateter urin; kekhawatiran terjadi jatuh; dan kurangnya staf untuk membantu aktifitas pasien diluar tempat tidur¹.

Berbagai upaya perlu dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan, untuk memaksimalkan kemampuan mobilisasi pasien. Pengetahuan tentang konsep mobilisasi yang lengkap serta perencanaan asuhan keperawatan yang jelas dapat membantu upaya tersebut. Pemahaman tentang efikasi diri mobilisasi dan perannya terhadap kemampuan mobilisasi serta cara mengidentifikasinya merupakan hal penting yang perlu diketahui dan dipahami mengingat pentingnya peran efikasi diri terhadap perubahan perilaku mobilisasi pasien.

BAB 1

KONSEP KEBUTUHAN MOBILISASI

Tujuan:

1. Menjelaskan definisi mobilisasi dan imobilisasi
2. Menguraikan perspektif kebutuhan mobilisasi
3. Menguraikan fisiologi mobilisasi
4. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi
5. Menguraikan hambatan mobilisasi di rumah sakit
6. Menguraikan dampak imobilisasi terhadap sistem tubuh

A. Definisi Mobilisasi dan Imobilisasi

Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk dapat bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman^{1,2}. Istilah mobilisasi banyak digunakan untuk menyatakan pergerakan baik secara fisiologis maupun psikologis. Mobilisasi juga didefinisikan sebagai pergerakan individu baik aktual maupun potensial baik pergerakan secara fisik, pergerakan peningkatan kualitas hidup, maupun pergerakan peningkatan kesejahteraan³.

Kemampuan seseorang untuk berpindah dari satu posisi ke posisi yang lain baik posisi duduk, berbaring, berdiri,

dan sebagainya untuk berpartisipasi dalam kegiatan rutin sehari-hari didefinisikan sebagai mobilisasi fungsional. Kegiatan yang termasuk dalam mobilisasi fungsional diantaranya mobilisasi di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi roda, mobilisasi latihan berjalan, mengemudi dan naik kendaraan umum.

WHO menyatakan individu yang mengalami penurunan kemampuan melakukan mobilisasi secara normal dikatakan mengalami keterbatasan kemampuan mobilisasi⁴. Kondisi tersebut lebih lanjut disebut dengan imobilisasi yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan individu untuk bergerak bebas². Kim et al menjelaskan bahwa imobilisasi didefinisikan *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) sebagai gangguan mobilisasi fisik dimana seseorang mengalami keterbatasan gerak fisik sehingga tidak dapat bergerak dengan bebas². Perubahan kemampuan mobilisasi fisik menyebabkan seseorang melakukan pembatasan gerak atau mencari bantuan dari orang lain untuk memenuhi tugasnya^{2,4}. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) mendefinisikan gangguan mobilisasi fisik sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri⁵.

B. Perspektif Kebutuhan Mobilisasi

Tirah baring atau *Bedrest* adalah suatu tindakan menempatkan klien untuk tetap di tempat tidur selama hospitalisasi dengan tujuan terapeutik. Awal tahun 1960 sampai 1900 intervensi *bedrest* dijadikan sebagai *nursing care standard* dalam praktek keperawatan.. Hal ini dimulai dari anggapan bahwa *bedrest* merupakan intervensi terbaik untuk meningkatkan kesehatan, yang dinyatakan oleh Hipocrates: “*whenever one begins to endure pain, it will be relief by rest*”^{5,6}. Saat itu intervensi *bedrest* tidak hanya dianjurkan untuk klien yang tidak dapat melakukan mobilisasi, tetapi juga dilakukan pada berbagai kondisi penyakit ataupun injuri baik akut maupun kronik. *Bedrest* diyakini dapat menyimpan dan memulihkan energi yang diperlukan klien untuk meningkatkan kesehatannya. Harmer menyatakan bahwa individu yang tidak melakukan *bedrest* saat sakit dianggap dapat mengakibatkan pengeluaran energi berlebihan dan mengancam kehidupan^{5,7}.

Perubahan dalam praktik keperawatan terjadi seiring adanya perdebatan didunia kedokteran tentang efek dari *bedrest*. Awal tahun 1944 mulai dipublikasikan berbagai komplikasi akibat *bedrest*. Intervensi *bedrest* mulai di tentang sebagai intervensi *best practice* dan anjuran “*long day in bed*”

berakhir pada tahun 1955⁷. Fokus praktik keperawatan mulai bergeser dari intervensi *bedrest* menjadi ambulasi dini. Harmer & Hendersen menyampaikan suatu tulisan dalam *the Journal of the American Medical Association* (JAMA) menyatakan “*as a panacea for all ills to emphasis on ambulation*”⁷. Sejak itulah intervensi ambulasi klien di luar tempat tidur seperti latihan mobilisasi setiap hari mulai direkomendasikan menjadi standar keperawatan klien. Hal ini dapat dilihat pada Buku teks keperawatan pada awal tahun 1960-an yang menjelaskan secara rinci tentang pentingnya ambulasi baik pada klien *bedrest* maupun klien rawat jalan.

Pengetahuan tentang komplikasi *bedrest* baik fisiologis maupun psikologis mulai berkembang pesat pada abad ke-20. Allen melakukan study secara lengkap terhadap literatur kedokteran yang berkaitan dengan keuntungan dan bahaya dari *bedrest* pada berbagai kondisi yang dipublikasikan tahun 1966-1998⁷. Hasil studi didapatkan bahwa dari 15 percobaan tentang *bedrest* sebagai pengobatan primer, tidak ditemukan adanya hasil yang signifikan meningkatkan perbaikan dan 9 hasil dinyatakan mengalami perburukan yang signifikan (termasuk *acute low back pain, labor, proteinuric hypertension during pregnancy, myocardial infark, dan acute infectious hepatitis*). Dari 24

percobaan *bedrest* setelah tindakan medis, tidak ada hasil yang menunjukkan perbaikan secara signifikan dan 8 mengalami perburukan secara signifikan (termasuk *lumbar puncture, spinal anesthesia, radiculography, dan cardiac catheterization*). Berbagai hasil penelitian lainnya menyimpulkan efek *bedrest* secara fisiologis dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Adaptasi fisiologik yang dihasilkan meliputi penurunan kapasitas kerja berhubungan dengan melemahnya fungsi metabolik, kardiovaskuler, pulmonal, muskuloskeletal, hematologik, sistem imun, thermoregulasi, neuroendokrin dan organ lainnya.^{7,8, 9,10}.

Berbagai hasil penelitian tentang latihan mobilisasi telah banyak dipublikasikan. Program mobilisasi lebih banyak dianjurkan pada klien pasca operasi. Intervensi mobilisasi dini dan latihan pada klien merupakan prioritas dan telah menjadi standar praktik untuk klien di unit bedah¹¹. Klien pascabedah secara konsisten diprogramkan untuk melakukan latihan mobilisasi secepatnya. Kebutuhan mobilisasi sebagai kebutuhan dasar yang harus dipertahankan. Keterbatasan dalam gerakan fisik secara mandiri dikatagorikan sebagai gangguan mobilisasi fisik yang memerlukan intervensi keperawatan.

C. Fisiologi Mobilisasi

Mobilisasi memerlukan koordinasi pergerakan fungsi tubuh yaitu fungsi skeletal, muskuloskeletal dan sistem saraf tubuh. Fisiologi mobilisasi dijelaskan sebagai berikut²:

Sistem skeletal

Sistem skeletal merupakan kerangka tulang dan cartilago yang melindungi organ tubuh kita dan memungkinkan manusia bergerak. Fungsi sistem skeletal meliputi:

1. Menyokong jaringan lunak (*soft tissue*) tubuh manusia (memelihara bentuk dan postur tubuh).
2. Melindungi struktur penting dari tubuh (otak, paru-paru, jantung, dan sumsum tulang belakang)
3. Tempat melekatnya otot-otot, tendon dan ligament, yang pada gilirannya menghasilkan pergerakan.
4. Menyediakan tempat penyimpanan garam mineral dan lemak
5. Menghasilkan sel darah merah (hematopoetis).

Tulang orang dewasa berjumlah 206 tulang dan diklasifikasikan berdasarkan bentuk. Tulang panjang (*long bones*) ditemukan pada ekstremitas atas dan bawah yang berkontribusi terhadap tinggi dan panjang tubuh. Tulang

pendek (*short bones*) terletak pada pergelangan tangan dan ankle yang berkontribusi terhadap pergerakan. Tulang pipih (*flat bones*) ditemukan pada tulang iga dan beberapa tulang tengkorak yang berkontribusi terhadap bentuk. Tulang tidak beraturan (*irreguler bones*) semua tulang yang tidak di klasifikasikan seperti di atas.

Karena tulang sangat kaku maka semua pergerakan untuk merubah posisi bagian tubuh terjadi pada persendian (*joint*). Istilah sendi atau *articulation* berarti area dimana tulang berhubungan mendekat satu sama lainnya. Sendi diklasifikasikan menurut sejumlah pergerakan yang ia lakukan. Sendi yang dapat bergerak bebas disebut *diarthroses* atau *sendi synovial*. Pergerakan pada sendi diarthroses adalah abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi dan rotasi. Pergerakan khusus untuk telapak tangan, ankle, dan klavikula meliputi supinasi, pronasi, inversi dan eversi.

Kekuatan dan *fleksibility* dari sistem skeletal juga bergantung pada ligament, tendons dan kartilago. Ligamen adalah pita fibrous yang mengikatkan sendi bersatu dan menghubungkan tulang dan kartilago. Tendon merupakan jaringan kuat, fleksible, pita fibrous tidak elastik, dan menghubungkan otot ke tulang. Kartilago merupakan jaringan

konektif avaskuler ditemukan pada sendi juga pada hidung, telinga, thorak, trachea dan larynx.

Sistem muskuloskeletal

Kontraksi dan relaksasi dari sistem otot menghasilkan pergerakan tubuh dengan menarik tulang-tulang. *Excitability*, *contractility*, *extensibility* dan *elasticity* dari otot memungkinkan otot melakukan 3 fungsi penting bagi tubuh:

1. Menghasilkan pergerakan (*motion*)
2. Menjaga postur tubuh (kontraksi otot skeletal menjaga tubuh pada posisi tegap).
3. Menghasilkan panas (kontraksi otot skeletal menghasilkan panas dan membantu memelihara panas tubuh)

Terdapat 3 type otot yaitu otot skeletal, otot jantung dan otot polos/visceral. Sistem otot terdiri dari jaringan otot skeletal dan jaringan konektif yang menyusun organ otot individu. Otot mempunyai 2 titik pengikat ke tulang. Ikatan otot pada tulang yang relatif tetap tidak bergerak disebut *origo*, dan ikatan otot dengan tulang yang relatif bergerak disebut *insersi*.

Otot terdiri dari serat otot (*fibers*) yang berkontraksi ketika distimulasi oleh impuls elektrokimia yang berasal dari serabut saraf ke otot melalui neuromuskular junction. Impul

elektrokimia menyebabkan filamen (protein otot *aktin* dan *miosin*) didalam serabut otot saling mendekat satu sama lain, sehingga filament menjadi memendek.

Kontraksi otot dapat dikategorikan berdasarkan tujuan fungsional: bergerak, menahan, atau menstabilkan bagian tubuh. *Concentric tension*: meningkatnya kontraksi otot karena otot memendek sehingga menghasilkan gerakan. *Eccentric tension*: membantu mengontrol kecepatan dan arah gerakan. *Concentric* dan *eccentric* penting untuk pergerakan aktif sehingga disebut *kontraksi dinamis atau isotonic*. *Isometric contraction (static contraction)* meningkatnya kerja otot tetapi tidak ada pemendekan atau pergerakan aktif dari otot (seperti memerintahkan klien untuk mengencangkan atau mengendorkan kelompok otot tertentu). *Voluntar contraction* merupakan kombinasi *antara isotonik dan isometric contraction*.

Sistem saraf

Sistem skeletal dan otot tidak akan menghasilkan gerakan yang bermanfaat tanpa adanya fungsi sistem persarafan. Persarafan menstimulasi otot untuk berkontraksi, lebih spesifik:

1. Sistem saraf afferent membawa informasi dari reseptor di peripher tubuh ke sistem saraf pusat.
2. Sel saraf disebut neuron bertanggung jawab untuk menghantarkan impuls dari satu bagian tubuh ke bagian lainnya.
3. Informasi di proses di susunan saraf pusat dan kemudian terjadi respon tubuh.
4. Sistem efferent membawa response yang diinginkan dari sistem saraf pusat ke sistem skeletal

Precentral gyrus atau area motorik merupakan area utama motorik yang disadari, terdapat di kortek cerebral. Sebagian besar serat motorik turun dari area motorik dan bersilang pada medulla. Sehingga serat motorik dari sebelah kanan area motorik akan menimbulkan gerakan volunter disebelah kiri tubuh dan sebaliknya.

Konsep Body Mekanik

Body mekanik merupakan kemampuan koordinasi dari sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan untuk memelihara keseimbangan, postur, body alignment, selama mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas. Menggunakan body mekanik yang tepat mengurangi injury pada muskuloskeletal sistem, mempermudah

pergerakan tubuh, dan memungkinkan penggunaan energi yang efisien.

Menggunakan body mekanik yang tepat penting untuk keselamatan dan kesehatan perawat dan klien. Perawat menggunakan berbagai macam kelompok otot setiap melakukan aktivitas seperti berjalan, selama round keperawatan, mengangkat dan memindahkan klien, dan mengangkat benda. Gaya berat dan pergesekan secara fisik (friksi) akan mempengaruhi pergerakan tubuh. Menggunakan gaya berat dengan tepat akan meningkatkan efisiensi perawat. Penggunaan yang tidak tepat akan mengganggu kemampuan perawat dalam mengangkat, memindahkan, mengatur posisi klien dan menyebabkan injury yang serius. Pengetahuan tentang struktur dasar dan fungsi dari sistem neuro muskular dan pengetahuan fisiologis dan pathologi yang mempengaruhi mobiliti dan body alignment adalah penting untuk memahami body mekanik.

Alignment. Istilah *body alignment* dan *postur* adalah analog dan menyatakan posisi dari persendian, tendon, ligament dan otot-otot ketika berdiri, duduk dan berbaring. Body alignment yang tepat mengurangi peregangan (strain) pada struktur muskuloskeletal dan resiko injury, media untuk memelihara

tonus otot yang adekuat, dan berperan dalam keseimbangan dan penyimpanan energi tubuh.

Keseimbangan (Balance). Body alignment berarti bahwa pusat gravitasi individu stabil dan peregangan tubuh di minimalisasi. Body alignment berperan dalam keseimbangan tubuh. Tanpa kontrol keseimbangan, pusat gravitasi tubuh akan bergeser., sehingga menyebabkan resiko jatuh dan pada akhirnya injury. Keseimbangan ditingkatkan dengan dasar sokongan yang luas dan postur tubuh yang tepat, dan ketika pusat gravitasi tubuh diturunkan dalam dasar sokongan.yang baik.

Keseimbangan diperlukan untuk menjaga posisi statis seperti duduk, melakukan ADL, dan untuk bergerak bebas di komunitas. Kemampuan keseimbangan dapat dirusak oleh penyakit, injuri, nyeri, perkembangan fisik (usia), perubahan hidup (kehamilan), pengobatan dan imobilisasi yang lama dimana menyebabkan perubahan kondisi. Perawat harus waspada terhadap gangguan keseimbangan sebab itu adalah ancaman utama terhadap keselamatan fisik. Gangguan keseimbangan juga menyebabkan klien takut jatuh, dan pembatasan aktivitas oleh dirinya klien sendiri.

Gravitasi dan Pergesekan (friction). Berat adalah gaya yang dikenakan pada tubuh oleh karena gravitasi. Untuk mengangkat dengan aman, pengangkat harus mengatasi gaya dari objek sehingga dapat diangkat dan mengetahui pusat gravitasi dari objek tsb. Pada objek yang simetris, pusat gravitasi berada tepat pada tengah-tengah objek. Perawat tidak hanya mengangkat objek simetris, tetapi juga mengangkat klien/orang. Orang tidak memiliki geometris yang sempurna, pusat gravitasi manusia biasanya 55 % - 57 % dari tinggi badan dan terletak ditengah-tengah badan. Gaya berat selalu mengarah ke bawah, itulah mengapa objek yang tidak seimbang akan jatuh. Klien atau para perawat yang tidak tegap/stabil dapat jatuh karena pusat gravitasi tidak seimbang karena gravitasi menarik berat badan. Oleh karena itu perawat bertanggung jawab untuk melindungi klien dari bahaya jatuh dan menjamin keselamatan klien dan dirinya sendiri.

Friction. Gaya yang terjadi dalam arah yang berlawanan dengan pergerakan. Ketika perawat membalikkan, memindahkan, membangunkan klien dari tempat tidur, friksi pasti terjadi. Perawat dapat mengurangi friksi dengan mengikuti beberapa prinsip. Semakin besar area permukaan

objek untuk digerakkan, semakin friksi terjadi. Objek yang besar menghasilkan resistensi yang besar untuk bergerak. Untuk mengurangi area permukaan dan mengurangi friksi ketika klien memungkinkan untuk dipindahkan dari tempat tidur, tangan klien sebaiknya diletakkan melintang pada dada klien. Ini adalah untuk mengurangi area permukaan dan mengurangi friksi.

Sedapat mungkin, perawat sebaiknya menggunakan beberapa kekuatan klien pada saat mengangkat, memindahkan, atau menggerakkan klien. Ini dapat dilakukan dengan menjelaskan prosedur dan menjelaskan pada klien kapan dan bagian tubuh yang mana yang dipindahkan. Hasilnya seharusnya merupakan pergerakan yang sinkron dimana klien dapat berpartisipasi dan friksi dapat dikurangi.

Friksi juga dapat dikurangi dengan mengangkat klien daripada menggeser klien. Mengangkat merupakan kegiatan menaikkan dan menurunkan tekanan diantara klien dan tempat tidur. Meletakkan klien pada spreng atau selimut dan kemudian spreng atau selimut digeserkan akan mengurangi friksi karena klien akan lebih mudah bergeser sepanjang permukaan tempat tidur.

D. Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi

Faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi telah banyak diteliti para ahli. Penelitian umumnya berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi kardiorespirasi, fungsi neuromuskular, kemampuan fungsional, kekuatan dan massa otot, kemampuan berjalan dan keseimbangan. Faktor-faktor tersebut mendasari kemampuan mobilisasi individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi diuraikan sebagai berikut:

1. Usia

Usia sangat berpengaruh terhadap kemampuan individu melakukan mobilisasi. Peningkatan usia menyebabkan penurunan fungsi yang tidak dapat dihindari baik pada fungsi neuromuskular, fungsi kardiovaskuler ⁵, penurunan massa dan kekuatan otot ⁶, kemampuan berjalan ^{5,7,8}, dan keseimbangan ⁹.

Hebblinck M & Day J menyatakan puncak kekuatan otot individu terjadi pada usia 18-27 tahun ¹⁰. Mulai usia 40 tahun dinyatakan Lexell bahwa jaringan otot secara bertahap akan mengalami penurunan baik secara kuantitas maupun kualitas ¹¹. Vandervoort & Morley menjelaskan bahwa setelah usia 50 tahun massa otot akan menurun 1-2% setiap tahunnya; penurunan lebih cepat terjadi setelah usia 60 tahun

yaitu 1,5-3%, dan semakin cepat lagi setelah usia diatas 75 tahun, individu lanjut usia akan mengalami penurunan massa otot mencapai 8-50% ⁶.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan hubungan antara penurunan massa dan kekuatan otot dengan kemampuan mobilisasi terutama pengaruhnya terhadap kemampuan berjalan individu. Usia lanjut secara signifikan memiliki massa otot yang lebih rendah dan kecepatan berjalan yang lebih lambat dibandingkan individu yang berusia muda⁸. Kecepatan berjalan pada usia lanjut jauh lebih rendah dibandingkan pada usia muda dan usia pertengahan, makin bertambah usia makin rendah kecepatan berjalan individu ⁷.

Keseimbangan individu merupakan bagian yang fundamental untuk melakukan mobilisasi. Hal ini juga dipengaruhi oleh peningkatan usia individu. Keseimbangan saat berdiri dikendalikan terutama oleh otot tungkai. Visser et al menyatakan peningkatan usia menyebabkan penurunan kekuatan otot tungkai yang menyebabkan penurunan keseimbangan¹³. Berkurangnya kepadatan mineral tulang, kerusakan visual, dan vestibuler dan perubahan somatosensori juga menyebabkan berkurangnya kemampuan mobilisasi pada usia lanjut.

2. Lama *bedrest*

Efek *bedrest* lama diantaranya mempengaruhi muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal sangat penting untuk menopang tubuh dan mempertahankan postur tubuh dalam posisi tegak. Otot-otot antigravitasi dari punggung bawah, perut, paha, dan kaki bagian bawah sangat penting untuk pemeliharaan postur dan keseimbangan individu. Sehingga respon muskuloskeletal akibat *bedrest* dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi individu.

Beberapa ahli menyatakan respon dominan muskuloskeletal akibat *bedrest* adalah terjadinya atropi otot secara progresif. Keseimbangan negatif akibat *bedrest* lama merupakan gejala awal terjadinya atropi otot yang dramatis akibat ketidakseimbangan sintesis protein dan degradasi otot rangka. Deitrick et al melakukan studi terhadap empat orang laki- laki usia muda yang sehat yang melakukan *bedrest* dan imobilisasi. Hasil penelitian menunjukkan ekskresi nitrogen urin meningkat pada hari kelima *bedrest* dan mencapai puncaknya pada minggu kedua mencapai 20-43%¹⁴.

Kondisi otot yang tidak digunakan saat *bedrest* menyebabkan kerusakan struktur dan fungsi otot. Penurunan masa otot selama *bedrest* akan diikuti dengan penurunan kekuatan otot. Penurunan terbesar terjadi pada otot- otot

antigravitasi. Dudley et al dan Gogia et al menyatakan kekuatan maksimal dari knee flexor (-6%) dan knee extensor (-19%) menurun setelah 30 hari *bedrest*; 35 hari *bedrest* menyebabkan penurunan kekuatan maksimal ankle plantar flexors (-25%), ankle dorsi flexors (-8%), knee flexors (-8%), knee extensor (-19%), dan elbow flexors (-7%)¹⁵.

Para ahli menyatakan kekuatan otot ekstremitas bawah berkurang secara signifikan setelah *bedrest* beberapa hari. Kekuatan ekstremitas bawah menurun setelah 10 hari *bedrest*; kehilangan massa dan kekuatan otot terjadi setelah 28 hari *bedrest*^{16,17}. Hal menjadikan individu cenderung mengalami penurunan aktifitas fisik terutama kemampuan fungsional sehingga berisiko mengalami keterbatasan mobilisasi.

Penurunan kekuatan otot akibat *bedrest* juga berkaitan dengan terjadinya penurunan fungsi metabolik. Lipman et al melaporkan terjadi intoleransi glukosa dalam 3 hari pertama *bedrest*, karena *bedrest* mempengaruhi penurunan aksi insulin dalam tubuh yang disebabkan penurunan sensitifitas insulin pada otot-otot yang tidak aktif¹⁸. Sensitifitas insulin menurun setelah 3-5 hari *bedrest*¹⁹. Aksi insulin perifer, sekresi insulin, dan metabolisme jaringan adipose juga menurun setelah 9 hari *bedrest*²⁰. Hal

ini menimbulkan kondisi hiperglikemia yang tidak terkontrol. Konsekuensi hiperglikemia adalah katabolisme disertai dengan pemecahan protein otot dan penggunaan energi yang tidak memadai sehingga terjadi penurunan fungsi otot²¹.

3. Fatigue

Fatigue dalam penggunaan klinis sering diartikan sebagai penurunan kekuatan dalam melakukan aktifitas fisik^{22,23,24}. Avlund K menyatakan etiologi fatigue sering karena penyakit, obat-obatan, gangguan otot, nyeri, depresi dan masalah psikologis lainnya, kurang tidur, stress dan ketegangan psikososial²³. Munculnya gejala fatigue tidak dapat diabaikan karena mendasari beberapa masalah kesehatan dan proses penyakit individu.

Fatigue merupakan faktor risiko terjadinya keterbatasan mobilisasi. Setiap peningkatan fatigue berhubungan dengan melambatnya kecepatan berjalan²⁵. Fatigue juga menyebabkan penurunan keseimbangan²⁴. Keseimbangan diperlukan dalam mempertahankan mobilisasi dan memiliki fungsi untuk mempertahankan keselarasan dari tiap segmen tubuh baik saat melakukan aktifitas tertentu atau mempertahankan posisi tubuh.

Mengurangi fatigue merupakan salah satu strategi untuk memelihara mobilisasi seseorang, karena peningkatan fatigue dapat menyebabkan rendahnya kemampuan mobilisasi individu²⁶.

4. Nyeri

Nyeri berperan penting terhadap penurunan kemampuan mobilisasi individu^{9,27,28}. Hubungan keterbatasan mobilisasi dengan nyeri berdasarkan usia telah diteliti, usia 50-59 tahun menunjukkan hubungan yang lebih kuat antara keterbatasan mobilisasi dengan nyeri dibandingkan pada usia yang lebih tua. Keterbatasan mobilisasi lebih banyak terjadi pada individu yang mengalami nyeri dibanding yang tidak nyeri²⁹.

Efek nyeri terhadap kemampuan mobilisasi telah terbukti dipengaruhi oleh lokasi dan keparahan nyeri. Nyeri pada tungkai bawah merupakan penyebab yang paling sering terhadap penurunan kemampuan mobilisasi (38%) dan 15% karena nyeri punggung³⁰. Individu yang memiliki riwayat hip fraktur dengan nyeri berat mengalami 3,5 kali berisiko penurunan aktifitas fisik dibandingkan yang mengalami nyeri ringan atau tidak nyeri²⁷.

5. Emosi

Emosi negatif merupakan respon psikis yang paling umum terjadi selama perawatan. Respon emosi negatif umumnya ditandai dengan klien mengalami stress, anxietas, dan depresi. Stress merupakan reaksi normal terhadap situasi; Anxietas merupakan stres yang berlanjut, kekhawatiran yang terus menerus walaupun situasi yang dihadapinya telah selesai; dan depresi adalah perasaan sedih yang lebih intens dan dalam jangka waktu yang lama.

Depresi merupakan salahsatu keluhan klien yang paling umum terjadi selama perawatan sehingga klien sangat rentan terhadap efek negatif dari depresi tersebut. Berbagai penelitian tentang hubungan depresi dengan keterbatasan mobilisasi banyak dilakukan. Hasil studi Ishizaki et al menunjukkan terjadi peningkatan tingkat depresi pada individu setelah 20 hari *bedrest* ³¹. Depresi merupakan prediktor terjadinya keterbatasan mobilisasi dan penurunan kemampuan fisik tetapi ketidakmampuan dan penurunan kemampuan fisik juga disebut sebagai faktor risiko terjadinya depresi. Ketidakmampuan fisik menjadikan individu tergantung dengan bantuan orang lain sehingga dapat menyebabkan depresi. Kondisi depresi juga menyebabkan ketidakmampuan fisik akibat menurunnya motivasi individu

untuk melakukan aktifitas fisik³². Penelitian longitudinal menyimpulkan ketidakmampuan mobilisasi lebih tinggi terjadi pada individu depresi (67,3%) dibandingkan yang tidak depresi (48,3%)³³.

E. Hambatan Mobilisasi Klien di Rumah Sakit

Bedrest sampai saat ini masih banyak dilakukan klien selama perawatan di rumah sakit. Berbagai kondisi dirasakan klien maupun perawat dan menjadi kendala besar untuk mempertahankan mobilisasi. Klien lebih banyak ditempat tidur dan melakukan mobilisasi dianggap dapat memperparah penyakitnya. Hal ini juga diperberat oleh kondisi hospitalisasi.

Kondisi klien yang paling sering menjadi kendala adalah gejala-gejala fisik seperti kelemahan, nyeri, dan kelelahan; Pemasangan alat seperti line intravena, dan kateter urin; kekhawatiran terjadi jatuh; dan kurangnya staf untuk membantu aktifitas klien diluar tempat tidur³⁴. Penelitian Demeke et al didapatkan faktor-faktor yang seringkali menjadi hambatan klien melakukan mobilisasi di rumah sakit yaitu kelemahan (56%), sesak nafas (29,8%), dan pusing (45,9%). faktor lainnya adalah faktor psikososial yaitu kurangnya motivasi dan takut jatuh (14,7%) dan faktor

institusional seperti monitoring dan peralatan rumah sakit yang kurang (19,4%)³⁶.

F. Dampak Imobilisasi terhadap Sistem Tubuh

Imobilisasi dalam waktu yang lama dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh baik fungsi fisiologis maupun psikologis.. Dampak tersebut dapat muncul secara perlahan atau segera pada klien. Semakin luas dan lama durasi imobilisasi, semakin berat konsekuensinya.

Perubahan metabolisme

Sistem endokrin terdiri dari kelenjar yang menghasilkan hormone yang berfungsi memelihara dan mengatur fungsi vital seperti:

1. Merespon terhadap stres dan injury
2. Pertumbuhan dan perkembangan
3. Reproduksi
4. Keseimbangan ion-ion (homeostasis)
5. Metabolisme energi.

Kehidupan sel dan jaringan didalam lingkungan internal dipelihara dan diatur oleh sistem endokrin melalui pengaturan sodium, potassium, air dan keseimbangan asam basa. Basal metabolite rate (BMR)

dipelihara oleh hormon thyroid. Cadangan energi tubuh tersedia dengan adanya aksi yang terintegrasi antara sistem gastrointestinal dan hormon pankreas.

Imobilisasi mengganggu fungsi normal metabolisme. Penurunan metabolisme rate, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, menyebabkan gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, dan kalsium. Beberapa gangguan gastrointestinal seperti penurunan motilitas gastrointestinal akibat imobilisasi juga dapat terjadi. Fungsi intestinal menjadi tertekan, penurunan nafsu makan, peristaltic usus menurun, penghentian absorpsi, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit menjadi lebih buruk.

Imobilisasi mempengaruhi penurunan aksi insulin dalam tubuh akibat penurunan sensitifitas pada otot-otot yang tidak aktif terhadap hormon insulin. Alibegovic et al menyatakan bahwa efek imobilisasi 9 hari menyebabkan penurunan pada aksi insulin periper, sekresi insulin, dan metabolisme jaringan adipose⁹.

Perubahan Pernafasan

Kekurangan melakukan mobilisasi dan latihan bergerak menyebabkan klien beresiko tinggi mengalami komplikasi pernafasan. Komplikasi pernafasan yang paling

umum terjadi adalah atelectasis (collapse alveoli) dan hypostatic pneumonia (inflamasi paru-paru karena adanya penumpukan sekret). Juga dapat terjadi penurunan Oksigenasi, lamanya penyembuhan dan ketidak nyamanan klien. Pada atelectasis, broncial atau bronchus menjadi tertutup oleh karena sekret dan bagian distal jaringan paru (alveoli) menjadi collapse karena udara yang ada telah diabsorpsi. Smorawiński et al menjelaskan bahwa imobilisasi dapat menurunkan VO₂ max individu. VO₂ max lebih rendah 7% pada individu yang melakukan *endurance training* setelah tiga hari imobilisasi dibandingkan yang tidak imobilisasi⁴⁰.

Komplikasi lain adanya penurunan kemampuan untuk batuk produktif. Akibatnya distribusi mukus di paru-paru meningkat apalagi pada saat posisi berbaring, terlentang dan miring. Mukus merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri sehingga berpotensi terjadi hypostatic pneumonia.

Perubahan kardiovaskuler

Orthostatic hypotension. Menurunnya tekanan darah sistolik (20 mmHg) dan diastol (10 mmHg) pada saat bangun dari tidur ke duduk atau dari posisi duduk ke berdiri. Klien

imobilisasi terjadi penurunan sirkulasi volume cairan, penumpukan darah pada ekstremitas bawah dan penurunan response autonom. Faktor tersebut menimbulkan penurunan aliran balik vena, diikuti dengan penurunan cardiac output, dimana dimanifestasikan dengan penurunan tekanan darah. Tanda-tanda orthostatik mulai muncul pada hari ke 3 atau ke 4 tirah baring dan terus terjadi selama klien tirah baring. Hipotensi orthostatik disertai kelemahan otot akibat tirah baring meningkatkan risiko cedera individu²¹. .

Imobilisasi meningkatkan kerja jantung dan konsumsi oksigen. Jantung bekerja keras dan menjadi tidak efisien saat beristirahat sehingga menimbulkan kegagalan cardiac output. Imobilisasi juga meningkatkan denyut jantung. Denyut jantung meningkat satu setengah kali per menit setelah imobilisasi 3-4 minggu.

Trombus adalah penumpukan platelet, fibrin, faktor pembekuan, elemen sel darah menempel pada dinding dalam pembuluh arteri atau vena, kadang menimbulkan sumbatan lumen pembuluh darah tersebut. Pembentukan thrombus dipengaruhi oleh hilangnya integritas dinding pembuluh darah (injuri), aliran darah tidak normal (lambatnya aliran darah karena bedrest), perubahan unsur-unsur darah (perubahan faktor pembekuan darah atau meningkatnya aktivitas platelet).

Perubahan muskuloskeletal

Efek imobilisasi pada sistem muskuloskeletal dapat terjadi gangguan permanen atau sementara. Pembatasan mobilisasi dapat menghilangkan endurance, kekuatan, masa otot dan menurunkan kestabilan dan keseimbangan tubuh. Efek lain juga dapat terjadi gangguan metabolisme kalsium dan pergerakan sendi.

Efek pada otot. Karena pemecahan protein, klien kehilangan masa otot dimana protein terutama disimpan dalam otot. Penurunan masa otot menurunkan kemampuan beraktivitas. Imobilisasi yang lama menyebabkan terjadinya atrofi otot (kehilangan jaringan otot). Massa otot akan menurun akibat penurunan metabolisme. Jika otot tidak dilatih maka akan terjadi penurunan massa otot berkelanjutan dan atrofi dapat terjadi akibat respon *bedrest*. Kasper et al menyatakan individu dengan kondisi *bedrest* akan mengalami kurangnya kekuatan otot dari tingkat dasarnya rata-rata 3% sehari.

Efek pada tulang menyebabkan gangguan metabolisme kalsium dan ketidaknormalan sendi. Imobilisasi menimbulkan resorpsi tulang sehingga kepadatan tulang menurun atau atrofi dan terjadinya disuse osteoporosis.

Hyperkalsemia mungkin terjadi karena mobilisasi kalsium dari tulang meningkat. Peningkatan resorpsi terjadi selama tirah baring sehingga pada minggu pertama akan terjadi peningkatan kalsium urin sampai di atas 60% pada minggu ke 6-7. Hal ini berkontribusi terhadap terjadinya keseimbangan negatif kalsium tulang¹⁹.

Kontraktur sendi kondisi abnormal dan mungkin permanen dari sendi ditandai dengan sendi tidak dapat digerakan. Hal ini dapat terjadi akibat sendi lama tidak digunakan, atropi, dan pemendekan serabut otot. Kontrakstur sendi bisa terjadi sehingga sendi tidak dapat melakukan ROM secara penuh. Kontraktur sendi yang umum yaitu footdrop (plantar flexion yang permanen).

Perubahan eliminasi urin

Pada saat posisi tegap/berdiri, aliran urin keluar dari pelvis ginjal ke kandung kemih dibantu kekuatan gravitasi. Posisi recumbent atau berbaring menyebabkan posisi ginjal dan ureter sejajar sehingga aliran urine menjadi lambat. Karena kontraksi peristaltik ureter tidak cukup kuat mengatasi gravitasi menyebabkan urin statis. Kondisi ini meningkatkan resiko infeksi perkemihan dan pembentukan batu ginjal.

Resiko batu ginjal juga meningkat akibat gangguan metabolisme kalsium dan hiperkalsemia.

Perubahan integumen

Luka tekan/ *decubitus/ pressure ulcer* merupakan kerusakan kulit karena adanya ischemia jaringan yang lama (penurunan suplai darah). Ulcer awalnya ditandai dengan adanya inflamasi dan biasanya terjadi pada area penonjolan tulang. Ketika klien berbaring atau duduk di kursi, berat badan berada pada penonjolan tulang. Penekanan yang lama menyebabkan ischemia yang menyebabkan resiko terjadinya kerusakan kulit.

Efek Psychologis

Imobilisasi dapat menimbulkan respons emosional (depresi) dan tingkah laku, perubahan sensory dan perubahan mekanisme pertahanan diri (koping)-menarik diri atau pasif/apatis.

Berbagai hasil penelitian tentang dampak imobilisasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1.
Dampak imobilisasi pada individu

EFEK FISIOLOGIS	
1.	Muskuloskeletal
	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan sintesis protein • Atrophy otot dan penurunan massa otot • Penurunan kekuatan otot • Penurunan kapasitas latihan • Pemendekan jaringan konektif dan kontraktur sendi • Penurunan densitas tulang • Dekubitus
2.	Endokrin dan metabolisme
	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan sensitivitas insulin • Penurunan aktifitas aldosteron dan renin plasma • Peningkatan natriuretic peptide atrial
3.	Pulmonal
	<ul style="list-style-type: none"> • Atelectasis • Pneumonia • Penurunan tekanan inspirasi maksimal dan kemampuan kapasitas vital
4.	Cardiovaskular
	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan total cardiac dan ukuran ventrikel kiri • Penurunan compliance venous ekstremitas bawah • Intoleransi orthostatic • Penurunan kardiak output, stroke volume, dan resistensi peripheral vascular • Gangguan fungsi microvaskular • Penurunan respon cardiac terhadap stimulasi sinus carotid
EFEK PSIKOLOGIS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Depresi • Perubahan siklus tidur • Gangguan koping

BAB 2

PENGKAJIAN MOBILISASI

Tujuan:

1. Menguraikan fokus pengkajian mobilisasi
2. Menjelaskan pengkajian fisik pada klien gangguan mobilisasi
3. Menjelaskan pengkajian psikososial pada klien gangguan mobilisasi
4. Menjelaskan pengkajian efikasi diri (*self-efficacy*) pada klien gangguan mobilisasi

A. Fokus Pengkajian Mobilisasi

Pengkajian keperawatan tentang kemampuan mobilisasi klien berfokus pada *Range of Motion* (ROM), gaya berjalan, toleransi latihan (*exercise*) dan aktivitas, dan *body alignment*². Pengkajian dimulai dari posisi yang paling membutuhkan bantuan sampai ke tingkat kemampuan mobilisasi yang paling ditoleransi klien. Perawat pada umumnya memulai pengkajian pada saat klien berbaring, posisi duduk di tempat tidur, berpindah ke kursi dan akhirnya mengkaji gaya berjalan. Hal ini dilakukan untuk melindungi keselamatan klien.

a. Range of Motion

ROM merupakan merupakan kesiapan maksimum gerakan yang dilakukan sendi. Gerakan yang dilakukan pada potongan tubuh sagital yaitu fleksi dan ekstensi (jari-jari tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul); frontal yaitu abduksi dan adduksi (lengan dan tungkai) dan eversi dan inversi (kaki); transversal yaitu pronasi dan supinasi (tangan), rotasi internal dan eksternal (lutut), dan dorsifleksi dan plantarfleksi (kaki).

Pengkajian rentang gerak meliputi data tentang kekakuan sendi, pembengkakan, nyeri, keterbatasan gerak, dan gerakan yang tidak simetris. Pengkajian dilakukan dengan membandingkan ROM ekstremitas kiri dan kanan, adanya ketidaknyamanan gerak sendi yang tiba-tiba atau terus menerus atau ditemukan adanya tahanan saat pergerakan. Perawat mengkaji kemampuan klien untuk melakukan latihan ROM aktif, kebutuhan akan bantuan, penyuluhan, atau penguatan. Goniometer dapat digunakan untuk mengukur kemampuan ROM, tetapi dengan melakukan latihan juga dapat mengidentifikasi sejauh mana kemampuan ROM klien.

b. Gaya berjalan (*Gait*)

Istilah gaya berjalan digunakan untuk menggambarkan cara klien ketika berjalan. Lehman et al menjelaskan siklus berjalan dimulai dengan mengangkat tumit salah satu tungkai sampai dengan mengangkat tumit tungkai yang lain. Dalam kondisi normal tiap siklus berlangsung 1 detik.

Pengkajian gaya berjalan meliputi kestabilan, keseimbangan, postur, koordinasi, kemudahan bergerak, jarak langkah, dan kemampuan berjalan tanpa bantuan. Postur gaya berjalan normal yaitu kepala tegak; vertebra servikal, thorakal, lumbal sejajar; pinggul dan lutut fleksi; dan lengan bebas mengayun bersamaan dengan kaki².

c. Toleransi aktifitas

Toleransi aktifitas adalah jenis dan jumlah latihan yang dapat dilakukan seseorang. Pengkajian ini diperlukan untuk merencanakan intervensi aktifitas seperti latihan ROM, berjalan, atau aktifitas sehari-hari pada klien dengan penyakit akut atau kronik. Pengkajian toleransi aktifitas meliputi perubahan fisiologis (misalnya nyeri dada, dispnea,

perubahan tanda-tanda vital, atau kelemahan selama latihan); emosional (cemas atau depresi), dan tingkat perkembangan (usia anak-anak, ibu hamil, usia tua)².

d. *Body alignment*

Pengkajian *body alignment* dilakukan saat posisi pasien berbaring, duduk, dan berdiri. *Body alignment* dinilai meliputi kelengkungan dan keselarasan tulang belakang dalam hal bentuk, panjang dan kesimetrisan terhadap seluruh ekstremitas. Kondisi klien dengan kelemahan otot, paralisis otot, atau kerusakan sistem saraf dapat mempengaruhi kesejajaran tubuh. Klien ditempatkan pada posisi yang relax natural dan tidak kaku. Klien yang tidak sadar atau immobilisasi, bantal dan alat bantu posisi harus dilepas dan klien pada posisi berbaring (*supine position*).

B. Pengkajian Fisik pada Klien Gangguan Mobilisasi

Pengkajian fisik dilakukan dengan *head to toe* fokus pada area fisiologis yang meliputi sistem metabolik, pernafasan, kardiovaskuler, muskuloskeletal,

kulit dan eliminasi. Pengkajian psikososial juga penting dilakukan.

Sistem metabolik

Pengkajian fungsi metabolic dilakukan pengkajian antropometrik (berat badan, tinggi badan, dan ketebalan kulit), keseimbangan intake dan output cairan, pemeriksaan laboratorium meliputi: elektrolit, serum protein (albumin dan total protein), dan *blood urea nitrogen* (BUN).

Melakukan pengkajian intake nutrisi, pola eliminasi, dan penyembuhan luka akan membantu menentukan adanya perubahan fungsi gastro intestinal dan potensial masalah metabolik. Kecepatan penyembuhan luka menunjukkan baik tidaknya nutrisi terkirim ke jaringan. Intake makanan klien harus dikaji karena anoreksia umumnya terjadi pada klien imobilisasi. Ketidakseimbangan nutrisi dapat dihindari jika perawat mengkaji pola diet klien.

Sistem Respirasi

Pengkajian sistem pernafasan sebaiknya dilakukan setiap 2 jam sekali bagi klien yang mengalami

pembatasan aktivitas. Inspeksi pergerakan dinding dada selama siklus inspirasi-ekspirasi. Pada area atelektasis, pergerakan dada mungkin tidak simetris. Auskultasi keseluruhan area paru-paru untuk mengidentifikasi suara pernafasan, crackles atau wheezing. Auskultasi sebaiknya focus pada area paru yang terganggu. Sekresi paru-paru cenderung berkumpul pada area bawah paru. Pemeriksaan sistem respirasi yang lengkap dapat mengidentifikasi adanya secret dan dapat digunakan untuk menetapkan intervensi keperawatan untuk mengoptimalkan fungsi pernafasan.

Sistem Kardiovaskuler

Pengkajian kardiovaskuler klien imobilisasi meliputi monitoring tekanan darah, evaluasi pulsasi apical dan periphal, dan observasi tanda-tanda statis vena (edema dan penyembuhan luka yang lama). Orthostatic hypotensi tidak dialami oleh semua klien namun perlu dilakukan monitor tanda-tanda vital pada saat klien berusaha untuk duduk atau berdiri. Pindahkan klien secara bertahap ketika berpindah posisi dari posisi telentang (supine) ke kursi roda. Monitor kemungkinan adanya keluhan pusing. Lance dkk menyatakan semakin

lama periode imobilisasi, semakin besar resiko hypotensi pada saat klien berdiri².

Mengkaji denyut nadi apical dan peripheral. Posisi dorsal recumbent meningkatkan beban kerja jantung sehingga akan menaikkan tekanan darah. Lansia mungkin tidak toleransi terhadap peningkatan beban kerja jantung dan dapat menyebabkan gagal jantung. Bunyi jantung ke-3 yang terdengar di apex mengindikasikan gagal jantung kongesti. Memonitor denyut nadi peripher dapat mengevaluasi kemampuan jantung. Catat dan segera laporkan jika ditemukan tidak ada denyut nadi peripher di ekstremitas bawah.

Edema dapat terjadi pada klien injury atau tidak mampu mengatasi peningkatan beban kerja jantung. Pengkajian meliputi sacrum dan bagian kaki. Apabila jantung tidak mampu mengatasi peningkatan beban kerja maka area peripher seperti tangan, kaki, hidung dan daun telinga akan terasa lebih dingin dibandingkan dengan area pusat tubuh. Lakukan pengkajian sistem vena karena DVT berbahaya pada klien keterbatasan aktivitas. Embolus akibat sumbatan trombosis vena dapat melalui sistem sirkulasi ke paru-paru yang menyebabkan gangguan sirkulasi dan oksigenasi.

Pengkajian DVT dilakukan dengan membuka stocking elastis klien atau peralatan yang menimbulkan kompresi pada kaki klien setiap 8 jam kemudian observasi bagian betis kemungkinan terjadinya kemerahan, panas dan pelunakan (tenderness). DVT juga dapat terjadi pada bagian paha sehingga pemeriksaan bagian paha harus dilakukan setiap hari apabila klien cenderung mengalami trombosis.

Sistem muskuloskeletal.

Masalah utama muskuloskeletal yang dapat ditemukan pada saat pengkajian meliputi penurunan tonus otot dan kekuatannya, kehilangan masa otot, dan kontraktur. Pemeriksaan antropometrik menggambarkan adanya kehilangan tonus dan masa otot. Atropi otot akan muncul apabila otot tidak mendapatkan beban atau tidak digunakan karena *bedrest* lama.

Pengkajian ROM penting dilakukan sebagai dasar untuk mengetahui apakah terjadi gangguan pergerakan sendi. ROM dapat diukur dengan menggunakan goniometer.

Klien dengan resiko osteoporosis (*bedrest* yang lama, wanita menopause, klien yang mendapat steroid, dan klien

dengan peningkatan nilai calcium serum dan calcium urine) harus dikaji kecukupan diet calcium kemudian beri penyuluhan tentang pemenuhan dan sumber-sumber calcium. Kaji kemungkinan klien jatuh dan terjadinya fraktur pathologis akibat osteoporosis. Resiko osteoporosis harus dipertimbangkan dalam perencanaan tindakan keperawatan.

Sistem integumen.

Perawat harus mengkaji keadaan kulit klien terhadap kemungkinan terjadinya kerusakan dan perubahan warna kulit seperti pucat dan kemerahan. Pengkajian dapat menggunakan alat standar seperti *Braden Scale*. Amati keadaan kulit selama melakukan perawatan rutin misalnya saat mengubah posisi badan klien, selama perawatan personal hygiene dan eliminasi minimal setiap 2 jam sekali.

Sistem eliminasi.

Status eliminasi klien harus dikaji setiap pergantian dinas, juga intake dan output dikaji setiap 24 jam dan dibandingkan dengan waktu sebelumnya. Perawat harus menetapkan jumlah dan macam cairan per oral atau

parenteral dengan tepat. Intake dan output cairan dan elektrolit yang tidak seimbang meningkatkan kerusakan sistem renal. Dehidrasi juga meningkatkan resiko kerusakan kulit, pembentukan thrombus, infeksi pernafasan dan konstipasi.

Pengkajian status eliminasi meliputi pemilihan diet yang tepat, bising usus dan frekuensi peristaltik usus. Pengkajian yang akurat memungkinkan perawat memberikan intervensi sebelum konstipasi terjadi.

C. Pengkajian Psikososial pada Klien Gangguan Mobilisasi

Imobilisasi selain menimbulkan efek fisiologis juga menyebabkan perubahan fungsi psikologis, sosialkultural dan fungsi perkembangan. Perawat sering berfokus hanya pada masalah yang terlihat secara fisik saja tetapi masalah psikososial dan perkembangan tidak diperhatikan.

Reaksi umum pada klien imobilisasi meliputi kebosanan, perasaan terisolasi, depresi, dan marah. Perawat harus mengobservasi perubahan status emosional klien. Contoh perubahan adalah klien yang kooperatif berubah menjadi tidak kooperatif atau klien yang mandiri menjadi ketergantungan. Perawat harus mencari alasan

perubahan-perubahan tersebut. Keluarga adalah sumber kunci untuk mendapatkan informasi tentang perubahan perilaku klien. Perubahan psikologis biasanya terjadi secara bertahap sehingga observasi perilaku klien harus dilakukan setiap hari. Jika terjadi perubahan perilaku, perawat harus mengkaji penyebabnya, identifikasi apakah perubahan itu berlangsung sebentar atau lama. Kemudian tetapkan rencana tindakan keperawatannya.

Efek *bedrest* secara psikologis diantaranya dapat menyebabkan perubahan respon emosional yang umumnya ditandai dengan klien mengalami depresi, perubahan perilaku, perubahan siklus tidur-bangun, dan gangguan koping. Hasil studi Ishizaki et al terjadi peningkatan tingkat depresi dan gejala neurotik pada individu setelah 20 hari *bedrest*³⁵.⁴¹ Efek psikologis akibat *bedrest* berkepanjangan juga menyebabkan perubahan mental yang diawali dengan munculnya gejala-gajala klien mudah tersinggung, pikiran menyempit, dan sering mengomel serta klien sering merasa lebih parah sakitnya dibandingkan kondisi sebenarnya. Tahap selanjutnya muncul keluhan letarghi, klien kehilangan keinginan dan tidak ada usaha untuk bangun dari tempat tidur.

D. Pengkajian efikasi diri (*self-efficacy*) pada klien gangguan mobilisasi

Efikasi diri (*self-efficacy*) didefinisikan sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuan dirinya untuk dapat menyelesaikan tugas tertentu⁴². Pengkajian efikasi diri terdiri dari tiga dimensi yaitu: Tingkat (*level*) yaitu efikasi diri seseorang dalam melakukan tindakan pada tingkat kesulitan berbeda; Keluasan (*generality*) yaitu berkaitan dengan penguasaan individu terhadap bidang atau tugas pekerjaan. Semakin tinggi efikasi diri seseorang maka semakin tinggi kemampuan seseorang menyelesaikan tugas pada beberapa bidang sekaligus; Kekuatan (*strength*) yaitu menekankan pada keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berusaha keras bertahan dari segala kesulitan dan hambatan⁴³. Cakupan ketiga dimensi dari efikasi diri diatas memberikan gambaran seberapa besar usaha seseorang dalam mencoba menghadapi suatu tantangan baru yang ia hadapi dan berapa lama usaha seseorang bisa bertahan dalam mengatasi berbagai hambatan. Hal ini akan menentukan keberhasilan seseorang dalam mencapai target tujuan yang ingin dicapainya.

BAB 3
PERENCANAAN KEPERAWATAN KLIEN
GANGGUAN MOBILISASI

Tujuan:

1. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi
2. Menjelaskan tujuan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi
3. Menguraikan intervensi keperawatan mengatasi masalah gangguan mobilisasi

A. Diagnosis Keperawatan

Perawat melakukan identifikasi indikasi masalah aktual atau risiko pada saat analisa data status mobilisasi klien. Identifikasi komplikasi imobilisasi juga dilakukan terutama pada klien yang mengalami risiko tinggi. Diagnosis keperawatan yang khusus berkaitan dengan masalah mobilisasi adalah gangguan mobilisasi fisik dan intoleransi aktifitas, namun diagnosis risiko sangat luas karena imobilisasi mempengaruhi banyak sistem tubuh.

Berikut Diagnosis keperawatan berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) yang berkaitan dengan imobilisasi⁴⁵:

1. Gangguan mobilisasi fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Diagnosis keperawatan:

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, program pembatasan gerak, kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik, keengganan melakukan pergerakan dibuktikan dengan Kekuatan otot menurun, ROM menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, tidak terkoordinasi, fisik lemah, klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

2. Intoleransi aktifitas yaitu ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosis keperawatan:

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring (*bedrest*), imobilitas, kelemahan dibuktikan dengan

frekuensi jantung meningkat > 20%, tekanan berubah >20%, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, iskemia; sianosis, klien mengeluh lelah, lemah, dyspnea dan tidak nyaman saat/setelah aktifitas.

3. Pola nafas tidak efektif yaitu Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Diagnosis keperawatan:

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya bernafas akibat kelemahan otot pernafasan, gangguan neuromuscular, penurunan energi dibuktikan dengan penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal, pernafasan cuping hidung, mengeluh dyspnea, orthopnea

4. Perfusi perifer tidak efektif yaitu penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Diagnosis keperawatan:

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan atau vena, kurang terpapar informasi akibat imobilitas, kurang aktifitas fisik dibuktikan dengan pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, akral dingin, kulit pucat, turgor menurun, edema, penyembuhan luka lambat, indeks

branchial indeks $< 0,9$, bruit femoral, parastesia, klaudikasio intermitten

5. Disfungsi motilitas gastrointestinal yaitu penurunan, tidak efektif atau berkurangnya aktivitas peristaltic gastrointestinal

Diagnosis keperawatan:

Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan imobilisasi dibuktikan dengan peristaltic menurun atau tidak ada, residu lambung meningkat/menurun, muntah, distensi abdomen, konstipasi, klien mengungkapkan flatus tidak ada, nyeri/kram abdomen dan mual

6. Risiko defisit nutrisi yaitu kondisi berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Diagnosis keperawatan:

Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme

7. Konstipasi yaitu penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak

Diagnosis keperawatan:

Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, aktivitas fisik harian kurang dibuktikan dengan feses keras, peristaltic menurun, defekasi kurang dari 2 x/minggu, pengeluaran feses lama dan sulit, distensi, kelemahan umum, mencejan saat defekasi

8. Risiko konfusi akut yaitu risiko mengalami gangguan kesadaran, perhatian, kognisi, dan persepsi yang reversible dan terjadi dalam periode waktu singkat

Diagnosis keperawatan:

Risiko konfusi akut dibuktikan dengan perubahan fungsi kognitif, gangguan metabolic peningkatan BUN, gangguan mobilitas

9. Defisit perawatan diri yaitu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Diagnosis keperawatan:

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, penurunan motivasi dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang, menolak melakukan perawatan diri

10. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan yaitu berisiko mengalami gangguan kulit atau jaringan

Diagnosis keperawatan:

Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan adanya perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, penekanan/gesekan, kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang

11. Risiko luka tekan yaitu berisiko mengalami cedera lokal pada kulit dan atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan atau gesekan

Diagnosis keperawatan:

Risiko luka tekan dibuktikan dengan skala Braden $Q \leq 16$ (anak) atau Braden ≤ 18 (dewasa), perubahan sensasi, skor American in sensation anesthesiologist (ASA) ≥ 2 , penurunan mobilisasi, penurunan perfusi jaringan, periode imobilisasi yang lama di atas permukaan yang keras, riwayat luka tekan, imobilisasi fisik.

12. Risiko perlambatan pemulihan pascabedah yaitu berisiko mengalami pemanjangan jumlah hari pascabedah untuk memulai dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosis keperawatan:

Risiko perlambatan pemulihan pascabedah dibuktikan dengan skor ASA ≥ 3 , riwayat perlambatan penyembuhan

luka, gangguan mobilitas, malnutrisi, infeksi luka perioperative

B. Tujuan Asuhan Keperawatan Pada Klien yang Mengalami Gangguan Mobilisasi

Tujuan asuhan keperawatan dikembangkan untuk setiap diagnosis keperawatan dan bertujuan membantu pasien mencapai tingkat mobilitas yang maksimal dan mengurangi bahaya imobilitas. Tujuan yang realistis ditetapkan dengan melibatkan pasien dan keluarga jika memungkinkan. Tetapkan luaran yang bersifat individual, realistis dan terukur.

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi atau diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang diharapkan perawat sebagai respon terhadap asuhan keperawatan⁴⁶.

Luaran utama berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) untuk diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan mobilisasi diuraikan sebagai berikut⁴⁶:

1. Gangguan mobilisasi fisik

Mobilisasi fisik klien meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat; nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, kelemahan fisik menurun

2. Intoleransi aktifitas

Toleransi aktifitas klien meningkat dengan kriteria hasil: Frekuensi nadi, saturasi oksigen, kemudahan aktivitas, kecepatan berjalan, jarak berjalan, kekuatan tubuh, toleransi saat naik tangga meningkat; keluhan lelah, dyspnea, perasaan lemah, aritmia, sianosis menurun; warna kulit, tekanan darah, frekuensi nafas, EKG iskemia membaik.

3. Pola nafas tidak efektif

Pola nafas membaik dengan kriteria hasil: ventilasi per menit, kapasitas vital, tekanan eskpirasi, tekanan inspirasi meningkat; dyspnea, penggunaan otot bantu nafas, pemanjangan fase ekspirasi, ortopnea, pernafasan cuping hidung menurun; frekuensi nafas, kedalaman nafas, ekskursi dada membaik

4. Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer, penyembuhan luka, sensasi meningkat; warna kulit pucat, edema perifer, nyeri ekstremitas, parastesia, kelemahan otot, kram otot, bruit femoralis, nekrosis menurun; pengisian kapiler, akral, turgor kulit, tekanan darah, indeks ankle branchial membaik.

5. Disfungsi motilitas gastrointestinal

Motilitas gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil: Nyeri, kram abdomen, mual, muntah, distensi abdomen menurun; suara peristaltic, pengosongan lambung, flatus meningkat

6. Risiko defisit nutrisi

Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan, kekuatan otot mengunyah dan menelan, serum albumin meningkat; nyeri abdomen, perasaan cepat kenyang menurun; berat badan, IMT, frekuensi makan, nafsu makan, bising usus membaik.

7. Konstipasi

Eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: control pengeluaran feses meningkat; keluhan defekasi lama dan sulit, mengejan saat defekasi, distensi abdomen, nyeri

abdomen, kram abdomen menurun; konsistensi feses, frekuensi defekasi, peristaltic usus membaik

8. Risiko konfusi akut

Tingkat konfusi menurun dengan kriteria hasil: fungsi kognitif, tingkat kesadaran, aktivitas psikomotorik, motivasi meningkat; gelisah menurun; interpretasi, fungsi social, respon terhadap stimulus, persepsi membaik.

9. Defisit perawatan diri

Perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, keinginan dan minat melakukan perawatan diri, mempertahankan kebersihan mulut, kebersihan diri meningkat

10. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: elastisitas, hidrasi, perfusi jaringan meningkat; kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, nekrosis menurun; suhu kulit, sensasi, tekstur membaik.

11. Risiko luka tekan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: elastisitas, hidrasi, perfusi jaringan meningkat;

kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, nekrosis menurun; suhu kulit, sensasi, tekstur membaik.

12. Risiko perlambatan pemulihan pascabedah

Pemulihan pascabedah meningkat dengan kriteria hasil: kenyamanan, selera makan, mobilitas, kemampuan perawatan diri meningkat; waktu penyembuhan menurun; area luka operasi membaik

C. Intervensi Keperawatan Mengatasi Masalah Gangguan Mobilisasi

Intervensi keperawatan bertujuan untuk pencegahan terjadinya gangguan dengan meminimalkan efek negatif imobilisasi dan pemeliharaan kemampuan dengan memaksimalkan mobilitas pasien. Intervensi perawatan klien yang mengalami perubahan mobilitas memerlukan pendekatan tim. Berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain sangat penting untuk memenuhi kebutuhan mobilitas klien. Menjalin komunikasi yang baik secara terbuka interdisiplin akan menghasilkan keberhasilan yang lebih baik. Upaya kolaboratif dan kerjasama tim akan saling menguntungkan, misalnya ahli terapi fisik, terapi

okupasi, ahli diet, psikolog, dan perawat ahli perawatan luka, perawat kesehatan mental bekerjasama menangani kebutuhan mobilisasi pasien dan melakukan pencegahan bahaya imobilitas.

Tetapkan prioritas pada saat perencanaan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan yang mendesak terlebih dahulu. Hal ini penting dilakukan ketika pasien memiliki banyak diagnosis. Rencanakan intervensi secara individual berdasarkan tingkat perkembangan, tingkat keparahan dan gaya hidup klien. Penetapan prioritas dilakukan dengan memastikan bahwa risiko komplikasi tidak diabaikan.

Intervensi keperawatan dibawah ini diuraikan berdasarkan tujuan intervensi:

a. Pemeliharaan kekuatan otot dan daya tahan otot

Latihan kontraksi otot isometrik dan isotonik

Latihan kontraksi isometrik merupakan latihan dengan meningkatkan ketegangan otot tanpa disertai terjadi perubahan panjang otot. Latihan kontraksi isometrik bertujuan untuk meningkatkan toleransi aktivitas, dengan meningkatkan tonus otot dan meningkatkan aliran balik vena. Latihan sangat membantu mempertahankan kekuatan quadrisep, otot perut, dan gluteus yang diperlukan untuk

mempertahankan kemampuan mobilitas saat berdiri tegak. Pemakaian stocking elastis juga membantu mempertahankan tekanan eksternal otot-otot ekstremitas bawah sehingga dapat meningkatkan aliran balik vena. Kontraindikasi bagi pasien yang memiliki gangguan sirkulasi atau gangguan lokal seperti ganggren, lesi kulit, ligase vena dan lain-lain.

Latihan kontraksi isotonik merupakan latihan kontraksi otot yang disertai dengan pemendekan otot. Latihan ini memperbaiki koordinasi gerak otot dan meningkatkan serta memperbaiki kecepatan. Latihan isotonik ditempat tidur dapat dilakukan dengan cara: menekan kaki pada bagian kaki ranjang; mengangkat tubuh dari tempat tidur menggunakan *trapeze*; mendorong tubuh ke posisi duduk; dan mengangkat bokong dari tempat tidur dengan cara mendorong tangan pada kasur. Efek Latihan isotonik dapat menghasilkan perubahan kardiovaskular dan menyebabkan valsava manufer sehingga harus berhati-hati pada pasien dengan status cardiovascular. Latihan isotonik dengan senam kaki secara teratur juga perlu diajarkan saat pasien mulai *bedrest*.

b. Pemeliharaan fleksibilitas sendi

Intervensi yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas diantaranya latihan ROM. Lakukan latihan setidaknya 2-3 kali dalam sehari. Latihan ROM terdiri dari latihan aktif dan pasif yang memiliki keuntungan yang berbeda untuk pasien imobilisasi. ROM aktif yaitu pasien melakukan rentang gerak tanpa bantuan, bermanfaat untuk memelihara fleksibilitas sendi serta kekuatan otot dan tulang. Sedangkan ROM pasif yaitu pasien melakukan rentang gerak dengan bantuan bermanfaat hanya untuk memelihara fleksibilitas sendi².

c. Pemeliharaan kebutuhan metabolisme

Anabolisme protein berfungsi untuk penyimpanan dan penambahan cadangan energi. Tubuh membutuhkan protein untuk memperbaiki jaringan yang rusak/ terluka dan membangun kembali simpanan protein. Hal ini dapat dilakukan dengan meningkatkan intake nutrisi dengan kandungan kalori dan protein yang adekuat. Juga pastikan klien mengonsumsi suplemen vitamin B untuk membantu metabolisme dan vitamin C untuk integritas kulit dan penyembuhan luka jika diperlukan. Jika pasien tidak mampu makan melalui oral, nutrisi harus diberikan

parenteral dan enteral dengan nutrisi berkalori tinggi dengan kebutuhan elektrolit, mineral dan vitamin yang lengkap.

d. Pemeliharaan integritas kulit

Risiko utama akibat keterbatasan mobilisasi pada kulit adalah luka tekan. Identifikasi awal pasien yang berisiko tinggi membantu pencegahan. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah mengubah posisi, perawatan kulit, dan penggunaan perangkat yang mengurangi tekanan. Ubah posisi pasien imobilitas setiap 1 hingga 2 jam. Interval ini dipersingkat jika pasien berisiko sangat tinggi mengalami kerusakan kulit. Reposisi yang sering menghindari terjadinya tekanan. Ajarkan pasien untuk sering mengubah posisi dan menggunakan alat untuk mengurangi tekanan (misalnya penggunaan bantal dan guling).

e. Pemeliharaan sikap, motivasi, dan efikasi diri

Sikap dan motivasi merupakan hal penting dalam pemeliharaan fungsional sistem muskuloskeletal. Pasien seringkali tidak memahami pentingnya melakukan latihan mobilisasi selama periode sakit. Seringkali pasien

merasa harus istirahat selama sakit dan latihan merupakan tindakan yang menghambat pemulihan. Hal ini memerlukan pendekatan dimana pasien ditingkatkan secara kognitif tentang pemahaman pentingnya latihan mobilisasi dan perhatian pasien diarahkan untuk meningkatkan kemampuan mobilisasinya.

Efikasi diri (*self-efficacy*) Bandura merupakan teori perubahan perilaku yang memiliki peranan yang tinggi terhadap perubahan perilaku individu selama masa perawatan di ruang rawat inap rumah sakit, khususnya dalam meningkatkan kemampuan mobilisasi. Upaya peningkatkan kemampuan mobilisasi pasien tidak hanya berfokus pada upaya peningkatan kemampuan fisik tetapi lebih penting adalah upaya meningkatkan kemampuan psikis, khususnya efikasi diri.

BAB 4

EFIKASI DIRI MOBILISASI

Tujuan:

1. Menjelaskan definisi efikasi diri mobilisasi
2. Menguraikan fungsi efikasi diri mobilisasi
3. Menguraikan sumber-sumber efikasi diri mobilisasi
4. Menguraikan dimensi efikasi diri
5. Menjelaskan proses pembentukan efikasi diri
6. Menjelaskan peran efikasi diri terhadap kemampuan mobilisasi

A. Definisi Efikasi Diri Mobilisasi

Efikasi diri pertama kali diperkenalkan Bandura dengan *self-efficacy* dalam Teori Kognitif Sosial⁴⁸. Teori tersebut berpandangan bahwa individu merupakan *human agency* yaitu agen yang memiliki kemampuan proaktif dan memiliki *self belief* sehingga individu mampu mengontrol pikiran, perasaan, dan tindakannya, bahwa “apa yang dipikirkan, dipercaya, dan dirasakan seseorang mempengaruhi bagaimana seseorang melakukan tindakan”⁴⁴. Bandura menggunakan istilah efikasi diri untuk menjelaskan

tentang keyakinan seseorang akan kemampuannya melakukan tindakan tertentu untuk mencapai suatu tujuan.

Efikasi diri didefinisikan Bandura sebagai penilaian seseorang akan kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan suatu tindakan yang ditujukan untuk mencapai tujuan tertentu⁴⁸. Efikasi diri juga artikan sebagai kemampuan seseorang melakukan penilaian diri sendiri terhadap kompetensi yang dimilikinya untuk berhasil dalam menyelesaikan tugas-tugas tertentu. Bandura lebih lanjut menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan *generative capability* dimana semua potensi kognitif, sosial, emosional, dan perilaku harus dikelola untuk mencapai tujuan tertentu. Efikasi diri secara konsep banyak diaplikasikan dalam mencapai tujuan dari tindakan tertentu yang bersifat spesifik

44 .

Efikasi diri Mobilisasi merupakan keyakinan seseorang akan kemampuannya melakukan mobilisasi selama masa perawatan. Efikasi diri Mobilisasi merupakan faktor penting yang diperlukan pasien untuk menghadapi berbagai hambatan mobilisasi baik hambatan fisik maupun psikis. Individu dengan efikasi diri mobilisasi yang tinggi akan memiliki tujuan dan komitmen yang tinggi untuk melakukan mobilisasi, sedangkan individu dengan efikasi diri mobilisasi

yang lemah akan memiliki komitmen yang lemah untuk mencapai tujuan mobilisasi.

B. Fungsi Efikasi Diri Mobilisasi

Efikasi diri mobilisasi dapat menentukan sejauhmana mobilisasi akan dilakukan, harus bagaimana cara melakukannya, seberapa besar usaha yang harus dilakukan, seberapa kuat menghadapi hambatan dan berapa lama seseorang akan bertahan melakukan mobilisasi dengan berbagai rintangan. Efikasi diri menentukan keberhasilan seseorang mencapai target yang diharapkan. Efikasi diri yang tinggi meningkatkan kemampuan seseorang mencapai target tertentu melebihi kemampuan sebenarnya⁴⁹.

Fungsi efikasi diri diuraikan sebagai berikut:

1. Pemilihan aktifitas

Dalam kehidupan sehari-hari individu dituntut untuk membuat keputusan mengenai aktifitas/tindakan yang akan dijalani. Pengambilan keputusan tersebut dipengaruhi oleh penilaian seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya. Seseorang akan cenderung memilih aktifitas dimana mereka merasa kompeten dan percaya diri mampu melakukannya dan cenderung menghindari aktifitas yang dinilai melebihi

kemampuannya. Efikasi diri mempengaruhi pemilihan aktifitas/tindakan yang akan dilakukan. Pilihan aktifitas apapun yang dilakukan seseorang akan dimulai dari keyakinan/ efikasi diri bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk mencapainya^{48,50}.

2. Daya tahan menghadapi rintangan

Efikasi diri mempengaruhi seseorang untuk menentukan seberapa besar usahanya, berapa lama akan bertahan ketika menghadapi hambatan, dan seberapa kuat menghadapi kesulitan. Semakin tinggi efikasi diri seseorang maka semakin besar usaha, ketekunan, dan kekuatan usahanya. Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan memandang kesulitan sebagai tantangan yang harus dihadapi daripada sebagai ancaman yang harus dihindari. Mereka akan menetapkan tujuan dan komitmen yang tinggi, meningkatkan dan mempertahankan usahanya. Mereka juga cepat bangkit saat menghadapi kegagalan⁵⁰.

3. Pola pikir dan reaksi emosional

Efikasi diri yang tinggi membantu menciptakan perasaan tenang dalam melakukan tugas dan aktivitas yang sulit. Sebaliknya, orang dengan tingkat efikasi diri rendah

meyakini segala sesuatu lebih sulit daripada yang sebenarnya. Keyakinan tersebut mendorong seseorang menjadi gelisah, stres, dan depresi dalam memecahkan masalah. Sehingga efikasi diri sangat kuat mempengaruhi tingkat pencapaian tujuan⁵⁰.

Peran efikasi diri terhadap aktifitas seseorang telah dibuktikan dalam berbagai penelitian dan secara konsisten menyatakan bahwa efikasi diri mempengaruhi perilaku seseorang pada berbagai kondisi kesehatan. Beberapa Ahli menyatakan efikasi diri mempengaruhi kepatuhan melakukan latihan fisik pada ibu hamil⁵¹, kemampuan fungsional pasien stroke⁵², perilaku kesehatan seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi alcohol, dan aktifitas sehari-hari lainnya.

C. Sumber-Sumber Efikasi Diri

Efikasi diri terbentuk dari integrasi berbagai sumber yang berbeda. Bandura (1997) menjelaskan bahwa efikasi diri dikembangkan melalui empat sumber utama yaitu *enactive mastery experiences*, *vicarious experiences*, *verbal persuasion*, dan *physiological and affective states*⁴⁴.

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

Enactive mastery experiences merupakan pengalaman yang menyebabkan seseorang mengerahkan segala kemampuannya untuk meraih keberhasilan. Setiap keberhasilan akan meningkatkan efikasi diri seseorang dan setiap kegagalan akan menjadi pelajaran bahwa suatu keberhasilan membutuhkan usaha yang keras dalam mengatasi berbagai rintangan. Keberhasilan seseorang menyelesaikan tugas dapat meningkatkan, tidak berpengaruh, atau menurunkan efikasi diri tergantung pada bagaimana seseorang menginterpretasikan dan mempertimbangkan kemampuan personal maupun situasional saat itu.

Mastery experiences merupakan sumber efikasi diri yang paling berpengaruh dibanding sumber lainnya, karena *mastery experiences* merupakan satu-satunya sumber yang bersifat informasi langsung sementara sumber lainnya merupakan informasi tidak langsung. Keberhasilan yang berulang setelah mengerahkan segala usaha dan mengatasi berbagai hambatan akan memiliki dampak yang kuat terhadap efikasi diri. Hal ini akan meningkatkan keyakinan seseorang untuk mengatasi

berbagai hambatan yang akan dihadapi dalam menyelesaikan suatu tugas tertentu.

b. *Vicarious experiences* (Pengalaman orang lain)

Vicarious experiences dikenal juga dengan istilah *Modelling*, merupakan cara meningkatkan efikasi diri dengan mengamati keberhasilan orang lain dalam menyelesaikan tugas tertentu. Keberhasilan orang lain yang telah berusaha keras dan memiliki kemampuan yang relatif sama dengan dirinya dapat meningkatkan efikasi diri seseorang, sebaliknya efikasi diri menjadi turun ketika seseorang melihat kegagalan orang lain. Efikasi diri juga dipengaruhi oleh seberapa besar persepsi seseorang memiliki kesamaan dirinya dengan orang lain. Semakin besar seseorang berpersepsi memiliki kesamaan maka semakin besar keberhasilan dan kegagalan model tersebut berpengaruh terhadap efikasi dirinya dan begitu juga sebaliknya. Perilaku dan cara berfikir orang lain menjadi sumber pengetahuan, keterampilan, dan strategi yang efektif bagi seseorang dalam mencapai keberhasilan. *Vicarious experiences* merupakan sumber yang penting dan sering digunakan walaupun sumbernya dari luar.

c. *Verbal persuasion* (Persuasi verbal)

Verbal persuasion merupakan sumber efikasi diri yang paling sering digunakan dan dapat dilakukan dengan mudah⁵³. *Verbal persuasion* meningkatkan *efikasi diri* dengan menguatkan keyakinan seseorang yang disampaikan secara *verbal* baik oleh orang lain maupun diri sendiri, bahwa dia memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk berhasil. Bandura menyatakan *verbal persuasion* dapat menjadi sumber efikasi diri tetapi secara substansial efeknya jauh lebih rendah dibandingkan *mastery experiences* atau *vicarious experiences*. Seseorang yang mendapat persuasi verbal tentang kemampuannya cenderung memiliki kemauan dan usaha yang lebih besar daripada yang tidak mendapatkan persuasi verbal. Seseorang bisa berhasil menumbuhkan efikasi diri jika mendapatkan penilaian yang positif terhadap kemampuan yang dimilikinya. *Verbal persuasion* merupakan sumber yang biasa digunakan untuk mendukung sumber lainnya.

d. *Physiological and affective states* (Kondisi fisik dan emosi)

Kondisi fisik dan emosi dinilai sebagian orang sebagai informasi untuk menilai kemampuannya. Reaksi stres, kelemahan fisik, kurangnya stamina, kelelahan, rasa sakit, dan nyeri dinilai sebagai tanda penurunan kemampuan dirinya. Seseorang lebih merasa kesuksesan terjadi jika dirinya tidak mengalami stres. Selain itu suasana hati juga mempengaruhi interpretasi seseorang terhadap efikasi diri. Intensitas perubahan terhadap kondisi fisik dan emosi seseorang merupakan hal penting yang akan mempengaruhi efikasi diri, tetapi bagaimana seseorang mempersepsikan dan menginterpretasikan perubahan tersebut adalah hal yang lebih berpengaruh terhadap efikasi diri.

Kemampuan pasien melakukan mobilisasi dipengaruhi berbagai faktor. Pengkajian komprehensif tentang factor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mobilisasi baik fisik maupun psikis mutlak diperlukan. Robert et al menyatakan efikasi diri merupakan faktor psikis yang paling menentukan sejauhmana kegiatan dapat dilakukan dan harus bagaimana cara melakukannya⁵⁴. Erlina menyimpulkan bahwa terdapat 8 hal yang merupakan sumber efikasi diri

mobilisasi pada pasien selama perawatan di rumah sakit yaitu: kebiasaan mobilisasi sebelum sakit, efek yang dirasakan setelah mobilisasi, fasilitas untuk melakukan mobilisasi, keberhasilan melakukan mobilisasi, support dari orang lain, pernyataan diri, kondisi fisik dan psikis saat ini⁵⁴.

D. Dimensi Efikasi Diri

Bandura menyatakan bahwa efikasi diri terdiri dari tiga dimensi yaitu: Dimensi *Level*, Dimensi *Generality*, dan Dimensi *Strength*⁴⁴. Cakupan ketiga dimensi tersebut memberikan gambaran seberapa besar efikasi diri seseorang dalam mencapai tujuan tertentu.

Dimensi efikasi diri diuraikan sebagai berikut:

1. Dimensi *Level* (Tingkat)

Dimensi *level* mengarah pada rentang keyakinan seseorang terhadap kemampuannya menyelesaikan tugas dengan tingkat kesulitan yang berbeda. Fokus dimensi ini bukan pada apakah individu dapat mengerjakan tugas tertentu tetapi berfokus pada apakah individu memiliki efikasi diri untuk membuat dirinya melakukan tugas tertentu dengan menghadapi berbagai hambatan/tantangan. *Level* tantangan dapat dinilai berdasarkan tingkat keterampilan, tingkat usaha, tingkat

ketepatan, tingkat produktivitas, tingkat ancaman atau regulasi yang diperlukan.

2. Dimensi *Generality* (Keluasan)

Dimensi *generality* menilai rentang keyakinan individu terhadap kemampuannya melakukan aktifitas secara luas atau hanya terbatas pada domain tertentu. Individu dengan efikasi diri yang tinggi akan mampu menguasai beberapa bidang sekaligus untuk menyelesaikan suatu tugas. Pengukuran dimensi *generality* meliputi derajat kesamaan aktifitas yang menggambarkan kemampuan individu melakukan aktifitas yang sama dengan yang ditugaskan, modalitas ekspresi (yang ditampilkan dalam perilaku, kognitif, dan efektif), gambaran kualitatif suatu situasi, dan karakteristik individu.

3. Dimensi *Strength* (Kekuatan)

Dimensi *strength* menekankan pada keyakinan terhadap kekuatan dan kegigihan seseorang dalam menyelesaikan suatu tugas. Semakin kuat efikasi diri seseorang maka semakin besar keyakinannya untuk bertahan melakukan usaha yang keras meskipun menghadapi berbagai hambatan dan rintangan untuk mencapai tujuan. Dimensi

ini memberikan gambaran terhadap keyakinan seseorang bahwa dirinya tidak mudah menyerah menghadapi setiap kesulitan dalam menyelesaikan tugas tertentu.

Identifikasi efikasi diri seseorang untuk melakukan suatu tindakan seyogyanya mencakup ketiga dimensi di atas.

E. Proses Pembentukan Efikasi Diri

Bandura menjelaskan bahwa proses pembentukan efikasi diri terdiri dari yaitu: proses kognitif, motivasi, afektif, dan seleksi⁴⁴.

a. Proses kognitif

Proses kognitif merupakan proses berfikir yang memiliki fungsi meramalkan kejadian yang akan datang dan mengembangkan cara untuk mencapai suatu tujuan. Dalam proses kognitif maka seseorang mengolah pengetahuan yang mereka miliki untuk menentukan pilihan, menimbang dan mengintegrasikan semua faktor. Hal tersebut menghasilkan berbagai penilaian terhadap akibat yang ditimbulkan dari tindakan yang akan maupun sudah dilakukan. Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi dapat menentukan tujuan dengan menggunakan pemikiran analitik yang baik untuk mencapai tujuannya.

b. Proses Motivasi

Kemampuan individu memotivasi dirinya dan melakukan tindakan sesuai tujuan didasari oleh aktifitas kognitif. Latihan diperlukan seseorang untuk memotivasi diri dan mengarahkan tindakan agar sesuai dengan tujuan. Efikasi diri mempengaruhi motivasi melalui beberapa cara yaitu penentuan standar tujuan, perkiraan usaha yang harus dilakukan, penentuan sampai kapan akan bertahan jika menghadapi kesulitan, dan penerimaan terhadap kegagalan.

c. Proses afektif

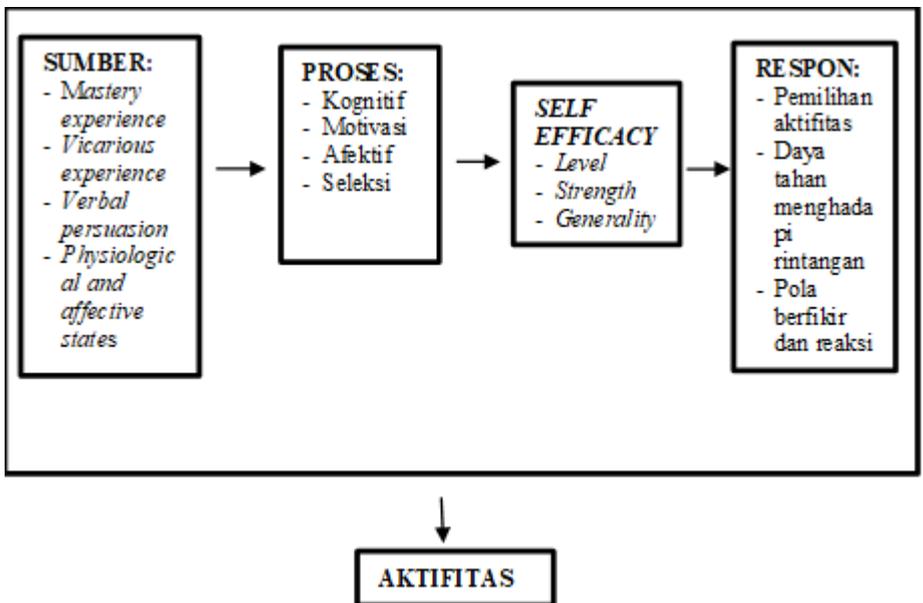
Kemampuan koping seseorang mempengaruhi derajat stres dan depresi individu yang akan berdampak pada tingkat motivasi dalam mengatasi situasi yang sulit. Semakin kuat efikasi diri maka semakin berani seseorang untuk melakukan tindakan. Efikasi diri merupakan faktor kunci dalam mengatur pola pikir dan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

d. Proses seleksi

Efikasi diri mempengaruhi seseorang cenderung untuk selektif melakukan pemilihan lingkungan yang sesuai. Pemilihan dimaksudkan untuk membantu pembentukan

diri, mengembangkan kompetensi serta minatnya, dan membentuk jaringan sosial tertentu dalam usaha pencapaian tujuan.

Konsep efikasi diri diaplikasikan dalam perubahan perilaku untuk mencapai tujuan dengan melakukan aktifitas tertentu, digambarkan Bandura sebagai berikut:



Sumber: Bandura^{43,44}

F. Peran Efikasi Diri Terhadap Kemampuan Mobilisasi

Peran efikasi diri terhadap kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan sangat tinggi. Semakin tinggi efikasi diri mobilisasi seseorang maka semakin baik kemampuan mobilisasi⁵⁵. Hasil penelitian konsisten dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya bahwa efikasi diri memiliki dampak meningkatkan kemampuan seseorang. Efikasi diri yang tinggi berperan terhadap latihan fisik yang lebih baik selama kehamilan padahal secara fisik wanita hamil mengalami berbagai hambatan untuk melakukan latihan⁵⁶. Peran efikasi diri pada pasien stroke juga diteliti Hellström et al yang menunjukkan hasil bahwa pasien stroke dengan efikasi diri yang rendah menunjukkan kecenderungan memiliki kemampuan fungsional dan perbaikan yang lebih lambat dibanding individu dengan pasien yang memiliki efikasi diri yang tinggi⁵². Ryan dan Dzewaltowski tahun 2002 juga melaporkan bahwa efikasi diri berhubungan dengan melakukan dan memelihara aktifitas fisik pada orang dewasa⁵¹.

Hasil-hasil penelitian di atas menyimpulkan pentingnya efikasi diri terhadap peningkatan berbagai kemampuan individu. Keyakinan seseorang bahwa dirinya memiliki kapasitas yang memadai untuk mencapai tujuan,

membuat dia mampu menyelesaikan tugasnya dan mengatasi hambatan yang dihadapinya⁴⁵. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa efikasi mobilisasi pasien merupakan hal penting yang harus diidentifikasi oleh perawat. Pengkajian mobilisasi di rumah sakit yang selama ini masih banyak menitikberatkan pada kemampuan fisik, harus mulai diimbangi dengan pengkajian psikis khususnya efikasi diri.

BAB 5

INSTRUMEN EFIKASI DIRI MOBILISASI

Tujuan:

1. Mengetahui deskripsi Instrumen efikasi diri mobilisasi
2. Memahami tujuan dan sasaran Instrumen efikasi diri mobilisasi
3. Mengetahui hasil uji Instrumen efikasi diri mobilisasi
4. Memahami cara pengisian dan interpretasi skor Instrumen efikasi diri mobilisasi
5. Mengetahui format Instrumen efikasi diri mobilisasi

A. Deskripsi Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

Instrumen efikasi diri mobilisasi adalah instrumen yang dapat digunakan sebagai acuan perawat di rumah sakit dalam mengidentifikasi efikasi diri mobilisasi pasien selama masa perawatan di ruang perawatan. Instrumen efikasi diri mobilisasi bertujuan mengidentifikasi seberapa besar keyakinan yang dimiliki pasien untuk melakukan pergerakan atau perpindahan posisi dari tempat tidur (bangun dari tempat tidur, turun dari tempat tidur, dan atau jalan-jalan didalam kamar atau diluar kamar tidur) baik untuk melakukan aktifitas

tertentu (makan, minum, buang air, mandi dan sebagainya) ataupun tidak.

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

Instrumen efikasi diri mobilisasi dikembangkan berdasarkan hasil studi kualitatif yang dielaborasi dengan berbagai referensi. Instrumen telah dilakukan uji validitas content, uji keterbacaan, uji validitas construct dengan menggunakan *confirmatory factor analysis* (CFA). Instrumen efikasi diri mobilisasi terdiri dari 17 item yang valid dan reliabel dan mudah dipahami pasien.

Instrumen diisi dengan memberikan tanda checklist pada kolom yang tersedia. Scoring Instrumen dilakukan

dengan cara sederhana yaitu menjumlahkan seluruh jawaban dari item instrument, kemudian diinterpretasikan sesuai norma yang telah ditetapkan. Waktu yang diperlukan untuk mengisi instrumen sampai dengan interpretasi skor kurang lebih 10 menit.

B. Tujuan dan Sasaran Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

Tujuan Instrumen efikasi diri mobilisasi disusun adalah”

- 1) Menjadi acuan perawat rumah sakit sebagai alat pengkajian dalam mengidentifikasi seberapa besar keyakinan pasien akan kemampuannya melakukan mobilisasi.
- 2) Hasil identifikasi efikasi diri mobilisasi dapat menentukan diagnosis dan intervensi keperawatan yang tepat untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi sebagai upaya mempercepat proses penyembuhan pasien.

Sasaran Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

Instrumen efikasi diri mobilisasi digunakan pada semua pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit, dengan kesadaran kompos mentis dan kooperatif untuk mengisi mandiri atau dibantu perawat.

C. Hasil Uji Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

Instrumen sangat singkat, telah dilakukan uji *content* dan uji keterbacaan sehingga mudah dipahami dan mudah digunakan. Hasil uji validitas konten dan konstruk menunjukkan bahwa seluruh item valid mengukur efikasi diri mobilisasi. Validitas konstruk ditentukan menggunakan *confirmatory factor analysis* (CFA) dengan program Mplus 7.4. Nilai RMSEA <0,05 menunjukkan kecocokan model dan pernyataan setiap item valid pada setiap dimensi⁴⁵.

D. Cara Pengisian Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

Pengisian instrument dilakukan dengan cara:

1. Isilah Identitas pasien pada lembar instrumen
2. Baca dan pahami arti kata “mobilisasi” yang dimaksud dalam item yang telah dituliskan dengan jelas dibagian atas questioner.
3. Baca petunjuk singkat tentang pengisian instrumen.
4. Isi instrumen dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan tingkat keyakinan pasien saat ini terhadap 17 item pernyataan instrumen.
5. Penilaian jawaban setiap item instrumen dinyatakan dalam skala likert dengan rentang 0-3.

E. Cara penilaian dan Interpretasi skor

Cara Penilaian

Penilaian jawaban item instrumen dinyatakan dalam skala likert dengan rentang skor 0-3. Item dinilai dengan skor 0 untuk katagori pilihan jawaban “Tidak Yakin”, 1 untuk pilihan jawaban “Kurang Yakin”, 2 untuk pilihan jawaban “Yakin”, dan 3 untuk pilihan jawaban “Sangat Yakin”. Semua jawaban pasien dijumlahkan sehingga diketahui skor efikasi diri mobilisasi pasien. Skor terendah 0 dan skor tertinggi 51.

Interpretasi Skor

Interpretasi skor efikasi diri mobilisasi ditampilkan pada tabel di bawah ini:

Skor	Interpretasi
≤ 13	Efikasi diri rendah
13-38	Efikasi diri cukup
≥ 38	Efikasi diri tinggi

F. Format Instrumen Efikasi Diri Mobilisasi

FORMAT INSTRUMEN SELF EFFICACY MOBILISASI

Nama : Tanggal :
Usia : Jenis Kelamin :

Yang dimaksud “Mobilisasi” dalam pernyataan berikut adalah pergerakan/perpindahan posisi dari tempat tidur (bangun dari tempat tidur, turun dari tempat tidur, dan atau jalan-jalan di dalam kamar/ di luar kamar tidur) baik untuk melakukan aktifitas tertentu (makan, minum, bab, bak, mandi dsb) ataupun tidak.

Petunjuk pengisian:

Mohon memberikan tanda cek list (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan tingkat keyakinan anda terhadap pernyataan berikut:

NO	PERNYATAAN	TY	KY	Y	SY
1	Saya mampu duduk stabil lebih dari 10 menit				
2	Saya mampu bangkit dari posisi duduk ke posisi berdiri				
3	Saya mampu berdiri lebih dari 10 menit				
4	Saya mampu berjalan lebih dari 10 langkah				
5	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tubuh saya sedang lemah				
6	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak ada yang memberikan pujian/motivasi				
7	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun saya malas melakukannya				
8	Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak ada alat bantu berjalan (kursi roda, tongkat, atau kruk*)				
9	Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak didampingi petugas/keluarga				

NO	PERNYATAAN	TY	KY	Y	SY
10	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak disediakan tempat khusus latihan mobilisasi				
11	Saya mampu duduk di kursi/tempat tidur setiap saya makan/minum				
12	Saya mampu berjalan ke ruang kerja perawat untuk minta bantuan				
13	Saya mampu mandi di kamar mandi				
14	Saya mampu duduk di kursi/tempat tidur minimal 5 kali dalam sehari				
15	Saya mampu latihan berjalan (minimal 10 langkah) sekali dalam sehari				
16	Saya mampu melakukan latihan mobilisasi keluar kamar di sekitar ruang perawatan				
17	Saya akan tetap melakukan mobilisasi walaupun saya merasa bosan				
JUMLAH					

Keterangan: *) dipilih salah satu

TY : Tidak Yakin

KY : Kurang Yakin

Y : Yakin

SY : Sangat Yakin

DAFTAR PUSTAKA

1. Drolet A, DeJulio P, Harkless S, Henricks S, Kamin E, Leddy EA, et al. Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. *Phys Ther* [Internet]. 2013;93(2):197–207. Available from:
<http://ptjournal.apta.org/content/93/2/197.full>
2. Doherty-king B, Yoon JY, Pecanac K, Brown R, Mahoney J, Demeke S, et al. Elderly Mobility Scale (EMS) Elderly Mobility Scale - EMS. 2012;5(June 2012):780–7. Available from:
http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http://www.csp.org.uk/sites/files/csp/secure/agile_outcome_measures_ems_v2.pdf&ei=LAd_U7i5D6Wx0AWhzICYBg&usq=AFQjCNHhVaLdM195XwwbUIkHcHwzD1YmkQ&sig2=o3LXdBaZKr
3. Kleffeldgaard I. Measurement Properties of the High-Mild Traumatic Brain Injury. 2013;93(7).
4. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. *Fundamental of Nursing Eight Edition*. Elsevier. 2013. 1397 p.
5. Ziegler F, Schwanen T. “I like to go out to be energised by different people”: an exploratory analysis of mobility and wellbeing in later life. *Ageing Soc* [Internet]. 2011;31:758–81. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000498>
6. Cleaver SR. *Physical mobility and aging in intellectual disability*. Queen’s University Ontario, canada; 2007.
7. PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI; 2017.
8. Krasnoff J, Painter P. The physiological consequences of bed rest and inactivity. *Adv Ren Replace Ther*.

- 1999;6(2):124–32.
9. Allen C, Glasziou P, Mar C Del. Bed rest : a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*. 1999;354:1229–33.
 10. Theresa M, Fox C. The Effects Of Scheduled Bed Rest In Complex Continuing Care [Internet]. 2007. Available from: <https://search.proquest.com/openview/ead5078e3c89b1d89173c4cfbde812f2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41610>
 11. Sonne MP, Alibegovic AC, Højbjørre L, Vaag A, Stallknecht B, Dela F. Effect of 10 days of bedrest on metabolic and vascular insulin action: a study in individuals at risk for type 2 diabetes. *J Appl Physiol*. 2010;108(4):830–7.
 12. Alibegovic a C, Højbjørre L, Sonne MP, van Hall G, Stallknecht B, Dela F, et al. Impact of 9 days of bed rest on hepatic and peripheral insulin action, insulin secretion, and whole-body lipolysis in healthy young male offspring of patients with type 2 diabetes. *Diabetes*. 2009;58(12):2749–56.
 13. Duran-Valdez E, de Serna DG, Schneider S, Amorim F, Burge M, Schade DS. Metabolic effects of 2 days of strict bed rest. *Endocr Pract*. 2008;14(5):564–9.
 14. McLaughlin TM, Wittstein ER, White TH, Czaplinski C a, Gerard SO. Moving to wellness: a pilot study examining a nurse-driven exercise program in acutely ill patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(3):E105-10.
 15. Laudani L, Vannozzi G, Sawacha Z, della Croce U, Cereatti A, Macaluso A. Association between Physical Activity Levels and Physiological Factors Underlying Mobility in Young, Middle-Aged and Older Individuals Living in a City District. *PLoS One*. 2013;8(9).
 16. Atienzar P, Abizanda P, Guppy a., Sinclair a. J.

- Diabetes and frailty: an emerging issue. Part 2: Linking factors. *Br J Diabetes Vasc Dis.* 2012;12(3):119–22.
17. Quiben, Myla; Hazuda H. Factors Contributing to 50-ft Walking Speed and Observed Ethnic Differences in Older Community- Dwelling Mexican Americans and European Americans. 2015.
 18. Zeng P, Han Y, Pang J, Wu S, Gong H, Zhu J, et al. Sarcopenia-related features and factors associated with lower muscle strength and physical performance in older Chinese: a cross sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016;16(1):45. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4754915&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 19. Liu-Ambrose T, Eng JJ, Khan KM, Mallinson A, Carter ND, McKay HA. The influence of back pain on balance and functional mobility in 65- to 75-year-old women with osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2002;13(11):868–73.
 20. Pujiatun. Perbandingan Latihan isotonik dan Latihan Isometrik terhadap Kekuatan otot Kuadrisep Femoris. Universitas Diponegoro Semarang; 2001.
 21. Cruz-Jentoft, Alfonso J., and Morley, John E.. *Sarcopenia*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons, 2012. ProQuest ebrary. Web. 15 June 2015. Copyright © 2012. John Wiley & Sons. All rights reserved. 2015;(June).
 22. Atienzar P, Abizanda P, Guppy a., Sinclair a. J. Diabetes and frailty: an emerging issue. Part 1: Sarcopaenia and factors affecting lower limb function. *Br J Diabetes Vasc Dis.* 2012;12(3):110–6.
 23. Vilaça KHC, Alves NMC, Carneiro JAO, Ferriolli E, Lima NKC, Moriguti JC. Body composition, muscle strength and quality of active elderly women according to the distance covered in the 6-minute walk test. *Brazilian J Phys Ther.* 2013;17(3):289–96.

24. Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak J 3rd. The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Clin Issues*. 2002;13(2):263–76.
25. Stuempfle KJ, Drury DG. The Physiological Consequences of Bed Rest. *Heal Sci Fac Publ Heal Sci J Exerc Physiol [Internet]*. 2007;6(103):32–41. Available from:
<http://cupola.gettysburg.edu/healthfac%5Cnhttp://cupola.gettysburg.edu/healthfac/30>
26. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(10):1076–81.
27. Paddon-Jones D, Sheffield-Moore M, Urban RJ, Sanford AP, Aarsland A, Wolfe RR, et al. Essential amino acid and carbohydrate supplementation ameliorates muscle protein loss in humans during 28 days bedrest. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(9):4351–8.
28. Park SW. the Impact of Diabetes Mellitus on Skeletal Muscle Mass and. 2006;
29. Mänty M, Mendes De Leon CF, Rantanen T, Era P, Pedersen AN, Ekman A, et al. Mobility-related fatigue, walking speed, and muscle strength in older people. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2012;67 A(5):523–9.
30. Nilsson CJ, Siersma V, Mänty M, Avlund K, Vass M, Lund R. Mobility decline in old age: the combined effect of mobility-related fatigue and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health [Internet]*. 2014;68(6):510–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24430582>
31. Apurv S, Supriya K, Ankita T, Savita R, Ashok S, Parag S. Effect of Induced Muscular Fatigue on

- Balance and Core Strength in Normal Individuals. 2014;8(3):187–92.
32. Vestergaard S, Nayfield SG, Patel K V., Eldadah B, Cesari M, Ferrucci L, et al. Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2009;64(1):76–82.
 33. Yeom HA, Baldwin CM, Lee MA, Kim SJ. Factors affecting mobility in community-dwelling older Koreans with chronic illnesses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2015;9(1):7–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.09.005>
 34. Salpakoski A, Portegijs E, Kallinen M, Sihvonen S, Kiviranta I, Alen M, et al. Physical inactivity and pain in older men and women with hip fracture history. *Gerontology*. 2010;57(1):19–27.
 35. Merlin JS, Westfall AO, Chamot E, Overton ET, Willig JH, Ritchie C, Saag MS MM. Pain is independently associated with impaired physical function in HIV-infected patients. *Pain Med*. 2013;14(12):1985–93.
 36. Mottram S, Peat G, Thomas E, Wilkie R, Croft P. Patterns of pain and mobility limitation in older people: Cross-sectional findings from a population survey of 18,497 adults aged 50 years and over. *Qual Life Res*. 2008;17(4):529–39.
 37. Melzer D, Gardener E, Guralnik JM. Mobility disability in the middle-aged: Cross-sectional associations in the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2005;34(6):594–602.
 38. Liu Q, Zhou R, Chen S, Tan C. Effects of Head-Down Bed Rest on the Executive Functions and Emotional Response. *PLoS One*. 2012;7(12).
 39. Yanagita M, Willcox BJ, Masaki KH, Chen R, He Q,

- Rodriguez BL, et al. Disability and depression: investigating a complex relation using physical performance measures. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(12):1060–8.
40. Penninx BWJH, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk JTM, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1346–52.
 41. Demeke S, Balamurugan J, Alemie GA, Abebe E. In-Hospital Mobility and Associated Factors. *Br J Med Med Res* [Internet]. 2015;5(6):780–7. Available from: http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/1655251309?accountid=14771%5Chttp://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Ahealthcompleteshell&rft_val
 42. Smorawiński J, Nazar K, Kaciuba-Uscilko H, Kamińska E, Cybulski G, Kodrzycka a, et al. Effects of 3-day bed rest on physiological responses to graded exercise in athletes and sedentary men. *J Appl Physiol*. 2001;91(1):249–57.
 43. Asher R a. J. Dangers of Going to Bed. *Br Med J*. 1947;2(4536):967–8.
 44. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs Adolesc*. 2006;307–37.
 45. Bandura A. *Self efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.; 1997.
 46. Persatuan Perawat Nasional Indonesia. *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI; 2017.
 47. Persatuan Perawat Nasional Indonesia. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. edisi 1. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI; 2019.

48. Bandura A. Social cognitive theory. In: Vasta R, editor. *Annals of child development*. Greenwich: CT: JAI Press.; 1989. p. 1–60.
49. Harrison AL. The Influence of Pathology, Pain, Balance, and Self-efficacy on. *Phys Ther*. 2004;84(9).
50. Pajares F. Overview of Social Cognitive Theory. 2002;20:1–9. Available from: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>
51. McAuley E, Motl RW, Morris KS, Hu L, Doerksen SE, Elavsky S, et al. Enhancing physical activity adherence and well-being in multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *Mult Scler*. 2007;13(5):652–9.
52. Hellström K, Lindmark B, Wahlberg B, Fugl-Meyer AR. Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: A prospective investigation. *J Rehabil Med*. 2003;35(5):202–7.
53. Lenz, Elizabeth R., and Shortridge-Baggett, Lillie. *Self Efficacy in Nursing : Research and Measurement Perspectives*. New York, NY, USA: Springer Publishing Company, 2002. ProQuest ebrary. Web. 15 September 2015. Copyright © 2002. Springer Publishing Comp. 2015;(September).
54. Erlina L. Studi Kualitatif: Sumber Self-Efficacy Mobilisasi Pasien selama Perawatan di Rumah Sakit. *J Kesehat*. 2019;10(1):134.
55. Erlina L. Pengembangan Instrumen Self-Efficacy Mobilisasi Dan Model Teoritis Peran Self-Efficacy Terhadap Kemampuan Mobilisasi Pasien. Universitas Indonesia; 2018.
56. Cramp AG, Bray SR. A prospective examination of exercise and barrier self-efficacy to engage in leisure-time physical activity during pregnancy. *Ann Behav Med*. 2009;37(3):325–34.
57. Erlina L, Waluyo A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D.

Instrument development and validation: Assessment of self efficacy for mobilization. *Enferm Clin* [Internet]. 2019;29:384–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.048>



Buku ini mengupas tuntas pentingnya Efikasi Diri dalam meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan di rumah sakit. Konsep kebutuhan mobilisasi dan Efikasi diri diuraikan secara mendalam didukung dengan referensi dan hasil penelitian Penulis dan para ahli lainnya. Buku ini juga dilengkapi Konsep mobilisasi dan Asuhan keperawatan pada pasien gangguan mobilisasi secara lengkap. Format instrument Efikasi Diri Mobilisasi disajikan dengan terperinci sehingga Pembaca dapat memahami apa itu instrument Efikasi Diri Mobilisasi, tujuan penggunaan, bagaimana menggunakannya dan menginterpretasikan skor yang didapatkan.

Buku ini dapat dijadikan referensi bagi Perawat serta semua pihak yang terlibat dalam pelayanan pada pasien rawat inap di rumah sakit. Buku ini memudahkan Perawat, Dokter Rehab Medik, Fisioterapis, Terapis Okupasi maupun Mahasiswa bidang Kesehatan khususnya Mahasiswa Keperawatan dalam mengidentifikasi Efikasi Diri Mobilisasi pasien yang merupakan dasar untuk menentukan intervensi yang tepat dalam meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan sebagai upaya mempercepat penyembuhan pasien.

ISBN 978-623-94426-4-4

