

INTERVENSI KEPERAWATAN BERBASIS *SELF EFFICACY* DALAM UPAYA  
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN DAN KEMAMPUAN  
MOBILISASI PASIEN



LAPORAN PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

TIM PENELITI:

Dr. Lina Erlina, SKp., Mkep., Sp.KMB  
H. Ali Hamzah, SKp., MNS  
Kamsatun, Skep., Ners., Mkep.  
Ns. Uun Nurulhuda SKep, MKep, Sp. KMB

JURUSAN KEPERAWATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN BANDUNG

2018

HALAMAN PENGESAHAN  
PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

Judul : Intervensi Keperawatan Berbasis Sumber *Self Efficacy*  
Dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Dan Kemandirian  
Mobilisasi Pasien

Kode/nama rumpun ilmu : Keperawatan (371)

**Ketua peneliti** : **Dr. Lina Erlina, SKp., M.Kep., Sp.MB**

NIP : 197207271994032002

Jabatan Fungsional : Lektor

Program Studi : Keperawatan Bandung

Poltekkes : Bandung

Nomor HP : 081388020058

Alamat email : linahiar@yahoo.co.id

**Anggota Peneliti (1)** : **H. Ali Hamzah, SKp., MNS**

NIP : 197005191993031001

Program Studi : Keperawatan Bandung

Poltekkes : Bandung

**Anggota Peneliti (2)** : **Kamsatun, Skep., Ners., M.Kep**

NIP : 197007051996102003

Program Studi : Keperawatan Bandung

Poltekkes : Bandung

**Anggota Peneliti (3)** : **Ns. Uun Nurul Huda, SKep., Mkep., Sp.MB**

NIP : 196403221992032001

Program Studi : Prodi Keperawatan

Poltekkes : Peltekkes Kemenkes Jakarta I

Lama Penelitian : 1 (satu) tahun

Penelitian tahun ke- : -

Biaya : **40.500.000**  
**(empat puluh juta lima ratus ribu rupiah)**

Alamat : Jurusan Keperawatan; Jln Dr. Otten No. 32 Bandung, 40171

Biaya tahun berjalan : -

Sumber Dana Penelitian : Poltekkes Kemenkes Bandung Tahun 2018

Bandung, Desember 2018

Mengetahui  
Ka. Sub. UPPM  
Jurusan Poltekkes Kemenkes Bandung,



Dr. Rr. Nur Fauziah, SKM., MKM  
NIP. 197007281993032002

Ketua Peneliti,



Dr. Lina Erlina, SKp., M.Kep., Sp.MB  
NIP. 197207271994032003

Mengesahkan  
Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung



Dr. Ir. H. Osman Syarief, MKM  
NIP. 196008061983121002

## ABSTRAK

### Pengembangan Model Intervensi Keperawatan Berbasis Sumber *Self Efficacy* Dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Dan Kemandirian Mobilisasi Pasien

Lina Erlina, Ali Hamzah, Kamsatun, Uun Nurul Huda

Efek negatif imobilisasi telah lama diketahui tetapi imobilisasi di rumah sakit sampai saat ini masih sangat luas dilakukan pada berbagai kondisi penyakit pasien. Peran *self-efficacy* telah banyak diteliti dan terbukti signifikan serta memiliki estimasi yang tinggi mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien. Sampai saat ini belum didapatkan model intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* yang dapat dijadikan acuan perawat. Berdasarkan uraian di atas maka penting diteliti tentang model intervensi keperawatan yang sesuai bagi pasien selama perawatan di rumah sakit untuk mempercepat penyembuhan pasien. Penelitian bertujuan menilai model intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* yang dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien. Penelitian dilakukan dengan Uji coba algoritma menggunakan Quasi eksperimen *pre and post test control group desain*. Pengambilan sampel dilakukan *insidental sampling* dengan *purposive sampling* di RS Al Ihsan Bandung. Jumlah sampel 60 pasien (30 pasien intervensi dan 30 kontrol). Alat pengumpulan data: instrumen *self efficacy* mobilisasi, Barthel Index modifikasi, dan algoritma intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi. Analisa bivariat menggunakan uji T berpasangan dan tidak berpasangan. Analisa multivariat menggunakan regresi linier. Hasil penelitian: Kemampuan mobilisasi dan kemandirian pasien meningkat signifikan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol pada hari ke-1, ke-2, dan ke-3 pasca operasi. Tidak menunjukkan perbedaan rata-rata yang signifikan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Faktor yang paling berperan terhadap kemampuan mobilisasi pasien secara berturut-turut adalah Nyeri, Alat Kesehatan, dan *Self-efficacy* mobilisasi. Kesimpulan intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi menunjukkan perbedaan rata-rata yang tidak signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok control. Rekomendasi: Diperlukan penelitian lanjutan dengan responden yang lebih homogen dan memperhatikan faktor fasilitas lingkungan rumah sakit, dukungan keluarga, dan status nutrisi pasien.

Kata Kunci: *self-efficacy*, kemampuan mobilisasi, kemandirian pasien

## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Pengesahan	i
Abstrak	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Lampiran	vi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Mobilisasi Pasien .....	6
2.1.1 Definisi .....	6
2.1.2 Efek Kurang Mobilisasi .....	7
2.1.3 Hambatan Mobilisasi .....	8
2.1.4 Intervensi Keperawatan Meningkatkan Mobilisasi.....	8
2.2 Self Efficacy Mobilisasi.....	10
2.3 Kemandirian.....	15
2.3 Kerangka Pikir .....	16
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	17
3.1 Desain penelitian .....	17
3.2 Hipotesis Penelitian .....	19
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	20
3.4 Tempat dan Waktu Penelitian .....	21
3.5 Alat Pengumpulan Data .....	21
3.6 Prosedur Pengumpulan Data .....	21
3.7 Pengolahan Dan Analisa Data .....	24
3.8 Etika Penelitian .....	24
3.9 Definisi Operasional .....	25
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	26
4.1 Hasil penelitian .....	26
4.1.1 Karakteristik Responden .....	26
4.1.2 Kemampuan Mobilisasi .....	29
4.1.3 Kemandirian Responden .....	30
4.1.4 Faktor yang mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi .....	39
4.2 Pembahasan .....	40
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	44
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....	45
Daftar Pustaka	vi
Lampiran	vii

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian
Lampiran 2	Algoritma Intervensi Keperawatan Berbasis <i>Self-Efficacy</i> Mobilisasi
Lampiran 3	Data karakteristik Responden
Lampiran 4	Hasil Analisis Uji Statistik
Lampiran 5	Modul <i>Self-Efficacy</i> Mobilisasi
Lampiran 6	Laporan keuangan Penelitian Unggulan
Lampiran 7	Ethical Clearance
Lampiran 8	Surat Ijin penelitian
Lampiran 9	Daftar hadir pelatihan dan Sosialisasi
Lampiran 10	Surat Pernyataan Menyelesaikan Pekerjaan

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) diterapkan pemerintah dengan tujuan mendasar memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Menghadapi era JKN maka seluruh elemen tenaga kesehatan, khususnya tenaga keperawatan menghadapi tantangan besar dalam meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. Upaya mempercepat peningkatan kesehatan pasien selama dirawat di rumah sakit dengan meningkatkan kemandirian dan kemampuan mobilisasi pasien merupakan tindakan efisiensi yang diperlukan pada era ini.

Imobilisasi di rumah sakit di beberapa negara sampai saat ini masih sangat luas dilakukan pada berbagai kondisi penyakit pasien walaupun efek negatifnya telah banyak 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 sakit (A. Drolet et al., 2013). Mahoney et al dalam penelitiannya menyatakan dari 118 pasien dapat berjalan, 72,9% tidak melakukan kegiatan berjalan dan hanya 9,4% yang melakukan kegiatan berjalan dengan didampingi perawat (Doherty-king et al., 2012). Penelitian Brown et al menyatakan 83% dari waktu pasien dihabiskan dengan berbaring di tempat tidur (Doherty-king et al., 2012). Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan imobilisasi pasien di rumah sakit di Indonesia, walaupun prosentase secara pasti belum peneliti dapatkan.

Berbagai efek negatif imobilisasi baik fisiologis maupun psikologis telah lama diketahui. Berbagai penelitian menyimpulkan efek imobilisasi mempengaruhi fungsi tubuh. Adaptasi fisiologik akibat imobilisasi diantaranya melemahnya fungsi metabolik (Alibegovic et al., 2009; Sonne et al., 2010; Smorawiński et al., 2001), kardiovaskuler (Krasnoff & Painter, 1999), hematologik (Krasnoff & Painter, 1999), sistem imun (Krasnoff & Painter, 1999), thermoregulasi (Stuempfle & Drury, 2007), neuroendokrin (Stuempfle & Drury, 2007) dan organ lainnya. Penurunan fungsi tersebut memberi dampak besar terhadap kualitas kesehatan pasien selama masa perawatan, kondisi pasien makin menurun dan lama hari rawat semakin panjang (Perry & Potter, 2006).

Penurunan fungsi metabolik akibat imobilisasi dilaporkan Lipman et al bahwa intoleransi glukosa pada pria normal terjadi dalam 3 hari pertama imobilisasi (Smorawiński et al., 2001). Efek imobilisasi terhadap penurunan insulin dijelaskan Sonne et al (2010) bahwa sensitivitas insulin menurun setelah 3-5 hari imobilisasi. Penurunan VO<sub>2</sub> max sebesar 26% juga terjadi pada pria setelah 20 hari imobilisasi (Krasnoff & Painter, 1999). Penurunan muskuloskeletal dinyatakan Kasper et al dimana individu normal dengan kondisi imobilisasi akan mengalami penurunan kekuatan otot rata-rata 3% sehari (Perry & Potter, 2006).

Imobilisasi juga menyebabkan penurunan fungsi psikologis. Efek imobilisasi secara psikologis dapat menyebabkan perubahan respon emosional ditandai dengan pasien mengalami depresi, perubahan perilaku, perubahan siklus tidur-bangun, dan gangguan koping (Perry & Potter, 2006). Efek psikologis akibat imobilisasi diawali dengan munculnya gejala-gejala pasien mudah tersinggung, pikiran menyempit, dan sering mengomel serta pasien sering merasa lebih parah sakitnya dibandingkan kondisi sebenarnya. Tahap selanjutnya muncul keluhan letarghi, pasien kehilangan keinginan dan tidak ada usaha untuk bangun dari tempat tidur (Asher, 1947).

Beberapa kondisi dirasakan pasien menjadi kendala besar untuk melaksanakan mobilisasi. Kendala melakukan mobilisasi selama perawatan yang dapat peneliti identifikasi melalui wawancara dengan lima pasien yang sedang di rawat di ruang penyakit dalam tahun 2016, yaitu pasien mengeluh lemah, pusing, dan merasa tidak kuat turun dari tempat tidur. Pasien juga menyatakan sulit mobilisasi karena terpasang kateter dan infus. Pasien juga menyatakan takut bertambah parah sakitnya jika banyak bergerak, lebih nyaman tidur, dan takut jatuh jika harus turun dari tempat tidur. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Demeke et al yang menyatakan faktor-faktor yang sering menjadi kendala pasien melakukan mobilisasi yaitu kelemahan, pusing, kurangnya motivasi dan takut jatuh (Demeke, Balamurugan, Alemie, & Abebe, 2015). Alasan-alasan tersebut menggambarkan tingginya keraguan dan rendahnya keyakinan pasien akan kemampuannya untuk melakukan mobilisasi.

Pentingnya mobilisasi pasien pasca operasi telah banyak dijelaskan para Ahli. Lewis, et al (2014) menyatakan “mobilisasi dini merupakan tindakan keperawatan yang paling signifikan dapat mencegah komplikasi pasca operasi”. Mobilisasi pasca bedah meningkatkan tonus otot, stimulasi sirkulasi sehingga mencegah stasis vena dan tromboemboli vena, meningkatkan kapasitas vital dan meningkatkan fungsi pernapasan, fungsi gastrointestinal dan genitourinari

(Chatterley, 2017). Beberapa penelitian terbaru menunjukkan mobilisasi pasca bedah dapat menurunkan komplikasi, menurunkan nyeri dan lama hari rawat pasien (Chatterley, 2017).

Beberapa standar tindakan mobilisasi di rumah sakit telah banyak diadopsi dari berbagai ahli, diantaranya: Mobilisasi pasien pasca bedah diuraikan Clark et al (2013) yang secara bertahap mulai dari enam jam pertama dengan melakukan *range of motion* (ROM) di tempat tidur sampai dengan hari ke empat pasca bedah dimana pasien diharapkan sudah dapat berjalan secara mandiri. *The progressive mobility continuum* dikembangkan Bassett, Vollman, Brandwene, & Murray (2012) yang menitikberatkan pada mobilisasi berdasarkan level kemampuan pasien. *Banner Mobility Assessment Tool* (BMAT) *for Nurses* yang dikembangkan dengan tujuan perawat dapat memandu pasien melakukan mobilisasi berdasarkan tingkat kemampuan mobilitas pasien dan merekomendasikan alat-alat yang diperlukan sesuai tingkat kemampuannya (Boynton, Kelly, Amber Perez, & Miller, 2014). Belum ditemukan standar intervensi mobilisasi yang mengkombinasikan kemampuan fisik dan kemampuan psikis pasien.

Perawat memiliki peran penting dalam mengoptimalkan kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien. Intervensi keperawatan di rumah sakit saat ini masih lebih banyak berfokus pada peningkatan kemampuan fisik, sementara kemampuan psikis masih kurang mendapat perhatian, khususnya *self-efficacy* mobilisasi. Intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi merupakan hal penting yang harus dilakukan perawat sebagai upaya mempercepat penyembuhan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengkajian dan intervensi yang dikombinasikan dengan *self-efficacy* yang adekuat dapat mencapai peningkatan kemampuan yang diinginkan (Harrison, 2004).

Kemampuan melakukan mobilisasi pasien terdiri dari dua bagian yaitu kemampuan mempertahankan keseimbangan tubuh dan kemampuan berjalan. Kedua kemampuan tersebut penting diketahui karena dapat memprediksi resiko jatuh pasien. Penilaian kemampuan keseimbangan mencakup delapan posisi yang menekankan stabilitas seperti keseimbangan duduk, keseimbangan berdiri segera dari duduk, berdiri lama, menahan dorongan, keseimbangan dengan mata tertutup, keseimbangan saat berputar dan saat duduk kembali. Penilaian kemampuan berjalan meliputi penilaian pasien saat berjalan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, yaitu panjang dan tinggi langkah, kesinambungan langkah, kesimetrisan, penyimpangan jalur, sikap tubuh, gaya berjalan, dan kemampuan berputar saat berjalan (Tinetti, 1986 dalam Sterke, Huisman, Van Beek, Looman, & Van Der Cammen, 2010).

Tingkat kemampuan mobilisasi pasien akan mendorong kemandirian pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari selama perawatan. Kemandirian pasien terdiri dari kemandirian transfer, kemandirian dalam ambulasi, kemandirian dalam toileting, kemandirian mengontrol buang air besar, kemandirian dalam mengontrol buang air kecil, kemandirian mandi, kemandirian ganti baju, kemandirian makan/minum (Sterke et al., 2010).

Berdasarkan uraian fenomena di atas maka penting diteliti tentang model intervensi keperawatan yang tepat untuk meningkatkan kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien, yang sesuai bagi pasien selama perawatan di rumah sakit berbasis *self-efficacy* mobilisasi terutama *mastery experience* dan *physiological and affective states*.

## 1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah model intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi dapat meningkatkan kemandirian dan kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan di rumah sakit?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menilai model intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* mobilisasi yang dapat meningkatkan kemandirian dan kemampuan mobilisasi pasien

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan uji intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* mobilisasi yang meningkatkan kemampuan mobilisasi
- 2) Melakukan uji intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* mobilisasi yang meningkatkan kemandirian, yang terdiri dari:
  - a. Kemandirian makan/minum
  - b. Kemandirian mandi
  - c. Kemandirian berpakaian
  - d. Kemandirian buang air besar
  - e. Kemandirian buang air kecil
  - f. Kemandirian transfer
  - g. Kemandirian ambulasi

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Pengembangan Ilmu Keperawatan

Manfaat Penelitian menambah khasanah pengetahuan keperawatan. Model intervensi yang dihasilkan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dalam memahami intervensi yang sesuai dan efektif berbasis *self-efficacy* mobilisasi bagi peningkatan kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien selama perawatan di rumah sakit.

### 1.4.2 Manfaat Praktis Keperawatan

Penelitian menghasilkan model intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi yang telah dilakukan ujicoba. Model intervensi keperawatan berkontribusi dan dapat dijadikan acuan bagi perawat rumah sakit dalam melakukan intervensi yang tepat yang mampu meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam melakukan mobilisasi.

### 1.4.3 Manfaat Kebijakan

Model intervensi *self-efficacy* mobilisasi yang dihasilkan penelitian ini dapat menjadi salahsatu standar intervensi keperawatan di rumah sakit dalam upaya meningkatkan kemampuan mobilisasi sebagai upaya mempercepat proses penyembuhan pasien.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Mobilisasi Pasien

##### 2.1.1. Definisi

Mobilisasi erat kaitannya dengan fungsi pergerakan. Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk dapat bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman (Kleffelgaard, 2013; Perry & Potter, 2006). Istilah mobilisasi banyak digunakan untuk menyatakan pergerakan baik secara fisiologis, maupun psikologis. Ziegler & Schwanen (2011) menjelaskan mobilisasi didefinisikan sebagai pergerakan individu baik aktual maupun potensial baik pergerakan kemampuannya secara fisik, pergerakan peningkatan kualitas hidup, maupun pergerakan peningkatan kesejahteraan.

Braddom (2007) mendefinisikan mobilisasi fungsional merupakan 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. Kegiatan yang termasuk dalam mobilisasi fungsional diantaranya mobilisasi di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi roda, mobilisasi latihan berjalan, mengemudi dan naik kendaraan umum. Kemandirian individu melakukan mobilisasi fungsional secara signifikan dapat mengurangi waktu perawatan jangka panjang, meningkatkan harga diri dan aktualisasi diri (Braddon, 2007 dalam The Toolkit).

Individu yang mengalami penurunan kemampuan pergerakan untuk melakukan aktifitas secara normal dikatakan mengalami keterbatasan kemampuan mobilisasi (WHO dalam Cleaver, 2007). Kondisi tersebut lebih lanjut disebut dengan immobilisasi yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan individu untuk bergerak bebas (Perry & Potter, 2006). Kim et al (1995) dalam Perry dan Potter (2006) menjelaskan bahwa immobilisasi didefinisikan *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) sebagai gangguan mobilisasi fisik dimana seseorang mengalami keterbatasan gerak fisik sehingga tidak dapat bergerak dengan bebas. Perubahan dalam tingkat kemampuan mobilisasi fisik menyebabkan seseorang melakukan pembatasan gerak atau mencari bantuan dari orang lain untuk memenuhi tugasnya (Perry & Potter, 2006; Cleaver SR, 2007).

### 2.1.2. Efek Kurang Mobilisasi

Berbagai hasil penelitian menyimpulkan efek immobilisasi dalam waktu yang lama dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh baik fungsi fisiologis yaitu metabolik, kardiovaskular, muskuloskeletal, serta organ lainnya sehingga dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada pasien dan fungsi psikologis yaitu depresi, perubahan siklus tidur bangun, dan gangguan koping.

Tabel 1. Efek immobilisasi selama perawatan di rumah sakit

EFEK FISIOLOGIS	
Muskuloskeletal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan sintesis protein (Kortebein P et al, 2007)</li> <li>• Atrophy otot dan penurunan massa otot (Blomfield SA, 1997)</li> <li>• Penurunan kekuatan otot (Kortebein P et al, 2007)</li> <li>• Penurunan kapasitas latihan (Suesada MM, Martin MA, Carvalho CR, 2007)</li> <li>• Pemendekan jaringan konektif dan kontraktur sendi (Halar EM, Bell, 1990)</li> <li>• Penurunan densitas tulang (Blomfield SA, 1997)</li> <li>• Dekubitus (Engberg IB, Lindell M, Nyren-Nolberger U, 1995)</li> </ul>	
Endokrin dan metabolisme	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan sensitivitas insulin (Hamburg NM et al, 2007)</li> <li>• Penurunan aktifitas aldosteron dan renin plasma (Gharib C et al, 1992)</li> <li>• Peningkatan natriuretic peptide atrial (Maillet A et al, 1996)</li> </ul>	
Pulmonal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelectasis (Haubrich VR, 1976)</li> <li>• Pneumonia (Loeb M et al, 1999)</li> <li>• Penurunan tekanan inspirasi maksimal dan kemampuan kapasitas vital (Suesada MM, Martin MA, Carvalho CR, 2007)</li> </ul>	
Cardiovaskular	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan total cardiac dan ukuran ventrikel kiri (Convertino, 1997)</li> <li>• Penurunan compliance venous ekstremitas bawah (van Duijnhoven NT et al, 2008)</li> <li>• Intoleransi orthostatic (Baloochi R et al, 2000)</li> <li>• Penurunan kardiak output, stroke volume, dan resistensi peripheral vascular (Convertino VA, 1982,1997, Saltin B et al, 1968)</li> <li>• Gangguan fungsi microvaskular (Hamburg NM et al, 2007)</li> <li>• Penurunan respon cardiac terhadap stimulasi sinus carotid (Convertino VA, 1982)</li> </ul>	
EFEK PSIKOLOGIS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresi</li> <li>• Perubahan siklus tidur</li> </ul>	

---

- Gangguan koping

---

### 2.1.3. Hambatan Mobilisasi Pasien di Rumah Sakit

Berbagai kondisi yang dirasakan pasien maupun perawat menjadi kendala yang besar untuk mempertahankan mobilisasi, sehingga *bed rest* sampai saat ini masih banyak dilakukan di rumah sakit. Kondisi pasien 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 pasien diluar tempat tidur (Drolet et al., 2012). Penelitian Demeke et al didapatkan faktor-faktor yang sering menjadi hambatan pasien 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%) (Demeke et al., 2015).

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa karakteristik pasien juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi antara lain: usia (Atienzar P et al, 2012; Pujiatun, 2001; Peterson D. M & Serra-Rexach. AJ, 2012), jenis kelamin (Pujiatun, 2001; Atienzar P. et al, 2012), nutrisi (Williams dalam Hieber, K, 1998; Guyton & Hall, 1996), obat-obatan (Lipsitz et al; Swager dalam Hieber, 1998), faktor psikologis (Jones K dan Barker K dalam Pujiatun, 2001; Perry&Potter, 2006), lama hari rawat, ketersediaan fasilitas dan gejala penyakit secara signifikan mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien (Demeke et al., 2015).

### 2.1.4. Intervensi keperawatan meningkatkan mobilisasi

Intervensi keperawatan bertujuan untuk pencegahan terjadinya gangguan dengan meminimalkan efek negatif immobilisasi dan pemeliharaan kemampuan dengan memaksimalkan mobilitas pasien. Milde, Frances Kay (1988) menguraikan intervensi keperawatan berdasarkan tujuan intervensi:

- a. Intervensi memelihara kekuatan otot dan daya tahan otot
  - 1) Latihan kontraksi otot isometrik dan isotonik

Latihan kontraksi isometrik merupakan latihan dengan meningkatkan ketegangan otot tanpa disertai terjadi perubahan panjang otot (Milde, Frances Kay,, 1988; Gardiner MD dalam Pujiatun 2001; Hettinger, Muller dalam Hanafi S, 2010). Latihan kontraksi isometrik sangat membantu mempertahankan kekuatan quadrisep, otot perut, dan gluteus yang diperlukan untuk mempertahankan kemampuan mobilitas saat berdiri tegak (Milde, Frances Kay,, 1988). Hettinger dan Muller dalam hasil penelitiannya tentang latihan isometrik menyatakan bahwa satu kali latihan perhari dimana otot diberi beban dengan kontraksi statis sebesar 2/3 maksimum selama enam detik menghasilkan peningkatan kekuatan sebesar 5% perminggu (Hettinger, Muller dalam Hanafi S, 2010). Waktu yang relatif lama diperlukan untuk mendapatkan hasil yang maksimal (George A. Brobk dan Thomas D. Fahei, dalam Hanafi, S, 2010)

Latihan kontraksi isotonik merupakan latihan kontraksi otot yang disertai dengan pemendekan otot. Latihan ini memperbaiki koordinasi gerak otot dan meningkatkan serta memperbaiki kecepatan dasar (Yonath, U dalam Hanafi, S, 2010). Latihan isotonik yang diketahui efektif yaitu latihan dengan protokol De Lorme dan Watkins karena menggunakan metoda peningkatan beban. Latihan dilakukan dengan cara: beban maksimal diangkat 10 kali, setiap sesi latihan terdiri dari 3 set masing-masing 10 repetisi sehingga ada 30 repetisi, latihan dilakukan 5 kali perminggu (Jones K, Barker, K dalam Pujiatun 2001). Latihan juga dapat dimulai dengan frekuensi 3-4 kali perminggu dan bisa dilanjutkan 5 kali perminggu jika otot sudah beradaptasi (Pollock, ML & Wilmore, JH dalam Pujiatun, 2001). Milde, Frances Kay,, 1988 menjelaskan bahwa Latihan juga 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 valsasa manufer sehingga harus digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan status cardiovascular (Milde, Frances Kay,, 1988)

## 2) Meningkatkan anabolisme protein

Anabolisme protein berfungsi untuk penyimpanan dan penambahan cadangan energi. Hal ini dapat dilakukan dengan meningkatkan intake nutrisi dengan kandungan kalori dan

protein yang adekuat. Penyimpanan energi juga dapat ditingkatkan dengan mengurangi stressor seperti ansietas dan peningkatan suhu tubuh pasien. Indikator primer nutrisi yang adekuat adalah terpeliharanya dan adanya peningkatan berat badan (Milde, Frances Kay., 1988).

b. Pemeliharaan fleksibilitas sendi

Intervensi yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas diantaranya latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak terdiri dari latihan rentang gerak aktif dan rentang gerak pasif yang memiliki keuntungan yang berbeda untuk pasien immobilisasi. Rentang gerak aktif yaitu pasien melakukan rentang gerak tanpa bantuan, bermanfaat untuk memelihara fleksibilitas sendi serta kekuatan otot dan tulang. Sedangkan rentang gerak pasif yaitu pasien melakukan rentang gerak dengan bantuan, bermanfaat hanya untuk memelihara fleksibilitas sendi (Milde, Frances Kay., 1988; Perry & Potter, 2006).

c. Pemeliharaan sikap dan motivasi

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 (Milde, Frances Kay., 1988).

## 2.2 *Self Efficacy* Mobilisasi

### 2.2.1 Definisi *Self-efficacy*

Bandura pertama kali mengenalkan konsep *self-efficacy* yang dikenal dengan Teori *self-efficacy* (Bandura, 2006). Bandura seorang ilmuwan bidang sosial, dia membedakan dua komponen *self-efficacy* yang terdiri dari *self-efficacy expectation* dan *outcome expectations* yang keduanya merupakan ide utama dari teori tersebut. *Self-efficacy expectation* adalah penilaian tentang kemampuan individu untuk menyelesaikan tugas tertentu sedangkan *outcome expectation* adalah penilaian tentang sesuatu yang mungkin akan terjadi jika tugas

yang diberikan berhasil dicapai. *Self-efficacy* dapat memprediksi jauh lebih baik dibandingkan *outcome expectation*. Individu akan termotivasi melakukan suatu tindakan jika dia merasa yakin bahwa tindakan tersebut akan mencapai tujuan. (Bandura dalam Elizabeth & Baggett, 2002; Resnick, B dalam Smith, 2008).

Bandura (1994) mendefinisikan *self-efficacy* merupakan keyakinan seseorang mengenai kemampuannya untuk merasakan, memotivasi dirinya, dan melakukan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Lebih lanjut Bandura menjelaskan bahwa *self-efficacy* merupakan *generative capability* dimana semua potensi kognitif, sosial, emosional, dan perilaku harus dikelola untuk mencapai tujuan tertentu. Individu dengan *self-efficacy* yang tinggi akan memiliki tujuan dan komitmen yang tinggi, sedangkan individu dengan *self-efficacy* yang lemah akan memiliki komitmen yang lemah untuk mencapai tujuannya (Bandura, 1994).

*Self-efficacy* dipandang sebagai konsep yang secara signifikan dapat memanipulasi untuk usaha perlindungan dan promosi kesehatan sehingga *self-efficacy* dikenal sebagai variabel mediasi dalam model promosi kesehatan (Pender dalam Temple, 2003). Pender dalam Tomey dan Alligood (2006) mendefinisikan *self-efficacy* sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tindakan yang mendukung kesehatannya berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. *Self-efficacy* secara konsep banyak diaplikasikan dalam mencapai tujuan dari tindakan tertentu yang bersifat spesifik (Bandura, 1997).

### 2.2.2. Sumber *Self-efficacy*

Bandura (1997) menjelaskan *self-efficacy* dikembangkan melalui empat sumber utama yaitu *enactive mastery experiences*, *vicarious experiences*, *verbal persuasion*, dan *physiological and affective states*.

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

*Enactive mastery experiences* merupakan pengalaman yang akan membangun seseorang untuk mengerahkan segala kemampuannya dalam meraih keberhasilan. Setiap keberhasilan akan meningkatkan keyakinan *efficacy* seseorang dan setiap kegagalan akan berguna untuk mengajarkan bahwa suatu keberhasilan membutuhkan usaha yang keras dalam mengatasi berbagai rintangan. Keberhasilan seseorang menyelesaikan tugas dapat meningkatkan, tidak berpengaruh, atau menurunkan *self-efficacy* tergantung pada

bagaimana seseorang menginterpretasikan dan mempertimbangkan kemampuan personal maupun situasional saat itu (Bandura, 1997).

*Mastery experiences* merupakan sumber yang paling berpengaruh dalam membentuk *self-efficacy*. Keberhasilan yang berulang setelah mengatasi berbagai hambatan dan mengerahkan segala usaha akan memiliki dampak yang kuat terhadap *self-efficacy* (Bandura, 1986). 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* merupakan cara meningkatkan *self-efficacy* 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 *self-efficacy* seseorang, sebaliknya *self-efficacy* menjadi turun ketika seseorang melihat kegagalan orang lain. *Self-efficacy* juga dipengaruhi oleh seberapa besar persepsi seseorang memiliki kesamaan dirinya dengan orang lain. Pengamatan ini meningkatkan *self-efficacy* seseorang melalui proses pemodelan sosial (Bandura, 1997). Semakin besar seseorang berpersepsi memiliki kesamaan maka semakin besar keberhasilan dan kegagalan model tersebut berpengaruh terhadap *self-efficacy*nya dan begitu juga sebaliknya. Perilaku dan cara berfikir orang lain menjadi sumber pengetahuan, keterampilan, dan strategi yang efektif bagi seseorang dalam menghadapi tuntutan lingkungan.

c. *Verbal persuasion* (Persuasi verbal)

*Verbal persuasion* merupakan sumber *self-efficacy* yang paling sering digunakan dan dapat dilakukan dengan mudah (Lenz, Elizabeth R & Shortridge-Baggett, Lillie, 2002). *Verbal persuasion* meningkatkan *self-efficacy* dengan menguatkan keyakinan seseorang yang disampaikan secara *verbal* bahwa dia memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk berhasil. Bandura (1997) menyatakan *verbal persuasion* dapat menjadi sumber *self-efficacy* tetapi secara substansial efeknya jauh lebih rendah dibandingkan *mastery experiences* atau *vicarious experiences*. Seseorang yang mendapat persuasi secara verbal tentang kemampuannya cenderung memiliki kemauan dan usaha yang lebih besar

daripada yang tidak mendapatkan persuasi verbal. Seseorang bisa berhasil menumbuhkan *self-efficacy* jika mendapatkan penilaian yang positif terhadap kemampuan yang dimilikinya.

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 *self-efficacy*. Intensitas perubahan terhadap kondisi fisik dan emosi seseorang merupakan hal penting yang akan mempengaruhi *self-efficacy*, tetapi bagaimana seseorang mempersepsikan dan menginterpretasikan perubahan tersebut adalah hal yang lebih berpengaruh terhadap *self-efficacy*.

### 2.2.3 Hasil-hasil penelitian sumber *self-efficacy*

*Self-efficacy* terbentuk dari integrasi berbagai sumber yang berbeda. Bandura (1997) menjelaskan sumber utama *self-efficacy* yaitu *enactive mastery experiences* (pengalaman penguasaan tindakan), *vicarious experiences* (pengalaman orang lain), *verbal persuasion* (persuasi verbal), dan *physiological and affective states* (kondisi fisik serta emosional). Sumber *self-efficacy* juga dijelaskan Tung, Cooke, dan Moyle (2013) dalam penelitian kualitatifnya bahwa sumber yang penting untuk mempertahankan *self-efficacy* yaitu 1). Adanya dukungan dari orang lain baik dari keluarga, teman, ataupun masyarakat; 2). Mempertahankan keyakinan diri dan sikap positif terhadap pentingnya tugas yang harus dilakukan dan tantangan yang dihadapi; 3). Adaptasi dan modifikasi aktifitas untuk mengatasi keterbatasan kemampuan.

Hasil penelitian tentang pengaruh sumber-sumber yang menentukan *self-efficacy* menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Bandura (1997) menyatakan bahwa *mastery experience* merupakan sumber yang paling mempengaruhi *self-efficacy* dibanding dengan sumber lainnya. Warner et al (2014) melakukan penelitian tentang pengaruh sumber-sumber *self-efficacy* terhadap aktifitas fisik. Hasil penelitiannya didapatkan efek tidak langsung dari *mastery experience*, *self persuasion*, dan *afektif negatif state* pada aktifitas fisik melalui *self-*

*efficacy*. Warner et al merekomendasikan untuk memperhatikan ketiga sumber tersebut dalam meningkatkan *self-efficacy* aktifitas fisik. Sumber *vicarious experience* ditemukan tidak ada hubungan dengan *self-efficacy* tetapi dapat memprediksi aktifitas fisik secara langsung, jadi *vicarious experience* lebih tepat dinyatakan sebagai indikator aktifitas fisik daripada sebagai sumber *self-efficacy*; *verbal persuasion* dinyatakan tidak berhubungan dengan *self-efficacy* tetapi menunjukkan hubungan negatif yang langsung berhubungan dengan perubahan aktifitas fisik (Warner et al., 2014). Hasil penelitian yang berbeda disampaikan Ashford, Edmunds, & French (2010) dalam penelitian meta analysisnya yang menyimpulkan bahwa intervensi yang menggunakan *vicarious experience* dan *verbal persuasion* menghasilkan tingkat signifikan yang lebih tinggi dibandingkan intervensi menggunakan sumber lainnya. Sementara penelitian kualitatif Allender, Cowburn, dan Foster (2006) menyatakan bahwa pada individu lanjut usia menganggap tidak adanya *vicarious experience* menjadi hambatan untuk dapat melakukan aktifitas fisik secara teratur

Erlina (2018) dalam disertasinya tentang model teoritis peran *self-efficacy* terhadap kemampuan mobilisasi pasien menyatakan bahwa sumber *self-efficacy* yang signifikan berdampak terhadap kemampuan mobilisasi melalui *self-efficacy* mobilisasi adalah *mastery experience* dan *physiological and affective states*, dimana hubungan bersifat positif. Artinya semakin baik *mastery experience* dan *physiological and affective states* meningkatkan *self-efficacy* mobilisasi dan kemampuan mobilisasi. Erlina (2018) menyimpulkan untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien selama perawatan hanya dua sumber *self-efficacy* yang dapat mempengaruhinya yaitu *mastery experience* dan *physiological and affective states* melalui *self-efficacy* mobilisasi sebagai mediator. Sedangkan *vicarious experiences* dan *verbal persuasion* tidak signifikan berpengaruh terhadap kemampuan mobilisasi melalui *self-efficacy* mobilisasi.

## 2.3. Kemandirian

### a. Pengertian Kemandirian

Otonomi atau kemandirian adalah kebebasan individu manusia untuk memilih, untuk menjadi kesatuan yang bisa memerintah, menguasai dan menentukan dirinya sendiri. Sehingga dapat dipahami bahwa otonomi atau kemandirian adalah kemampuan untuk mengendalikan dan mengatur pikiran, perasaan, dan tindakan sendiri secara bebas serta berusaha sendiri untuk mengatasi perasaan-perasaan malu dan keragu-raguan (Menurut Chaplin, dalam Desmita, 2012). Kemandirian adalah usaha untuk melepaskan diri dari orangtua dengan maksud untuk menemukan dirinya dalam proses mencari identitas ego, yaitu merupakan perkembangan ke arah individualitas yang mantap dan berdiri sendiri. Kemandirian biasanya ditandai dengan kemampuan menentukan nasib sendiri, kreatif dan inisiatif, mengatur tingkah laku, bertanggung jawab, mampu menahan diri, membuat keputusan-keputusan sendiri, serta mampu mengatasi masalah tanpa ada pengaruh dari orang lain. (Desmita, 2012).

### b. Teori Sistem Keperawatan Menurut Dorothy Orem

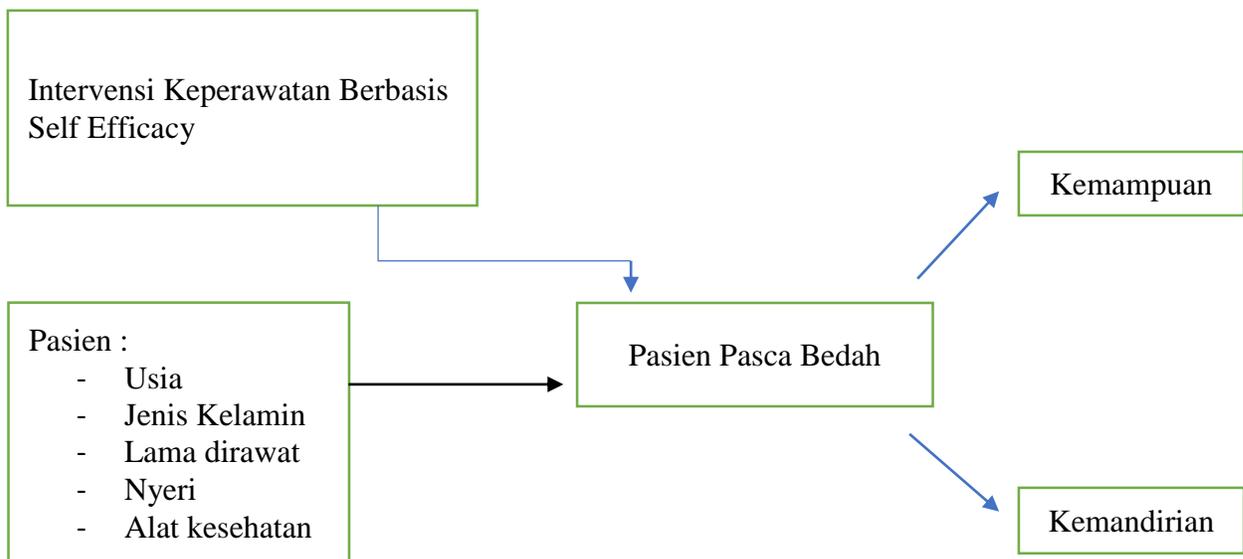
Menggambarkan kebutuhan klien/individu yang di dasari pada teori Orem tentang pemenuhan kebutuhan sendiri dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Terdapat tiga kategori sistem keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri klien/individu berdasarkan Orem tahun 2001 sebagai berikut :

1. Sistem Bantuan penuh (*Wholly Compensatory System*) : Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang dalam keadaan tidak mampu secara fisik dalam melakukan pengontrolan pergerakan serta memenuhi kebutuhan hidupnya. Kondisi yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien koma yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dirinya sendiri, tidak mampu melakukan pergerakan dan tidak mampu mengambil keputusan yang tepat bagi dirinya.
2. Sistem Bantuan Sebagian (*Partially Compensatory System*) : Tindakan keperawatan yang sebagian dapat dilakukan oleh klien/individu dan sebagian dilakukan oleh perawat. Perawat membantu dalam memenuhi kebutuhan *self care* akibat keterbatasan gerak yang dialami oleh klien/individu.
3. Sistem Dukungan Pendidikan (*Supportif-Education System*) : Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada klien/individu yang membutuhkan edukasi dalam rangka mencapai derajat

kesehatan setinggi-tingginya agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan edukasi.

#### 2.4 Kerangka Pikir

Berdasarkan uraian di atas maka kerangka pikir penelitian ini, dapat digambarkan sebagai berikut:



## BAB 3

### METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian yang terdiri dari desain penelitian, hipotesis, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, dan etika penelitian. Penelitian terdiri dari tiga tahap. Tahap I: pengembangan model intervensi berbasis *self-efficacy* mobilisasi, tahap II: validitas konten model dan Uji keterbacaan, tahap III: Uji coba, Validasi model dan Uji hipotesis. Metoda penelitian diuraikan pada setiap tahap penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini:

##### Tahap 1: Pengembangan Model

Peneliti melakukan pengembangan model intervensi keperawatan dengan elaborasi beberapa referensi yang didapatkan melalui proques, ebsco, dan pubmed. Pengembangan intervensi merupakan modifikasi dari *The Banner Mobility Assessment Tool (BMAT)* (Boynton et al., 2014), *Trauma and Burns Intensive Care Unit (TBICU) Early Mobility Program* (Clark, Lowman, Griffin, Matthews, & Reiff, 2012), *Postoperative Mobilization Guideline* (Bothe J, 2015), dan *Integrating a Multidisciplinary Mobility Programme into Intensive Care Practice (IMMPTP)*, dan Konsep *Self Efficacy* (Bandura, 2007). Hasil pengembangan intervensi selanjutnya diuraikan dalam bentuk algoritma model intervensi keperawatan dan Modul Mobilisasi dini Pasca operasi.

##### Tahap II: Content Validity dan uji keterbacaan

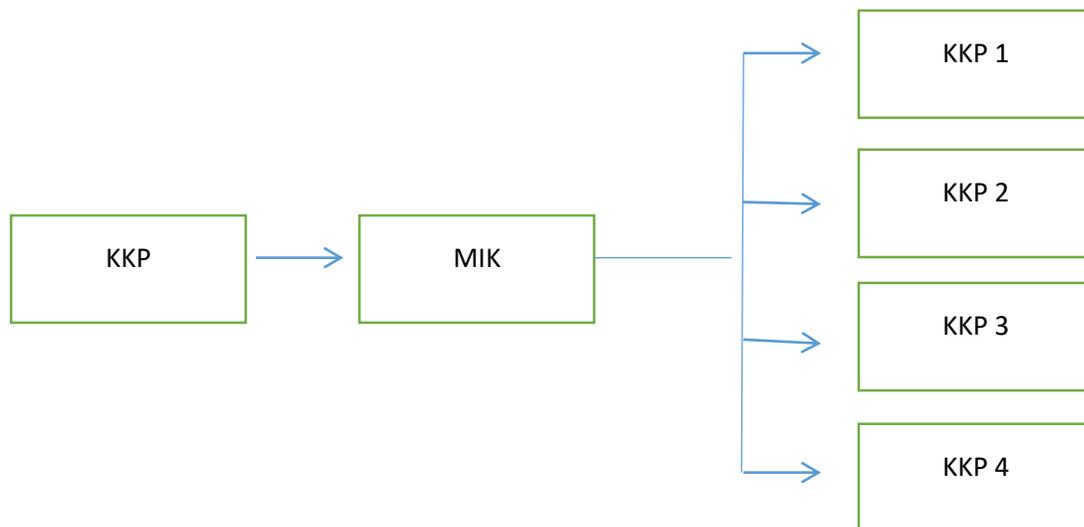
Desain penelitian tahap ini menguraikan gambaran hasil uji *content validity*. *Content validity* dilakukan dengan konsultasi *expert judgement* pada 2 orang perawat ruang perawatan Bedah dengan pendidikan S1 Keperawatan dan 1 orang Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik . Uji keterbacaan model dilakukan untuk mengetahui sejauhmana model dapat diimplementasikan dengan mudah oleh perawat kepada pasien.

Tahap III: Uji coba, Validasi model dan Uji Hipotesis

Penelitian tahap ini berupa uji lapangan (field trial) dengan menggunakan desain penelitian *quasi eksperimen* dengan *pre and post test control group* desain.

Skema desain penelitian digambarkan sebagai berikut:

Gambar Skema Desain Penelitian



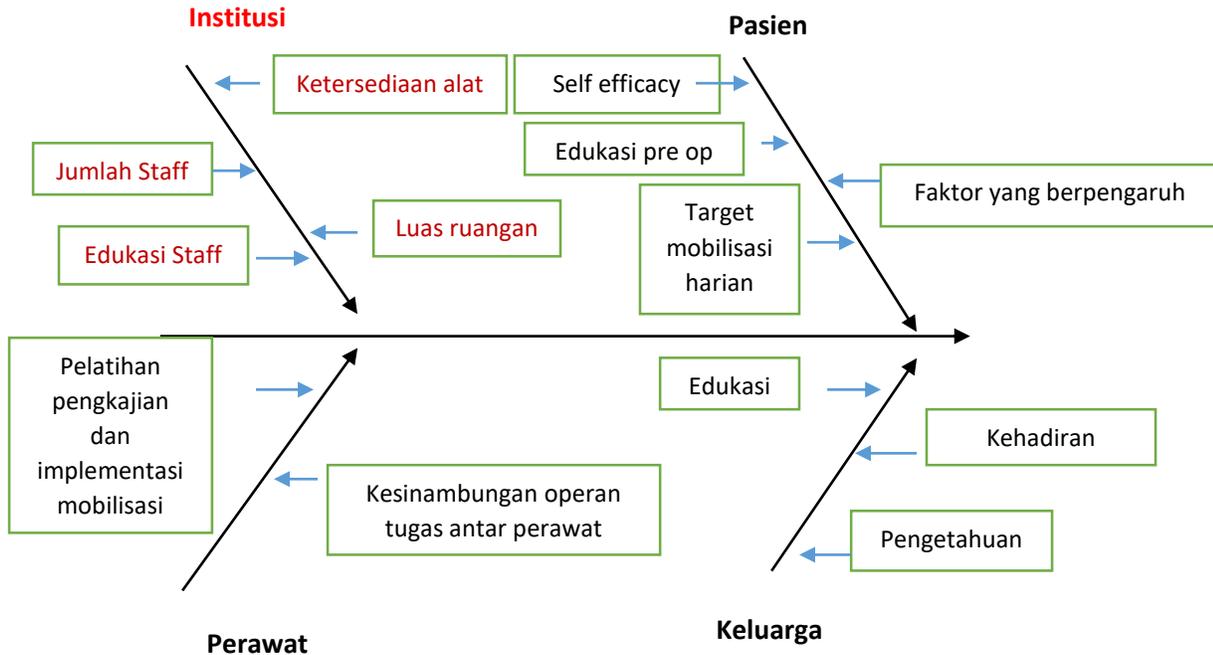
Keterangan:

KKP : Kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien

KKP 1-4 : Kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien hari 1-4

MIK : Mobilisasi intervensi keperawatan

## Kerangka Model Intervensi



## 4.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian diuraikan sebagai berikut:

### A. Kemandirian

1. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian makan/minum
2. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian mandi
3. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian berpakaian
4. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian berdandan
5. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian transfer
6. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian ambulasi
7. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemandirian toileting

### B. Kemampuan Mobilisasi

1. Intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* meningkatkan kemampuan mobilisasi

#### 4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

##### 1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pasien pascaoperasi yang dirawat di ruang bedah rumah sakit Al Ihsan Bandung.

##### 2. Sampel Penelitian

Kriteria inklusi pasien dan perawat pada penelitian tahap II, dan III memiliki kriteria yang sama yaitu:

Kriteria inklusi (perawat) sebagai berikut:

- a. Perawat yang bertugas di ruang rawat inap pasien bedah
- b. Pendidikan terakhir minimal D3 keperawatan
- c. Pengalaman kerja di ruang penyakit dalam minimal 3 tahun

Kriteria inklusi (pasien) sebagai berikut:

- a. Pasien Pre operasi mayor dan pasca operasi dengan general anastesi sampai maksimal 4 hari pasca operasi
- b. Kesadaran pasien compos mentis
- c. Tekanan darah stabil: sistolik (90-140 mmHg) dan diastolik (60-100 mmHg)
- d. Orientasi baik terhadap waktu, tempat, dan orang
- e. Alat-alat kesehatan seperti infus, kateter, drain pada posisi seharusnya
- f. Pasien memahami bahasa Indonesia
- g. Pasien kooperatif

Responden tidak diambil sebagai sampel penelitian dengan kriteria eksklusi sebagai berikut:

- a. Pasien terpasang O2 lebih dari 2 liter/menit
- b. Pasien sedang infeksi akut yang ditandai dengan demam
- c. Perdarahan pada luka operasi
- d. Pasien terpasang *chest tube* dan atau *central line*
- e. Operasi orthopedi, tulang belakang, bedah saraf, bedah plastik, bedah dada dan jantung, bedah vaskuler

Jumlah sampel penelitian tahap II masing-masing 6-8 responden (Holloway dan Wheeler, 1996). Peneliti dapat mengurangi atau melebihi jumlah target sampel yang telah ditetapkan karena penelitian kualitatif juga mengacu pada prinsip dasar sampling yaitu saturasi data dimana penelitian dilakukan sampai pada suatu titik kejenuhan yaitu tidak ada informasi baru yang didapatkan dan informasi pengalaman telah dicapai (Polit & Hungler, 1999).

*Expert Judgment* pada penelitian tahap II dilakukan oleh 3 expert, dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pendidikan minimal S1 bidang ilmu keperawatan, berpengalaman minimal 3 tahun sebagai perawat ruangan bedah atau
2. Sp1 Kedokteran rehabilitasi medik dan berpengalaman minimal 3 tahun sebagai dokter rehabilitasi medik di rumah sakit

Jumlah sampel penelitian tahap III berjumlah 30 orang untuk kelompok intervensi dan 30 orang untuk kelompok control. Jumlah sampel untuk uji coba lapangan menurut Dick & Carey (2001) jumlahnya 30 orang, karena dengan jumlah ini akan representatif dengan target populasi dan materi yang diuji-cobakan.

#### 4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang bedah rumah sakit Al Ihsan Bandung. Penelitian dilaksanakan selama satu tahun anggaran 2018.

#### 4.5 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah:

1. *Tinetti POMA* (Tinetti, 1986)
2. Modifikasi *Bartel Indeks*
3. *The Banner Mobility Assessment Tool* (BMAT) (Boynton et al., 2014) (modifikasi)

#### 4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data diuraikan berdasarkan tahap penelitian.

### Tahap I

Peneliti melakukan pengembangan model intervensi keperawatan dengan elaborasi beberapa referensi yang didapatkan melalui proques, ebsco, dan pubmed. Dihasilkan model intervensi beserta modulnya yang disusun dalam bentuk algoritma intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy* mobilisasi.

### Tahap II

Prosedur penelitian pada fase ini adalah tahap pengujian *content validity* dan uji keterbacaan, yang diuraikan sebagai berikut:

#### 1. *Content validity*

*Content validity* dilakukan dengan meminta pertimbangan para ahli dengan metode konsultasi *expert judgement*. Jumlah ahli yang memberikan penilaian dan pertimbangan 3 orang. Lynn (1986) dalam Polit & Beck (2006) merekomendasikan minimal menggunakan 3 ahli dan tidak disarankan dengan jumlah lebih dari 10 ahli.

#### 2. Uji keterbacaan

Uji keterbacaan dilakukan oleh 6-8 perawat dan pasien. Uji keterbacaan berupa pengujian yang dilakukan untuk mengetahui apakah algoritma intervensi tidak ambigu dan dapat dipahami dengan jelas oleh perawat dan pasien.

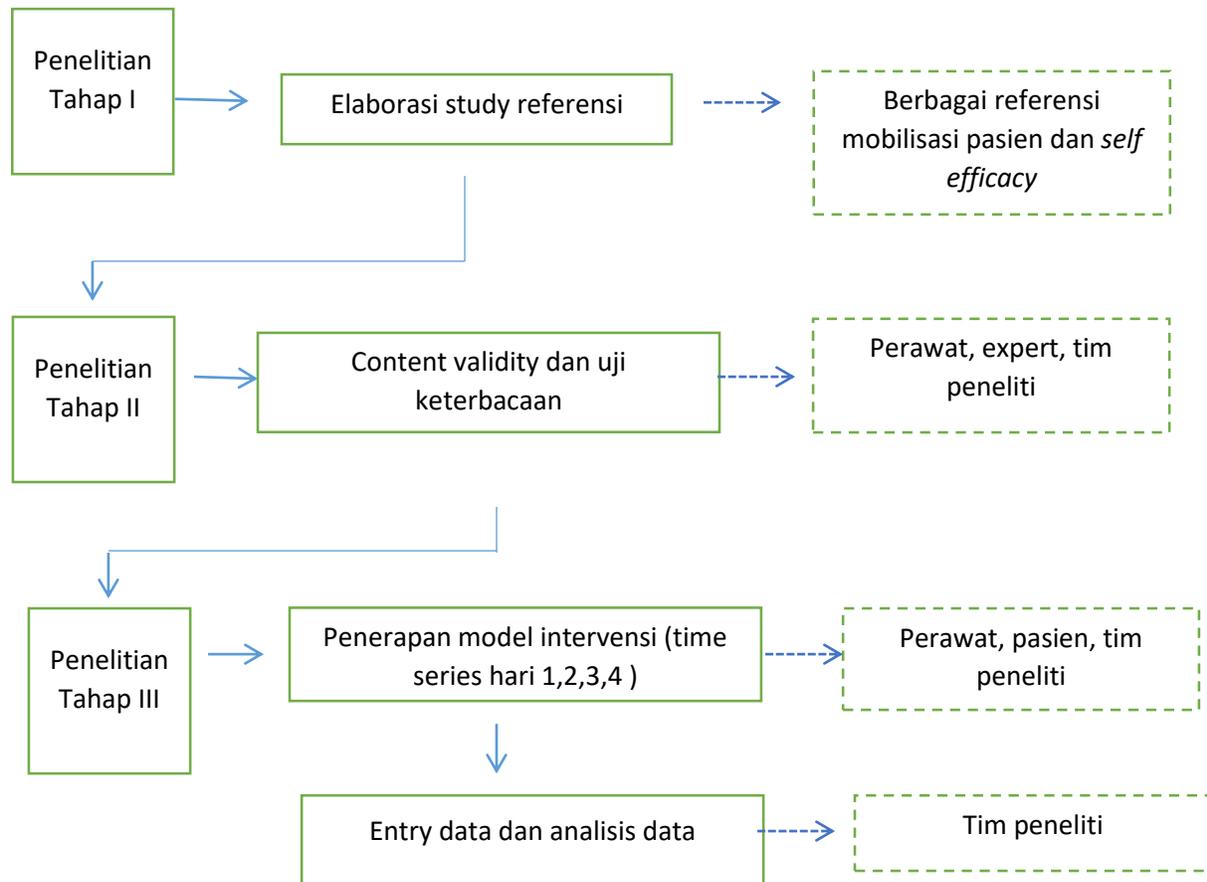
### Tahap III

Prosedur penelitian pada tahap ini diuraikan sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan pemilihan asisten peneliti yaitu beberapa perawat yang bekerja di rumah sakit tempat penelitian dilakukan yang akan membantu proses penelitian
2. Peneliti melakukan pelatihan asisten peneliti tentang pemilihan responden, implementasi penelitian, dan hal-hal yang harus diperhatikan dan dicatat saat melakukan penelitian.
3. Peneliti melakukan pemilihan pasien sebagai sesuai kriteria inklusi
4. Peneliti melakukan *inform consent*
5. Asisten peneliti melakukan pengambilan data pre intervensi
6. Asisten peneliti melakukan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi pasca bedah pada pasien pre operatif menggunakan modul *self efficacy* mobilisasi

7. Setelah pasien pasca operasi, Asisten peneliti melakukan intervensi keperawatan sesuai algoritma yang dirancang, 1x sehari selama perawatan pasien sampai pasien pulang, maksimal 4 hari pasca operasi
8. Pengambilan data dilakukan setiap selesai intervensi dan dicatat sebagai data post intervensi 1- 4.
9. Data siap di entri

Prosedur pengumpulan data secara ringkas disajikan dalam gambar berikut:



#### 4.7 Pengolahan Dan Analisa Data

Pengolahan data dilakukan melalui proses editing data, pengkodean dan pengelompokan data. Data yang telah lengkap kemudian dilakukan entri data dan dianalisis menggunakan program SPSS.

##### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap semua variabel penelitian, untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi data yang dihasilkan

##### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menjawab hipotesis. Analisis yang digunakan untuk mengetahui apakah model intervensi yang dihasilkan dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien dilakukan dengan uji T berpasangan. Untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi maka dilakukan dengan uji T berpasangan dan tidak berpasangan.

##### 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat menggunakan regresi linier untuk menjawab faktor yang paling dominan mempengaruhi kemampuan dan kemandirian mobilisasi pasien.

#### 4.8 Etika Penelitian

Prinsip etika penelitian dalam penelitian ini berpedoman pada etika penelitian yang dikemukakan Pollit & Beck (2006), yaitu:

##### a. *Self determination*

Pasien diberikan keleluasaan untuk mengikuti atau menolak menjadi responden setelah mendapatkan informasi. Pasien juga dapat mengundurkan diri dalam rentang waktu penelitian dan tidak mempengaruhi perawatan yang diberikan. Pasien dipilih sesuai kriteria inklusi yang ditetapkan dan menyetujui *informed consent* terlebih dahulu.

##### b. *Privacy and dignity*

Peneliti menjaga kerahasiaan semua informasi responden dan hanya menggunakannya untuk kepentingan penelitian. Informasi baik lisan maupun tulisan dari responden hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

##### c. *Anonimity*

Selama kegiatan penelitian nama responden tidak dicantumkan dan peneliti menggunakan

nomor responden. Nama responden diganti dengan inisial dan semua data hanya digunakan peneliti untuk kepentingan penelitian.

*d. Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikannya. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Arsip-arsip penelitian akan dimusnahkan setelah lima tahun penelitian berakhir.

*e. Protection from discomfort and harm*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Sebelum penelitian dilakukan responden diberi penjelasan penelitian. Selama penelitian berlangsung peneliti melakukan observasi terhadap risiko yang mungkin terjadi selama penelitian. Implementasi intervensi dilakukan dengan memperhatikan tingkat kelelahan pasien. Saat responden lelah, dipersilahkan istirahat terlebih dahulu dan implementasi model baru dilanjutkan kembali setelah responden tidak lelah dan bersedia melanjutkan implementasi.

#### 4.9 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
<b>Variabel Bebas</b>				
Intervensi keperawatan berbasis sumber <i>Self-efficacy</i> Mobilisasi	Intervensi keperawatan yang dikembangkan peneliti berdasarkan studi literatur, yaitu intervensi keperawatan berdasarkan self efficacy. Disajikan dalam bentuk algoritme mobilisasi. Model dilakukan uji validitas dengan expert judgement dan uji coba model.			
<b>Variabel Terikat</b>				
Kemampuan mobilisasi	Kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan tubuh dan perpindahan dari satu posisi ke posisi lain secara mandiri yang diukur menggunakan alat ukur modifikasi <i>The Banner Mobility Assessment Tool (BMAT)</i> (Boynton et al., 2014) yang ditampilkan dalam bentuk algoritma intervensi	Algoritma intervensi keperawatan (disusun peneliti)	1-4	Interval
Kemandirian mobilisasi	Kemandirian pasien dalam melakukan mobilisasi dan aktifitas sehari-hari secara yang diukur	<i>Barthel Indeks</i>	0-20	Interval

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
	menggunakan alat ukur <i>Barthel Indeks</i> yang dimodifikasi, yang terdiri dari kemandirian makan, mandi, berpakaian, BAB, BAK, transfer dan jalan			
Variabel konfounding				
Usia	Jumlah tahun hidup pasien saat ini dihitung dari tahun lahir sampai tahun saat pengumpulan data	Kuesioner	Tahun	Interval
Jenis Kelamin	Kelas gender pasien, laki-laki atau perempuan	Kuesioner	0 = Wanita 1 = Laki-laki	Nominal
Nyeri	Rentang nyeri yang disampaikan pasien yang diukur menggunakan <i>visual analog scale (VAS)</i> dengan rentang nilai 0-10	VAS	0-10	Interval
Alat kesehatan	Jumlah alat kesehatan yang terpasang pada pasien	kuesioner	Jumlah alat	nominal

## BAB 4

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil penelitian

Hasil penelitian diuraikan terdiri dari Karakteristik pasien, Jenis pembedahan, Kemampuan Mobilisasi Pasien, dan Kemandirian Pasien serta korelasi antar variable. Hasil penelitian diuraikan dibawah ini:

##### 4.1.1. Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien terdiri dari rata-rata usia, jenis kelamin, pendidikan, *self-efficacy* mobilisasi (SEM), skala nyeri, dan banyaknya alat kesehatan yang dipasang pada responden ditampilkan pada table 5.1

Tabel 5.1  
Karakteristik Responden

No	Variabel	Kontrol	Intervensi	P value
1	Usia (mean)	37.47	40.30	0,468
	Remaja (< 17 tahun )	4	1	
	Dewasa muda ( 18 – 40 tahun )	10	14	
	Dewasa tua ( 41– 60 tahun )	15	13	
	Lansia (> 61 tahun)	1	2	
2	Jenis Kelamin			0,381
	Perempuan	20	24	
	Laki-Laki	10	6	
3	Pendidikan			0,018
	Tidak sekolah-SD	2	10	
	SMP	4	6	
	SMA	18	13	
	Perguruan Tinggi	6	1	
4	Self Efficacy Mobilisasi	25.37	32.97	0.007
5	Nyeri			
	Hari ke-1	4.13	4.33	0,442
	Hari ke-2	2.93	3.13	0,374
	Hari ke-3	2.14	2.35	0,383
6	Alat Kesehatan			
	Hari ke-1	1.53	1.43	0,556
	Hari ke-2	0.90	1.30	0,045
	Hari ke-3	0.33	1.22	0,000

Berdasarkan tabel 5.1 rata-rata usia responden kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Jenis kelamin perempuan jauh lebih banyak dibandingkan laki-laki pada kedua kelompok. Tingkat pendidikan kelompok kontrol lebih baik dibandingkan kelompok intervensi, kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan SMA ke atas sedangkan kelompok intervensi sebagian besar berpendidikan SD dan SMP. SEM kelompok intervensi memiliki rata-rata lebih tinggi. Responden memiliki tingkat nyeri yang lebih tinggi pada hari pertama, juga terpasang alat kesehatan lebih banyak dibandingkan hari-hari berikutnya. Perbedaan rata-rata karakteristik responden menunjukkan perbedaan yang signifikan pada karakteristik berdasarkan Pendidikan, SEM, dan banyaknya alat kesehatan yang terpasang pada tubuh responden pada hari ke- 2 dan ke- 3.

Tabel 5.2 menggambarkan jenis-jenis pembedahan responden pada masing-masing kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Tabel 5.2  
Jenis Pembedahan Responden

No	Jenis Pembedahan	Kontrol	Intervensi
1	Appendiktomy Akut	7 (23,3 %)	5 (16,7%)
2	Mastektomy	4 (13,3 %)	5 (16,7%)
3	Nephrektomy	1 (3,3 %)	1 (3,3)
4	Multiple STT	2 (6,7%)	-
5	SNNT	1 (3,3%)	3 (10%)
6	HIL	1 (3,3%)	-
7	Laparatomy Eksplorasi	3 (10%)	6 (20%)
8	Cholelithiasis	3 (10%)	3 (10%)
9	Tumor Mamae	2 (6,7%)	3 (10%)
10	Kistektomy	5 (16,67)	-
11	Hipospadia	1 (3,3%)	-
12	Tumor parotis	-	1 (3,3%)
13	Tonsilektomy	-	3 (10%)

Jenis pembedahan terbanyak pada kelompok intervensi adalah Laparatomy eksplorasi, sedangkan pada kelompok kontrol adalah Appendiktomy akut. Jenis pembedahan dapat menggambarkan berat ringannya pembedahan yang dialami responden, sehingga kemungkinan dapat mempengaruhi kemandirian dan kemampuan mobilisasi pasca operasi pada masing-masing kelompok.

#### 4.1.2. Kemampuan mobilisasi

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata Kemampuan Mobilisasi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.3 dan tabel 5.4.

Tabel 5.3  
Distribusi Rata-Rata Kemampuan Mobilisasi Pasien Pada Hari Ke-1, 2 dan 3 Pasca Operasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

<b>Kelompok</b>	<b>Waktu</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>P Value</b>	<b>N</b>
Intervensi	Hari ke-1	1.43	0.971	0.177	0,000	30
	Hari ke-2	2.70	1.236	0.226		30
	Hari ke-2	2.30	1.146	0.239	0,000	23
	Hari ke-3	3.26	0.964	0.201		23
Kontrol	Hari ke-1	1.67	0.711	0.130	0,000	30
	Hari ke-2	2.93	0.980	0.179		30
	Hari ke-2	2.64	0.953	0.203	0,000	22
	Hari ke-3	3.55	0.671	0.143		22

Rata-rata Kemampuan mobilisasi responden dari hari ke-1 sampai ke-3 semakin meningkat baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Peningkatan rata-rata kemampuan mobilisasi responden setiap hari pada masing-masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan P value < 0,05.

Tabel 5.4  
Perbedaan Rata-Rata Kemampuan Mobilisasi Pasien Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P Value	N
1	Intervensi	1.43	0.971	0.177	0,293	30
	Kontrol	1.67	0.711	0.130		30
2	Intervensi	2.70	1.236	0.226	0,421	30
	Kontrol	2.93	0.980	0.179		30
3	Intervensi	3.26	0.964	0.201	0,256	23
	Kontrol	3.55	0.671	0.143		22

Tabel 5.4 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemampuan mobilisasi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 (P value > 0,005), walaupun rata-rata pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan kelompok intervensi.

#### 4.1.2. Kemandirian

Kemandirian pasien diuraikan menjadi kemandirian makan, mandi, berpakaian, buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK), transfer, dan berjalan.

##### a. Kemandirian Makan

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian makan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.5 dan tabel 5.6.

Tabel 5.5  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Makan Pasien Pada Hari Ke- 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N	
Intervensi	Hari ke-1	4.83	5.796	1.058	0,000	30	
	Hari Ke-2	10.50	4.224	0.771		30	
	Hari Ke-2	9.35	4.074	0.850		0,001	23
	Hari Ke-3	11.74	3.876	0.808		23	
Kontrol	Hari ke-1	4.67	4.342	0.793	0,000	30	
	Hari Ke-2	10.33	4.138	0.756		30	
	Hari Ke-2	9.32	4.168	0.889		0,000	22
	Hari Ke-3	12.95	3.331	0.710		22	

Rata-rata kemandirian makan responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian makan setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $P$  value < 0,05)

Tabel 5.6  
Perbedaan Rata-Rata Kemandirian Makan Pasien Pada  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	4.83	5.796	1.058	0,900	30
	Kontrol	4.67	4.342	0.793		30
2	Intervensi	10.50	4.224	0.771	0,878	30
	Kontrol	10.33	4.138	0.756		30
3	Intervensi	11.74	3.876	0.808	0,266	23
	Kontrol	12.95	3.331	0.710		22

Tabel 5.6 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian makan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 ( $P$  value > 0,005).

#### b. Kemandirian Mandi

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian mandi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.7 dan tabel 5.8.

Tabel 5.7  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Mandi Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	1.50	3.749	0.684	0,000	30
	Hari Ke-2	5.17	4.997	0.912		30
	Hari Ke-2	3.70	4.050	0.845	0,000	23
	Hari Ke-3	8.91	4.990	1.041		23
Kontrol	Hari ke-1	2.50	3.655	0.667	0,000	30
	Hari Ke-2	7.00	4.275	0.781		30
	Hari Ke-2	6.59	3.232	0.689	0,000	22
	Hari Ke-3	10.00	3.450	0.736		22

Rata-rata kemandirian mandi responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian mandi setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan (P value < 0,05).

Tabel 5.8  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Mandi Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	1.50	3.749	.684	0,300	30
	Kontrol	2.50	3.655	.667		30
2	Intervensi	5.17	4.997	.912	0,132	30
	Kontrol	7.00	4.275	.781		30
3	Intervensi	8.91	4.990	1.041	0,399	23
	Kontrol	10.00	3.450	.736		22

Tabel 5.8 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian mandi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 (P value > 0,005).

c. Kemandirian Berpakaian

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian berpakaian responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.9 dan tabel 5.10.

Tabel 5.9  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Berpakaian Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	2.83	4.676	0.854	0,000	30
	Hari Ke-2	9.00	4.624	0.844		30
	Hari Ke-2	8.04	4.457	0.929	0,002	23
	Hari Ke-3	10.43	4.501	0.938	23	
Kontrol	Hari ke-1	4.67	4.536	0.828	0,000	30
	Hari Ke-2	8.67	3.925	0.717	0,000	30
	Hari Ke-2	7.50	3.700	0.789		22
	Hari Ke-3	11.36	3.513	0.749	22	

Rata-rata kemandirian berpakaian responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian berpakaian setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan (P value < 0,05)

Tabel 5.10  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Berpakaian Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	2.83	4.676	0.854	0,129	30
	Kontrol	4.67	4.536	0.828		30
2	Intervensi	9.00	4.624	0844	0,746	30
	Kontrol	8.67	3.925	0.717		30
3	Intervensi	10.43	4.501	0.938	0,446	23
	Kontrol	11.36	3.513	0.749		22

Tabel 5.10 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian berpakaian responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 (P value > 0,005).

#### d. Kemandirian BAB

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian BAB responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.11 dan tabel 5.12.

Tabel 5.11  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian BAB Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	0.50	2.739	0.500	0,169	30
	Hari Ke-2	1.33	4.138	0.756		30
	Hari Ke-2	0.65	3.128	0.652	0,045	23
	Hari Ke-3	3.04	5.981	1.247		23
Kontrol	Hari ke-1	0.17	0.913	0.167	0,003	30
	Hari Ke-2	3.17	5.167	0.943		30
	Hari Ke-2	2.27	4.289	0.914	0,000	22
	Hari Ke-3	8.86	5.759	1.228		22

Rata-rata kemandirian BAB responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian BAB setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan (P value < 0,05).

Tabel 5.12  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian BAB Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	0.50	2.739	0.500	0,530	30
	Kontrol	0.17	0.913	0.167		30
2	Intervensi	1.33	4.138	0.756	0,135	30
	Kontrol	3.17	5.167	0.943		30
3	Intervensi	3.04	5.981	1.247	0,002	23
	Kontrol	8.86	5.759	1.228		22

Tabel 5.12 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian BAB responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada hari ke-1 dan ke-2 (P value > 0,005), tetapi terdapat perbedaan yang signifikan pada hari ke-3 (P value < 0,005).

#### e. Kemandirian BAK

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian BAK responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.13 dan tabel 5.14.

Tabel 5.13  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian BAK Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	5.00	5.872	1.072	0,000	30
	Hari Ke-2	9.67	4.722	0.862		30
	Hari Ke-2	8.70	4.819	1.005	0,001	23
	Hari Ke-3	11.09	4.757	0.992		23
Kontrol	Hari ke-1	4.83	4.639	0.847	0.000	30
	Hari Ke-2	8.83	4.857	0.887		30
	Hari Ke-2	7.73	4.289	0.914	0,000	22
	Hari Ke-3	12.50	3.363	0.717		22

Rata-rata kemandirian BAB responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian BAB setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $P$  value  $< 0,05$ ).

Tabel 5.14  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian BAK Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	5.00	5.872	1.072	0,903	30
	Kontrol	4.83	4.639	0.847		30
2	Intervensi	9.67	4.722	0.862	0,503	30
	Kontrol	8.83	4.857	0.887		30
3	Intervensi	11.09	4.757	0.992	0,258	23
	Kontrol	12.50	3.363	0.717		22

Tabel 5.14 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian BAK responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 ( $P$  value  $> 0,005$ ).

#### f. Kemandirian Transfer

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian transfer responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.15 dan tabel 5.16.

Tabel 5.15  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Transfer Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	3.50	5.277	0.963	0,000	30
	Hari Ke-2	9.67	4.722	0.862		30
	Hari Ke-2	8.91	4.757	0.992	0,000	23
	Hari Ke-3	11.52	4.631	0.966	23	
Kontrol	Hari ke-1	4.83	4.450	0.812	0,000	30
	Hari Ke-2	9.33	4.686	0.855	30	
	Hari Ke-2	7.73	4.289	0.914	0,000	22
	Hari Ke-3	13.41	2.384	0.508	22	

Rata-rata kemandirian transfer responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol . Peningkatan rata-rata kemandirian transfer setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan (P value < 0,05).

Tabel 5.16  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Transfer Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	3.50	5.277	.963	0,294	30
	Kontrol	4.83	4.450	.812		30
2	Intervensi	9.67	4.722	.862	0,785	30
	Kontrol	9.33	4.686	.855		30
3	Intervensi	11.52	4.631	.966	0,093	23
	Kontrol	13.41	2.384	.508		22

Tabel 5.16 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian transfer responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 (P value > 0,005).

## g. Kemandirian Jalan

Distribusi rata-rata dan Perbedaan rata-rata kemandirian jalan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dari hari ke-1 sampai ke-3 Pasca operasi digambarkan pada tabel 5.17 dan tabel 5.18.

Tabel 5.17  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Jalan Pasien Pada Hari 1, 2 dan 3  
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Waktu	Mean	SD	SE	P Value	N
Intervensi	Hari ke-1	3.33	5.307	0.969	0,000	30
	Hari Ke-2	8.67	6.288	1.148		30
	Hari Ke-2	7.39	6.373	1.329	0,000	23
	Hari Ke-3	10.87	5.146	1.073	23	
Kontrol	Hari ke-1	3.67	4.722	0.862	0,000	30
	Hari Ke-2	9.33	4.866	0.888	30	
	Hari Ke-2	7.95	4.541	0.968	0,000	22
	Hari Ke-3	12.27	4.002	0.853	22	

Rata-rata kemandirian jalan responden mulai hari ke-1 sampai ke-3 meningkat baik pada kelompok Intervensi maupun pada kelompok kontrol. Peningkatan rata-rata kemandirian jalan setiap hari pada masing- masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan (P value < 0,05).

Tabel 5.18  
Distribusi Rata-Rata Kemandirian Jalan Pasien Berdasarkan  
Kelompok Intervensi dan Kontrol

Hari ke-	Kelompok	Mean	SD	SE	P value	N
1	Intervensi	3.33	5.307	0.969	0,789	30
	Kontrol	3.67	4.722	0.862		30
2	Intervensi	8.67	6.288	1.148	0,648	30
	Kontrol	9.33	4.866	0.888		30
3	Intervensi	10.87	5.146	1.073	0,314	23
	Kontrol	12.27	4.002	0.853		22

Tabel 5.18 menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian transfer responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 (P value > 0,005).

#### 5. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi

Hasil analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan mobilisasi ditinjau dari karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19  
Hasil Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Mobilisasi

Hari ke-	R Square	P Value	Constanta	Coeffisien B
1	0.192	0.002	1.822	SEM 0.023 Nyeri -0.220
2	0.463	0.000	4.831	SEM 0.015 Nyeri -0.662 Alkes -0.40
3	0.610	0.000	4.683	SEM 0.013 Nyeri -0.704 Alkes -0.116

Setelah dilakukan analisis multivariate, didapatkan hasil uji yang ditampilkan pada tabel 5.19. Koefisien determinasi (R square) pada hari ke-1 menunjukkan nilai 0,192 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 19,2 % variasi variable kemampuan mobilisasi hari ke-1. Uji F menunjukkan nilai P=0,002 berarti kedua variable tersebut secara signifikan dapat memprediksi Kemampuan Mobilisasi pasien.

Persamaan regresi diperoleh pada hari ke-1 adalah:

$$\text{Kemampuan Mobilisasi hari ke-1} = 1.822 + 0.023 \text{ SEM} - 0,220 \text{ Nyeri}$$

Koefisien determinasi (R square) pada hari ke- 2 menunjukkan nilai 0.463 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 46,3 % variasi variabel kemampuan mobilisasi hari ke-2. Uji F menunjukkan nilai  $P=0,000$  berarti kedua variabel tersebut secara signifikan dapat memprediksi Kemampuan Mobilisasi pasien.

Persamaan regresi diperoleh pada hari ke-2 adalah:

$$\text{Kemampuan Mobilisasi hari Ke 2: } 4.831 - 0.662 \text{ Nyeri} - 0.404 \text{ Alkes} + 0.015 \text{ SEM}$$

Koefisien determinasi (R square) pada hari ke-3 menunjukkan nilai 0.610 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 46,3 % variasi variabel kemampuan mobilisasi hari ke-2. Uji F menunjukkan nilai  $P=0,000$  berarti kedua variabel tersebut secara signifikan dapat memprediksi Kemampuan Mobilisasi pasien.

Persamaan regresi diperoleh pada hari ke-3 adalah:

$$\text{Kemampuan Mobilisasi hari Ke 2: } 4.683 - 0,704 \text{ Nyeri} - 0,116 \text{ Alkes} + 0.013 \text{ SEM}$$

#### 4.2. Pembahasan

Pembahasan menguraikan tentang diskusi tentang hasil penelitian yang terdiri dari: karakteristik pasien, hasil uji intervensi keperawatan berbasis *self efficacy* mobilisasi terhadap kemampuan mobilisasi dan kemandirian pasien.

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa karakteristik pasien merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi antara lain: usia (Atienzar P et all, 2012; Pujiatun, 2001; Peterson D. M & Serra-Rexach. AJ, 2012), jenis kelamin (Pujiatun, 2001; Atienzar P. et all, 2012), nutrisi (Williams dalam Hieber, K, 1998; Guyton & Hall, 1996), obat-obatan (Lipsitz et al; Swager dalam Hieber, 1998), faktor psikologis (Jones K dan Barker K dalam Pujiatun, 200; (Perry&Potter, 2006), lama hari rawat, ketersediaan fasilitas dan gejala penyakit secara signifikan mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien (Demeke et al., 2015).

Karakteristik pasien berdasarkan usia didapatkan hasil bahwa rata-rata usia pasien pada kelompok intervensi lebih tua dibandingkan kelompok kontrol (rata-rata kelompok intervensi: 40,3; kontrol : 37,47). Usia turut berperan terhadap kemampuan mobilisasi individu. Peningkatan usia menyebabkan penurunan fungsi yang tidak dapat dihindari baik pada fungsi neuromuskular, fungsi kardiovaskuler (Laudani et al., 2013), penurunan massa dan kekuatan otot (Bautmans I et al dalam Atienzar, et al 2012a), kemampuan berjalan (Laudani et al, 2013; Quiben MU & Hazuda HP, 2015; Zeng et al (2016) dan keseimbangan (Liu-Ambrose et al., 2002).). Puncak kekuatan otot individu terjadi pada usia 18-27 tahun (Hebblinck M & Day J dalam Pujiatun, 2001). Lexell J menyatakan jaringan otot secara bertahap akan mengalami penurunan baik secara kuantitas maupun kualitas pada individu mulai usia 40 tahun (Cruz-Jentoft, Alfonso J., and Morley, John E., 2012).

Jenis kelamin mempengaruhi kemampuan mobilisasi individu. Hal ini karena melakukan mobilisasi juga dipengaruhi kekuatan otot yang erat kaitannya dengan jenis kelamin. Pujiatun, 2001 menyatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi kekuatan otot dimana kekuatan otot wanita lebih lemah dibandingkan dengan kekuatan otot laki-laki. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi yang berbeda antara laki-laki dan wanita. Dalam penelitian ini responden sebagian besar perempuan (Intervensi: 80%; Kontrol: 67%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rata-rata kemampuan mobilisasi pasien mulai hari ke-1 sampai hari ke-3 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Perbedaan rata-rata kemampuan mobilisasi menunjukkan perbedaan yang signifikan. Rata-rata kemampuan mobilisasi didapatkan lebih tinggi pada kelompok kontrol dibanding kelompok intervensi (tabel 5.3 dan 5.4).

Kemampuan mobilisasi sangat berkaitan dengan fungsi pergerakan tubuh. Semakin meningkat kemampuan mobilisasi pasien maka semakin baik fungsi pergerakan tubuh pasien sehingga kemampuan pasien semakin baik untuk berpindah dari satu posisi ke posisi yang lain baik posisi duduk, berbaring, berdiri, dan sebagainya untuk berpartisipasi dalam kegiatan rutin sehari-hari (Braddom, 2007).

Berbagai faktor banyak mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien. Kondisi pasien yang baru dilakukan operasi disertai kondisi penyakitnya merupakan hal penting yang banyak berperan. Fasilitas ruang perawatan dan dukungan staf perawat juga banyak berperan dalam peningkatan kemampuan mobilisasi pasien. Drolet et al, (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa 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 tidur (Drolet et al., 2012).

Hari ke-1 pasien memiliki kemampuan mobilisasi yang paling rendah dan kemampuannya semakin meningkat pada hari-hari selanjutnya. Peningkatan kemampuan mobilisasi pasien didukung oleh kondisi kesehatan pasien yang semakin meningkat yang dapat dilihat dari penurunan intensitasi nyeri pasca operasi dari hari ke-1 sampai ke-3 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol (kelompok intervensi hari ke-1: 4,33 menurun menjadi 2,35 pada hari ke-3; dan kelompok kontrol hari-1: 4.13 menjadi 2,14 pada hari ke-3). Rata-rata Penggunaan alat kesehatan yang terpasang ditubuhnya juga semakin menurun dari hari ke hari, hal ini mendukung peningkatan kemampuan mobilisasi pasien (kelompok intervensi hari ke-1 4,33 menurun menjadi 2,35 pada hari ke-3; dan kelompok kontrol hari-1 4.13 menjadi 2,14 pada hari ke-3). Hal ini sesuai dengan pernyataan Drolet et al, (2012) yang menyatakan gejala fisik mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien diantaranya rasa nyeri dan pemasangan alat seperti line intravena dan kateter urin.

Hasil analisis menunjukkan walaupun kemampuan mobilisasi secara signifikan meningkat dari hari ke-1 sampai ke-3, tetapi tidak ada perbedaan peningkatan kemampuan mobilisasi fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol baik pada hari ke-1, ke-2, maupun ke-3 ( $P$  value  $> 0,005$ ). Hal ini menunjukkan kemungkinan ada faktor lain yang lebih berperan dibandingkan intervensi keperawatan berbasis *self-efficacy*.

Self efficacy dinyatakan sebagai mediator dalam meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien, namun selain self-efficacy masih banyak faktor lain yang juga turut berperan dalam peningkatan kemampuan pasien. Kondisi fisik pasien merupakan sumber *self-efficacy* yang memiliki peran yang sangat tinggi dan memiliki hubungan langsung dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien (Erlina, 2018). Kesimpulan Erlina (2018) tersebut mendukung hasil penelitian saat ini bahwa faktor yang memiliki peran paling tinggi dalam meningkatkan kemampuan mobilisasinya adalah kondisi nyeri pasien kemudian berturut-turut disusul faktor alat kesehatan yang terpasang dan *self-efficacy* pasien. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.19.

Nyeri berperan penting terhadap penurunan kemampuan mobilisasi individu (Liu-Ambrose et al., 2002; Salpakoski et al., 2010; Merlin JS et al., 2013). Mottram et al, 2008 menjelaskan individu dengan nyeri mengalami keterbatasan mobilisasi lebih banyak dibanding individu yang

tidak nyeri (OR:4,73; 95% CI: 4,19-5,35). Efek nyeri terhadap kemampuan mobilisasi telah terbukti dipengaruhi oleh lokasi dan keparahan nyeri. Hasil penelitian didapatkan bahwa nyeri pada tungkai bawah merupakan penyebab yang paling sering terhadap penurunan kemampuan mobilisasi (38%) dan 15% pada nyeri punggung (Melzer et al., 2005). Nyeri punggung secara signifikan berkorelasi dengan kemampuan mobilisasi fungsional dan keseimbangan tubuh (Liu-Ambrose et al., 2002). Individu yang memiliki riwayat hip fraktur dengan nyeri berat mengalami 3,5 kali berisiko penurunan aktifitas fisik dibandingkan yang mengalami nyeri ringan atau tidak nyeri (Salpakoski et al., 2010). Nyeri di lokasi lain sebagai penyerta nyeri pada tungkai bawah juga dilaporkan meningkatkan pembatasan aktifitas individu (Croft, Jordan, & Jinks, 2005). Efek nyeri kronis secara umum juga mempengaruhi kemampuan mobilisasi.

Kemandirian pasien dievaluasi dengan menggunakan Bartel Indeks yang dimodifikasi peneliti. Kemandirian diuraikan sebagai kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari diantaranya: kemandirian makan, mandi, berpakaian, buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK), transfer, dan berjalan. Secara keseluruhan dikenal dengan kemandirian dalam *activity daily living* (Potter & Perry, 2006)

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan ADL atau Activity Daily Living adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan untuk bantuan dalam ADL dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen atau rehabilitative (Potter dan Perry, 2005)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rata-rata kemandirian responden mulai hari ke-1 sampai hari ke-3 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol pada semua aspek kemandirian. Perbedaan rata-rata kemandirian pada semua aspek menunjukkan perbedaan yang signifikan pada hari-1, hari-2 dan ke-3 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol .

Banyak faktor yang mempengaruhi kemandirian pasien. Hadiwynoto (2005) menyatakan faktor yang mempengaruhi *Activities Daily Living* adalah: Kondisi fisik misalnya akibat penyakit, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan terhadap fungsi anggota tubuh, dan dukungan anggota keluarga.

#### 4.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian menggunakan sampel pasien pasca operatif dengan berbagai jenis pembedahan, sehingga kemungkinan mempengaruhi hasil penelitian. Untuk mendapatkan hasil yang menggambarkan hasil penelitian yang lebih meyakinkan tentang intervensi keperawatan berbasis self efficacy pada pasien pasca operasi diperlukan penelitian lanjutan dengan responden yang lebih homogen misalnya pasca operasi pada satu jenis pembedahan.

Fasilitas kesehatan, dukungan keluarga, status nutrisi pasien, serta kedisiplinan perawat melakukan intervensi tidak turut menjadi pertimbangan dalam penelitian yang juga akan turut mempengaruhi hasil penelitian, sehingga penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut.

## BAB 5

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Simpulan

- 1) Kemampuan mobilisasi pasien meningkat signifikan pada hari ke-1, ke-2, dan ke-3 pasca operasi baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok control, tetapi tidak ada perbedaan rata-rata kemampuan mobilisasi pasien pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol .
- 2) Kemandirian pasien meningkat signifikan pada hari ke-1, ke-2, dan ke-3 pasca operasi baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok control, tetapi tidak ada perbedaan rata-rata kemandirian pasien pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol baik kemandirian makan, mandi, berpakaian, BAB, BAK, transfer maupun berjalan.

#### 5.2. Saran

Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan responden yang lebih homogen berdasarkan jenis pembedahannya dengan mempertimbangkan ketersediaan fasilitas lingkungan rumah sakit, dukungan keluarga, serta status nutrisi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alibegovic, a C., Højbjørre, L., Sonne, M. P., van Hall, G., Stallknecht, B., Dela, F., & Vaag, a. (2009). 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*, 58(12), 2749–2756. <https://doi.org/10.2337/db09-0369>
- Asher, R. a. J. (1947). Dangers of Going to Bed. *British Medical Journal*, 2(4536), 967–968. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.4536.967>
- Ashford, S., Edmunds, J., & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 15(Pt 2), 265–288. <https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy, 4(1994), 71–81.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 307–337. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change', 1(4), 287–310.
- Cleaver, S. R. (2007). *Physical mobility and aging in intellectual disability*. Queen's University Ontario, Canada.
- Demeke, S., Balamurugan, J., Alemie, G. A., & Abebe, E. (2015). In-Hospital Mobility and Associated Factors. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 5(6), 780–787. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/10787>
- Doherty-king, B., Yoon, J. Y., Pecanac, K., Brown, R., Mahoney, J., Demeke, S., ... June, U. (2012). Elderly Mobility Scale ( EMS ) Elderly Mobility Scale - EMS, 5(June 2012), 780–787. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/10787>
- Drolet, A., DeJulio, P., Harkless, S., Henricks, S., Kamin, E., Leddy, E. A., ... Williams, S. (2013). Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. *Physical Therapy*, 93(2), 197–207. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110400>
- Drolet, a., DeJulio, P., Harkless, S., Henricks, S., Kamin, E., Leddy, E. a., ... Williams, S. (2012). Move to Improve: The Feasibility of Using an Early Mobility Protocol to Increase Ambulation in the Intensive and Intermediate Care Settings. *Physical Therapy*, 93(2), 197–208. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110400>
- Erlina, L (2018) Pengembangan Instrumen *Self-Efficacy* Mobilisasi (Sefmob) Dan Model Teoritis Peran *Self-Efficacy* Terhadap Kemampuan Mobilisasi Pasien (Disertasi). FIK-UI. Depok
- Harrison, A. L. (2004). The Influence of Pathology, Pain, Balance, and Self-efficacy on. *Physical Therapy*, 84(9).

- Kleffelgaard, I. (2013). Measurement Properties of the High- Mild Traumatic Brain Injury, *93*(7).
- Krasnoff, J., & Painter, P. (1999). The physiological consequences of bed rest and inactivity. *Advances in Renal Replacement Therapy*, *6*(2), 124–132.
- 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).
- Perry & Potter. (2006). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. Mosby, Inc.
- Smorawiński, J., Nazar, K., Kaciuba-Uscilko, H., Kamińska, E., Cybulski, G., Kodrzycka, a, ... Greenleaf, J. E. (2001). Effects of 3-day bed rest on physiological responses to graded exercise in athletes and sedentary men. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md. : 1985)*, *91*(1), 249–257.
- Sonne, M. P., Alibegovic, A. C., Højbjerg, L., Vaag, A., Stallknecht, B., & Dela, F. (2010). Effect of 10 days of bedrest on metabolic and vascular insulin action: a study in individuals at risk for type 2 diabetes. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md. : 1985)*, *108*(4), 830–837. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00545.2009>
- Stuempfle, K. J., & Drury, D. G. (2007). The Physiological Consequences of Bed Rest. *Health Sciences Faculty Publications Health Sciences Journal of Exercise Physiology*, *6*(103), 32–41. Retrieved from <http://cupola.gettysburg.edu/healthfac%5Cnhttp://cupola.gettysburg.edu/healthfac/30>
- Tung, Y. C., Cooke, M., & Moyle, W. (2013). Sources older people draw on to nurture, strengthen and improve self-efficacy in managing home rehabilitation following orthopaedic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(9–10), 1217–1225. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04252.x>
- Warner, L. M., Schüz, B., Wolff, J. K., Parschau, L., Wurm, S., & Schwarzer, R. (2014). Sources of Self-Efficacy for Physical Activity. *Health Psychology*, *33*(11), 1298–1308. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/hea0000085>
- Ziegler, F., & Schwanen, T. (2011). “I like to go out to be energised by different people”: an exploratory analysis of mobility and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, *31*, 758–781. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000498>

# LAMPIRAN

## KUESIONER PENELITIAN

### IDENTITAS PASIEN:

1. Nama : .....
2. No Responden : .....
3. Usia : .....
4. Jenis Kelamin : .....
5. Pendidikan : .....
6. Lama dirawat : .....
7. Pembedahan : .....

### REKAPITULASI DATA PASIEN

Variabel	Sub Variabel	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4
Kemandirian	Makan				
	Mandi				
	Berpakaian				
	Buang Air Besar				
	Buang Air Kecil				
	Transfer				
	Mobilisasi Berjalan				
Kemampuan mobilisasi	Level Mobilisasi				
	Target mobilisasi				
	<i>Self Efficacy (PODI)</i>				
	Skala Nyeri				
	Alat Kesehatan				

# INSTRUMEN

## SELF EFFICACY MOBILISASI

---

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	TIDAK YAKIN	KURANG YAKIN	YAKIN	SANGAT YAKIN
1	Saya mampu duduk stabil lebih dari 10 menit				
2	Saya mampu bangkit dari posisi duduk ke posisi berdiri				
3	Saya mampu berdiri lebih dari 10 menit				
4	Saya mampu berjalan lebih dari 10 langkah				
5	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tubuh saya sedang lemah				
6	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak ada yang memberikan pujian/motivasi				
7	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun saya malas melakukannya				
8	Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak ada alat bantu berjalan (kursi roda, tongkat, atau kruk*)				
9	Saya mampu melakukan mobilisasi walaupun tidak didampingi petugas/keluarga				
10	Saya akan melakukan mobilisasi walaupun tidak disediakan tempat khusus latihan mobilisasi				
11	Saya mampu duduk di kursi/tempat tidur setiap saya makan/minum				
12	Saya mampu 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				
<b>JUMLAH</b>					

### BARTHEL INDEKS MODIFIKASI

NO	INDEKS	SCORE	DESKRIPSI
1	MAKAN	0	Tidak dapat melakukan sendiri, semua aspek tergantung orang lain
		5	Dapat melakukan sendiri dengan bantuan orang lain pada beberapa aspek, ada kontribusi pada beberapa aspek tetapi sebagian besar dibantu
		10	Dapat melakukan sendiri tanpa bantuan tetapi dengan pengawasan, atau bantuan bersifat minimal
		15	Dapat melakukan sendiri tanpa bantuan apapun ketika makanan disajikan di tempat yang terjangkau
2	MANDI	0	Tidak dapat melakukan sendiri, semua aspek tergantung orang lain
		5	Dapat melakukan sendiri dengan bantuan orang lain pada beberapa aspek, ada kontribusi pada beberapa aspek tetapi sebagian besar dibantu
		10	Dapat melakukan sendiri tanpa bantuan tetapi dengan pengawasan, atau bantuan bersifat minimal
		15	Dapat melakukan secara mandiri di kamar mandi tanpa pengawasan
3	BERPAKAIAN	0	Tidak dapat melakukan sendiri, semua aspek tergantung orang lain
		5	Dapat melakukan sendiri dengan bantuan orang lain pada beberapa aspek, ada kontribusi pada beberapa aspek tetapi sebagian besar dibantu
		10	Dapat melakukan sendiri tanpa bantuan tetapi dengan pengawasan, atau bantuan bersifat minimal (missal: pasang resleting, kancing)
		15	Dapat melakukan secara mandiri tanpa bantuan apapun

<b>NO</b>	<b>INDEKS</b>	<b>SCORE</b>	<b>DESKRIPSI</b>
4	BUANG AIR BESAR	0	Tidak dapat melakukan sendiri, , semua aspek tergantung orang lain baik kondisi kontinen atau inkontinensia
		5	Dapat melakukan sendiri dengan bantuan orang lain pada beberapa aspek, ada kontribusi pada beberapa aspek tetapi sebagian besar dibantu (pasang pispot, cebok)
		10	Dapat melakukan sendiri tetapi dengan pengawasan, atau bantuan bersifat minimal (Bab di toilet, cebok dibantu)
		15	Dapat melakukan secara mandiri tanpa bantuan apapun (Bab di toilet)
5	BUANG AIR KECIL	0	Tidak dapat melakukan sendiri, , semua aspek tergantung orang lain baik kondisi kontinen atau inkontinensia (pasang kateter)
		5	Dapat melakukan sendiri dengan bantuan orang lain pada beberapa aspek, ada kontribusi pada beberapa aspek tetapi sebagian besar dibantu (pasang pispot, cebok)
		10	Dapat melakukan sendiri tetapi dengan pengawasan, atau bantuan bersifat minimal (Bak di toilet, cebok dibantu)
		15	Dapat melakukan secara mandiri tanpa bantuan apapun (Bak di toilet)
6	TRANSFER (TEMPAT TIDUR KE KURSI DAN SEBALIKNYA)	0	Tidak mampu, tidak memiliki keseimbangan duduk
		5	Mampu duduk, Sebagian besar memerlukan bantuan (satu atau dua orang, alat bantu)
		10	Mampu duduk dan kembali dengan bantuan minimal
		15	Mampu mandiri

NO	INDEKS	SCORE	DESKRIPSI
7	MOBILISASI (BERJALAN)	0	Immobilisasi, hanya di tempat tidur
		5	Diperlukan bantuan satu atau dua orang untuk berjalan beberapa meter (kurang dari 5 meter)
		10	Diperlukan pengawasan atau bantuan satu orang atau alat bantu untuk berjalan 5-10 meter
		15	Melakukan mobilisasi mandiri, berjalan lebih dari 10 meter, dengan atau tanpa bantuan alat bantu berjalan

### CATATAN INTERVENSI KEPERAWATAN

TINDAKAN	EDUKASI (modul)	MOBILISASI FISIK			TINDAKAN SELF EFFICACY
		1	2	3	
PRE OPERASI					
PASCA OP HARI 1					
PASCA OP HARI 2					
PASCA OP HARI 3					
PASCA OP HARI 4					

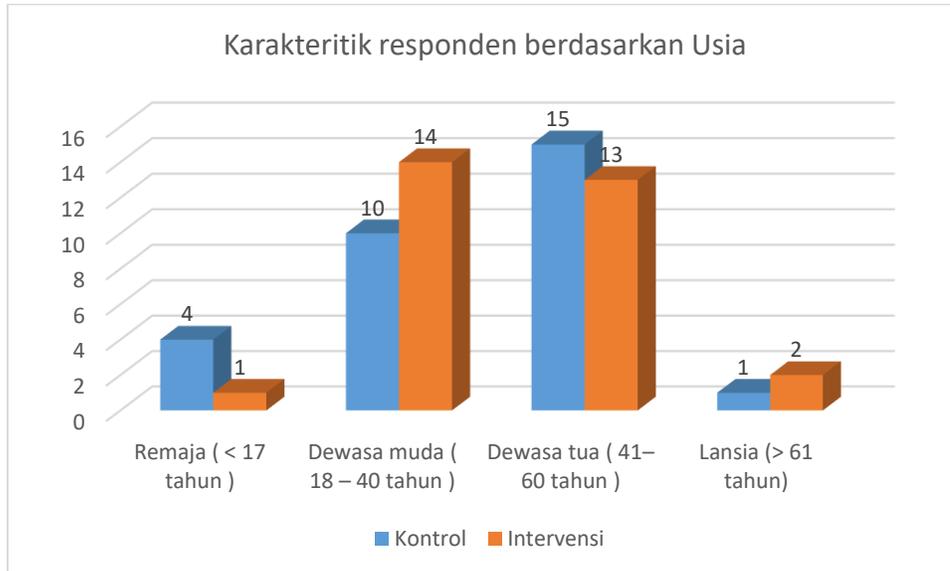
ALGORITMA INTERVENSI KEPERAWATAN BERBASIS *SELF EFFICACY* MOBILISASI

TAHAP		AKTIFITAS			
PRE OPERATIF	Edukasi mobilisasi pasca operatif berbasis <i>self efficacy</i>				
PASCA OPERATIF	TUJUAN	DESKRIPSI	RESPON	TINDAKAN MOBILISASI FISIK	TINDAKAN <i>SELF EFFICACY</i>
<b>Level 1:</b> <b>Duduk</b> (kekuatan tubuh)  <b>Berjabat tangan</b> (keseimbangan Posisi)	Meningkatkan kekuatan otot tubuh dan ekstremitas	Dari posisi berbaring minta pasien untuk duduk tegak dan memutar tubuh merubah posisi menjadi duduk di sisi tempat tidur. Perhatikan kemampuan pasien mempertahankan posisi duduk disamping tempat tidur.  Minta pasien berjabat tangan dan goyangkan tangan pasien. Pastikan tangan pasien mampu mencapai garis tengah tubuhnya.	<b>Duduk:</b> Pasien dapat mengikuti perintah, memiliki kekuatan tubuh, jika pasien mampu mempertahankan duduk lebih dari 2 menit tanpa bantuan perawat dapat mencoba mempertahankan posisi.  <b>Berjabat tangan:</b> Pasien memiliki kekuatan tubuh bagian atas yang baik, kesadaran posisi yang baik, dan memiliki kekuatan saat berjabat tangan.	<b>Berhasil:</b> Lanjutkan pengkajian mobilitas level 2  <b>Gagal:</b> <b>Mobilitas Level 1</b> - Latihan duduk di tempat tidur 10-20 menit minimal 3 kali/hari - Latihan ROM aktif/ pasif	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tetapkan bersama pasien target kemampuan mobilisasi yang akan dicapai</li> <li>○ Tetapkan bersama pasien kendala mobilisasi saat ini dan cara mengatasinya untuk mencapai target yang telah ditetapkan</li> <li>○ Tetapkan bersama pasien upaya yang dilakukan untuk meningkatkan keyakinan melakukan mobilisasi</li> </ul>
<b>Level 2</b> <b>Merentangkan kaki</b> (Kekuatan ekstremitas bawah)  <b>Kaki posisi tetap</b> (Stabilitas)	- Kekuatan otot ekstremitas mampu melawan gravitasi - Menyiapkan tubuh menahan berat badan	Dengan posisi duduk di samping tempat tidur. Minta pasien meletakkan kedua kaki di lantai/ penyangga, dengan lutut tidak lebih tinggi dari pinggul. Minta pasien meregangkan kaki kanan dan meluruskan lutut, lalu tekuk pergelangan kaki dan kembalikan posisi jari kaki. Ulangi pada kaki kiri.	Pasien menunjukkan stabilitas, kekuatan dan kontrol ekstremitas bawah	<b>Berhasil:</b> Lanjutkan pengkajian mobilitas level 3  <b>Gagal:</b> <b>Mobilitas level 2</b> - Latihan duduk di sisi tempat tidur atau di kursi 30-60 menit minimal 2 x/ hari - Latihan meregangkan kaki kanan dan kiri saat duduk di kursi/ sisi tempat tidur dengan meluruskan lutut kemudian tekuk pergelangan kaki, kembalikan posisi, 10-20 menit, minimal 2 x/hari	
<b>Level 3</b> <b>Berdiri</b> (Kekuatan ekstremitas bawah untuk berdiri)	- Meningkatkan kemampuan berdiri dengan stabil - Mampu menahan berat badan	Dengan posisi duduk di sisi tempat tidur atau kursi, minta pasien mengangkat tubuhnya ke posisi berdiri (bisa bertumpu pada sisi tempat tidur atau kursi). Pasien harus mampu mengangkat bokongnya dan bertahan sampai hitungan ke-5. Ulangi sekali lagi.	Pasien menunjukkan kekuatan dan stabilitas ekstremitas atas dan bawah	<b>Berhasil:</b> Lanjut pengkajian mobilitas level 4  <b>Gagal:</b> Jika pasien memerlukan bantuan tongkat, kruk, walker): <b>Mobilitas level 3.</b> - Latihan duduk di sisi tempat tidur atau di kursi 30-60 menit minimal 3 x/ hari - Latihan duduk-berdiri dengan atau tanpa alat bantu minimal 10 menit, 3x/hari	
<b>Level 4</b> <b>Berjalan</b> (Keseimbangan berdiri dan keseimbangan berjalan)	- Meningkatkan kemampuan berjalan stabil - Meningkatkan kemampuan melakukan ADL	Minta pasien jalan di tempat, disamping tempat tidur. Kemudian minta pasien melangkahkan salah satu kakinya ke depan 1 langkah dan kembali ke posisi semula, ulnagi untuk kaki sebelahnya.	Pasien stabil dan memiliki keseimbangan yang baik baik saat jalan di tempat maupun melangkah maju dan mundur.	<b>Berhasil:</b> <b>Mobilitas level 4:</b> pasien tidak memerlukan bantuan untuk ambulasi - Latihan berjalan di ruang perawatan - Pengawasan selama latihan dan ADL  <b>Gagal:</b> Mobilitas level 3, Latihan sesuai level 3	

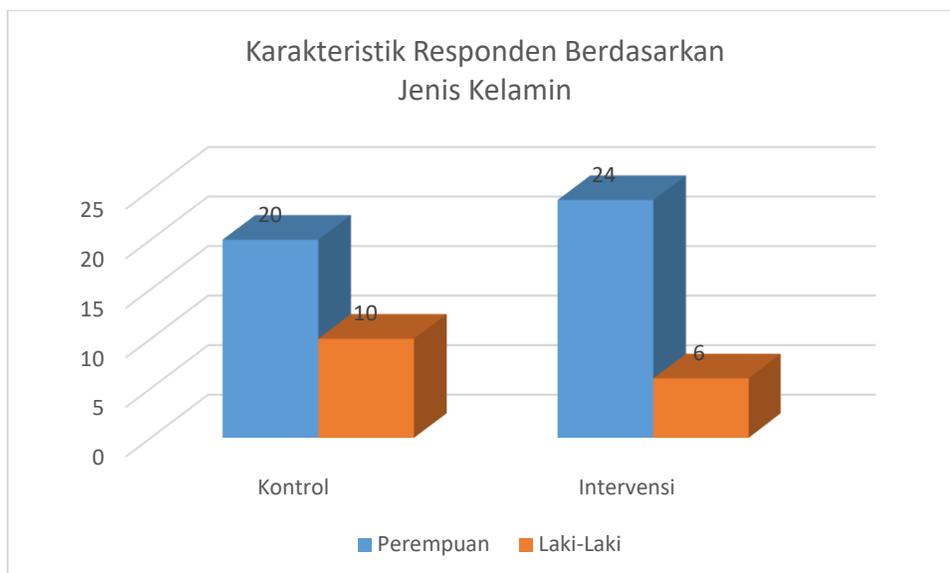


## DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

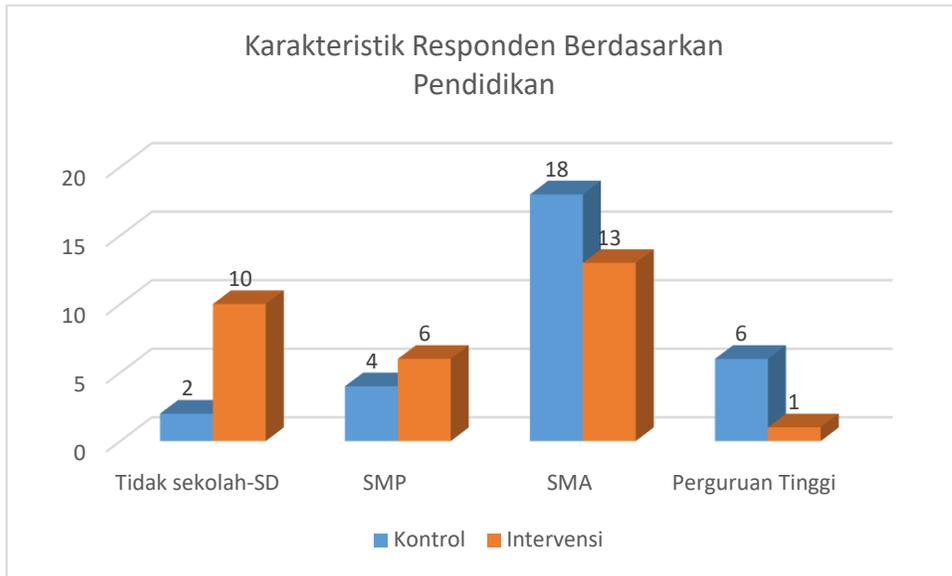
## 1. Usia



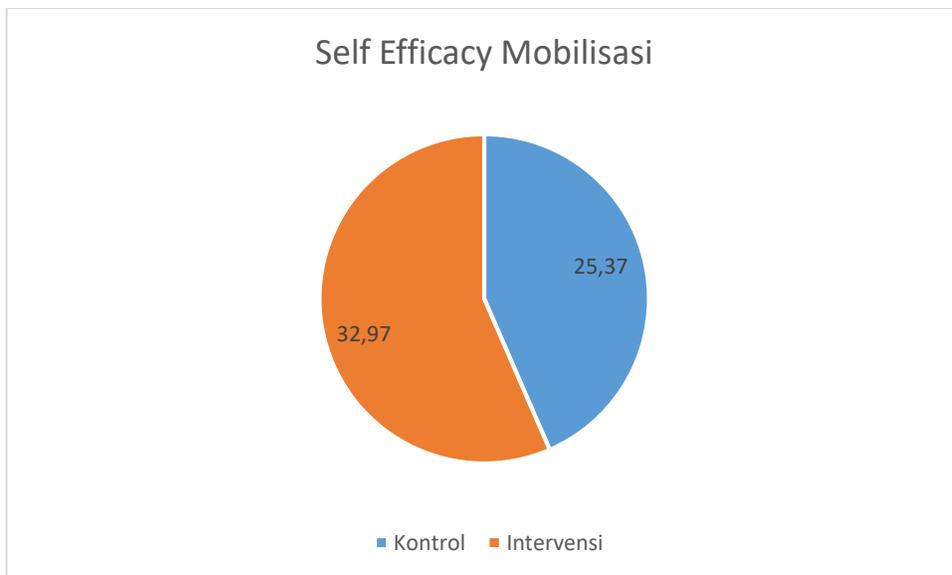
## 2. Jenis Kelamin



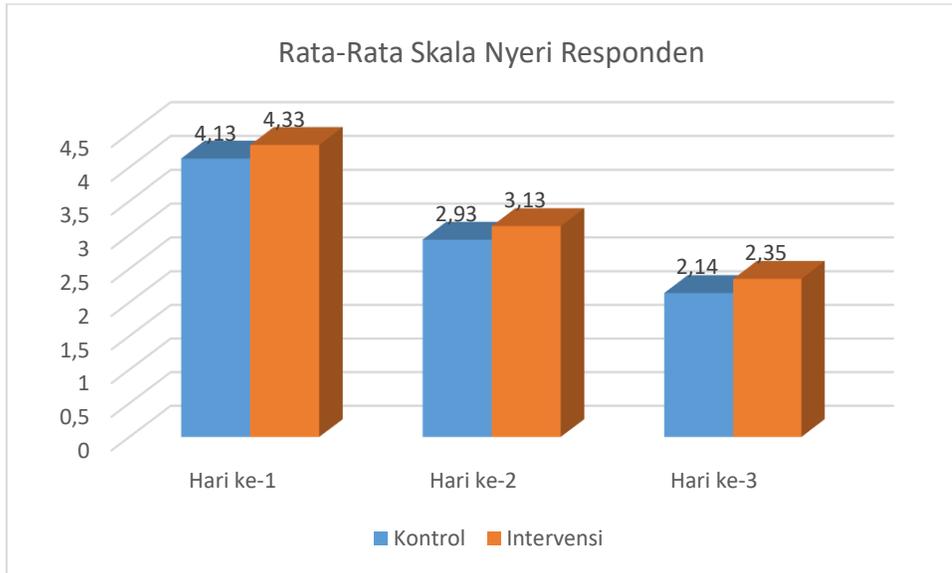
### 3. Pendidikan



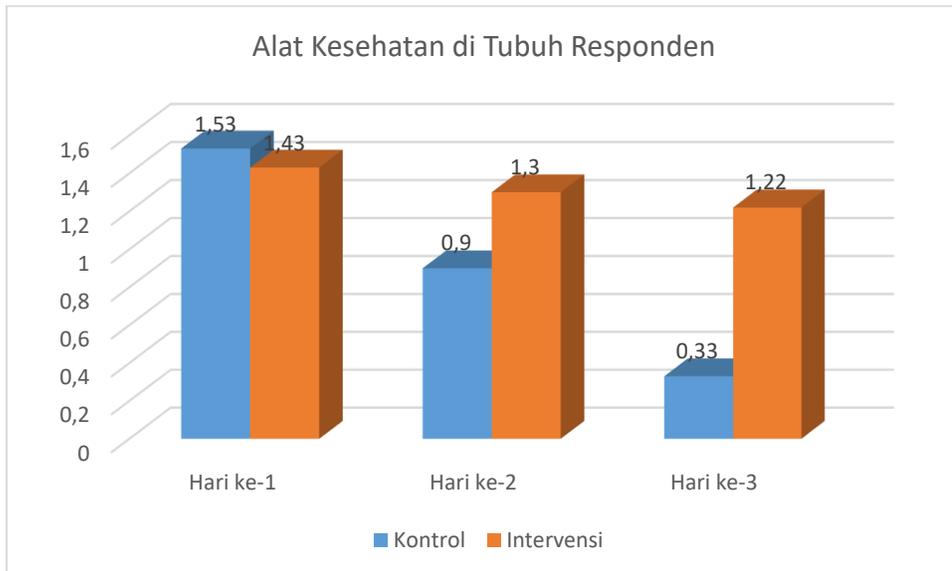
### 4. Self Efficacy Mobilisasi



## 5. Nyeri



## 6. Alat Kesehatan



## Hasil Analisis Uji T Tes dependen Kelompok Kontrol

		Paired Samples Statistics			
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	MAKAN1	4.67	30	4.342	.793
	MAKAN2	10.33	30	4.138	.756
Pair 2	MAKAN2	9.32	22	4.168	.889
	MAKAN3	12.95	22	3.331	.710
Pair 3	MANDI1	2.50	30	3.655	.667
	MANDI2	7.00	30	4.275	.781
Pair 4	MANDI2	6.59	22	3.232	.689
	MANDI3	10.00	22	3.450	.736
Pair 5	PAKAIAN1	4.67	30	4.536	.828
	PAKAIAN2	8.67	30	3.925	.717
Pair 6	PAKAIAN2	7.50	22	3.700	.789
	PAKAIAN3	11.36	22	3.513	.749
Pair 7	BAB1	.17	30	.913	.167
	BAB2	3.17	30	5.167	.943
Pair 8	BAB2	2.27	22	4.289	.914
	BAB3	8.86	22	5.759	1.228
Pair 9	BAK1	4.83	30	4.639	.847
	BAK2	8.83	30	4.857	.887
Pair 10	BAK2	7.73	22	4.289	.914
	BAK3	12.50	22	3.363	.717
Pair 11	TRANS1	4.83	30	4.450	.812
	TRANS2	9.33	30	4.686	.855
Pair 12	TRANS2	7.73	22	4.289	.914
	TRANS3	13.41	22	2.384	.508
Pair 13	JALAN1	3.67	30	4.722	.862
	JALAN2	9.33	30	4.866	.888
Pair 14	JALAN2	7.95	22	4.541	.968
	JALAN3	12.27	22	4.002	.853
Pair 15	LMOB1	1.67	30	.711	.130
	LMOB2	2.93	30	.980	.179
Pair 16	LMOB2	2.64	22	.953	.203
	LMOB3	3.55	22	.671	.143

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	MAKAN1 - MAKAN2	-5.667	3.144	.574	-6.841	-4.493	-9.872	29	.000
Pair 2	MAKAN2 - MAKAN3	-3.636	2.752	.587	-4.857	-2.416	-6.197	21	.000
Pair 3	MANDI1 - MANDI2	-4.500	2.739	.500	-5.523	-3.477	-9.000	29	.000
Pair 4	MANDI2 - MANDI3	-3.409	3.232	.689	-4.842	-1.976	-4.948	21	.000
Pair 5	PAKAIAN1 - PAKAIAN2	-4.000	2.421	.442	-4.904	-3.096	-9.049	29	.000
Pair 6	PAKAIAN2 - PAKAIAN3	-3.864	3.060	.652	-5.220	-2.507	-5.923	21	.000
Pair 7	BAB1 - BAB2	-3.000	5.017	.916	-4.873	-1.127	-3.275	29	.003
Pair 8	BAB2 - BAB3	-6.591	5.853	1.248	-9.186	-3.996	-5.282	21	.000
Pair 9	BAK1 - BAK2	-4.000	2.034	.371	-4.760	-3.240	-	29	.000
Pair 10	BAK2 - BAK3	-4.773	3.265	.696	-6.220	-3.325	-6.856	21	.000
Pair 11	TRANS1 - TRANS2	-4.500	2.013	.368	-5.252	-3.748	-	29	.000
Pair 12	TRANS2 - TRANS3	-5.682	3.551	.757	-7.256	-4.107	-7.505	21	.000
Pair 13	JALAN1 - JALAN2	-5.667	3.651	.667	-7.030	-4.303	-8.500	29	.000
Pair 14	JALAN2 - JALAN3	-4.318	3.872	.825	-6.035	-2.602	-5.231	21	.000
Pair 15	LMOB1 - LMOB2	-1.267	.828	.151	-1.576	-.958	-8.382	29	.000
Pair 16	LMOB2 - LMOB3	-.909	.610	.130	-1.180	-.639	-6.988	21	.000

## Hasil Analisis Uji T Tes dependen Kelompok Intervensi

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	IMAKN1	4.83	30	5.796	1.058
	IMAKN2	10.50	30	4.224	.771
Pair 2	IMAKN2	9.35	23	4.074	.850
	IMAKN3	11.74	23	3.876	.808
Pair 3	IMNDI1	1.50	30	3.749	.684
	IMNDI2	5.17	30	4.997	.912
Pair 4	IMNDI2	3.70	23	4.050	.845
	IMNDI3	8.91	23	4.990	1.041
	IPAKAI1	2.83	30	4.676	.854
Pair 5	IPAKAI2	9.00	30	4.624	.844
	IPAKAI2	8.04	23	4.457	.929
Pair 6	IPAKAI3	10.43	23	4.501	.938
	IBAB1	.50	30	2.739	.500
Pair 7	IBAB2	1.33	30	4.138	.756
	IBAB2	.00	22	.000	.000
	IBAB3	2.50	22	5.510	1.175
Pair 8	IBAK1	5.00	30	5.872	1.072
	IBAK2	9.67	30	4.722	.862
Pair 9	IBAK2	8.70	23	4.819	1.005
	IBAK3	11.09	23	4.757	.992
	ITRAN1	3.50	30	5.277	.963
Pair 10	ITRAN2	9.67	30	4.722	.862
	ITRAN2	8.91	23	4.757	.992
Pair 11	ITRAN3	11.52	23	4.631	.966
	IJLN1	3.33	30	5.307	.969
Pair 12	IJLN2	8.67	30	6.288	1.148
	IJLN2	7.39	23	6.373	1.329
	IJLN3	10.87	23	5.146	1.073
Pair 13	ILEVEL1	1.43	30	.971	.177
	ILEVEL2	2.70	30	1.236	.226
Pair 14	ILEVEL2	2.30	23	1.146	.239
	ILEVEL3	3.26	23	.964	.201

Hasil Analisis Uji T Tes dependen Kelompok Intervensi

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	IMAKN1 - IMAKN2	-5.667	4.302	.785	-7.273	-4.060	-7.215	29	.000
Pair 2	IMAKN2 - IMAKN3	-2.391	2.966	.618	-3.674	-1.109	-3.867	22	.001
Pair 3	IMNDI1 - IMNDI2	-3.667	4.342	.793	-5.288	-2.045	-4.626	29	.000
Pair 4	IMNDI2 - IMNDI3	-5.217	3.837	.800	-6.877	-3.558	-6.521	22	.000
Pair 5	IPAKA1 - IPAKA2	-6.167	4.292	.784	-7.769	-4.564	-7.870	29	.000
Pair 6	IPAKA2 - IPAKA3	-2.391	3.327	.694	-3.830	-.953	-3.447	22	.002
Pair 7	IBAB1 - IBAB2	-.833	3.239	.591	-2.043	.376	-1.409	29	.169
Pair 8	IBAB2 - IBAB3	-2.500	5.510	1.175	-4.943	-.057	-2.128	21	.045
Pair 9	IBAK1 - IBAK2	-4.667	4.722	.862	-6.430	-2.903	-5.413	29	.000
Pair 10	IBAK2 - IBAK3	-2.391	2.966	.618	-3.674	-1.109	-3.867	22	.001
Pair 11	ITRAN1 - ITRAN2	-6.167	5.032	.919	-8.045	-4.288	-6.713	29	.000
Pair 12	ITRAN2 - ITRAN3	-2.609	2.966	.618	-3.891	-1.326	-4.219	22	.000
Pair 13	IJLN1 - IJLN2	-5.333	5.241	.957	-7.290	-3.376	-5.573	29	.000
Pair 14	IJLN2 - IJLN3	-3.478	3.824	.797	-5.132	-1.825	-4.362	22	.000
Pair 15	ILEVEL1 - ILEVEL2	-1.267	1.143	.209	-1.693	-.840	-6.071	29	.000
Pair 16	ILEVEL2 - ILEVEL3	-.957	.767	.160	-1.288	-.625	-5.978	22	.000

## Hasil Analisis Uji T Tes Independen

### Group Statistics

	responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
MAKAN1	Kontrol	30	4.67	4.342	.793
	intervensi	30	4.83	5.796	1.058
MAKAN2	Kontrol	30	10.33	4.138	.756
	intervensi	30	10.50	4.224	.771
MAKAN3	Kontrol	22	12.95	3.331	.710
	intervensi	23	11.74	3.876	.808
MANDI1	Kontrol	30	2.50	3.655	.667
	intervensi	30	1.50	3.749	.684
MANDI2	Kontrol	30	7.00	4.275	.781
	intervensi	30	5.17	4.997	.912
MANDI3	Kontrol	22	10.00	3.450	.736
	intervensi	23	8.91	4.990	1.041
PAKAI1	Kontrol	30	4.67	4.536	.828
	intervensi	30	2.83	4.676	.854
PAKAI2	Kontrol	30	8.67	3.925	.717
	intervensi	30	9.00	4.624	.844
PAKAI3	Kontrol	22	11.36	3.513	.749
	intervensi	23	10.43	4.501	.938
BAB1	Kontrol	30	.17	.913	.167
	intervensi	30	.50	2.739	.500
BAB2	Kontrol	30	3.17	5.167	.943
	intervensi	30	1.33	4.138	.756
BAB3	Kontrol	22	8.86	5.759	1.228
	intervensi	23	3.04	5.981	1.247
BAK1	Kontrol	30	4.83	4.639	.847
	intervensi	30	5.00	5.872	1.072
BAK2	Kontrol	30	8.83	4.857	.887
	intervensi	30	9.67	4.722	.862
BAK3	Kontrol	22	12.50	3.363	.717
	intervensi	23	11.09	4.757	.992
TRANS1	Kontrol	30	4.83	4.450	.812
	intervensi	30	3.50	5.277	.963
TRANS2	Kontrol	30	9.33	4.686	.855
	intervensi	30	9.67	4.722	.862
TRANS3	Kontrol	22	13.41	2.384	.508
	intervensi	23	11.52	4.631	.966

JALAN1	Kontrol	30	3.67	4.722	.862
	intervensi	30	3.33	5.307	.969
JALAN2	Kontrol	30	9.33	4.866	.888
	intervensi	30	8.67	6.288	1.148
JALAN3	Kontrol	22	12.27	4.002	.853
	intervensi	23	10.87	5.146	1.073
LMOB1	Kontrol	30	1.67	.711	.130
	intervensi	30	1.43	.971	.177
LMOB2	Kontrol	30	2.93	.980	.179
	intervensi	30	2.70	1.236	.226
LMOB3	Kontrol	22	3.55	.671	.143
	intervensi	23	3.26	.964	.201

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MAKAN1	Equal variances assumed	3.697	.059	-.126	58	.900	-.167	1.322	-2.813	2.480
	Equal variances not assumed			-.126	53.753	.900	-.167	1.322	-2.818	2.484
MAKAN2	Equal variances assumed	.621	.434	-.154	58	.878	-.167	1.080	-2.328	1.995
	Equal variances not assumed			-.154	57.976	.878	-.167	1.080	-2.328	1.995
MAKAN3	Equal variances assumed	1.445	.236	1.126	43	.266	1.215	1.079	-.961	3.392
	Equal variances not assumed			1.130	42.528	.265	1.215	1.076	-.955	3.386
MANDI1	Equal variances assumed	1.261	.266	1.046	58	.300	1.000	.956	-.913	2.913
	Equal variances not assumed			1.046	57.963	.300	1.000	.956	-.914	2.914
MANDI2	Equal variances assumed	.191	.663	1.527	58	.132	1.833	1.201	-.570	4.237
	Equal variances not assumed			1.527	56.642	.132	1.833	1.201	-.571	4.238
MANDI3	Equal variances assumed	7.311	.010	.846	43	.402	1.087	1.285	-1.504	3.677
	Equal variances not assumed			.853	39.223	.399	1.087	1.274	-1.490	3.664
PAKAI1	Equal variances assumed	.244	.623	1.541	58	.129	1.833	1.189	-.548	4.214
	Equal variances not assumed			1.541	57.946	.129	1.833	1.189	-.548	4.214
PAKAI2	Equal variances assumed	1.515	.223	-.301	58	.764	-.333	1.107	-2.550	1.883

	Equal variances not assumed			- .301	56.508	.764	-.333	1.107	-2.551	1.884
PAKAI3	Equal variances assumed	3.241	.079	.769	43	.446	.929	1.207	-1.506	3.364
	Equal variances not assumed			.774	41.366	.444	.929	1.201	-1.495	3.353
BAB1	Equal variances assumed	1.716	.195	-.632	58	.530	-.333	.527	-1.388	.722
	Equal variances not assumed			-.632	35.366	.531	-.333	.527	-1.403	.736
BAB2	Equal variances assumed	5.129	.027	1.517	58	.135	1.833	1.209	-.586	4.253
	Equal variances not assumed			1.517	55.360	.135	1.833	1.209	-.588	4.255
BAB3	Equal variances assumed	.001	.974	3.323	43	.002	5.820	1.752	2.288	9.353
	Equal variances not assumed			3.326	42.997	.002	5.820	1.750	2.291	9.350
BAK1	Equal variances assumed	1.066	.306	-.122	58	.903	-.167	1.366	-2.902	2.568
	Equal variances not assumed			-.122	55.052	.903	-.167	1.366	-2.905	2.571
BAK2	Equal variances assumed	.179	.674	-.674	58	.503	-.833	1.237	-3.309	1.642
	Equal variances not assumed			-.674	57.954	.503	-.833	1.237	-3.309	1.642
BAK3	Equal variances assumed	3.854	.056	1.146	43	.258	1.413	1.233	-1.074	3.900
	Equal variances not assumed			1.155	39.655	.255	1.413	1.224	-1.061	3.887
TRANS1	Equal variances assumed	1.656	.203	1.058	58	.294	1.333	1.260	-1.189	3.856
	Equal variances not assumed			1.058	56.392	.295	1.333	1.260	-1.191	3.857
TRANS2	Equal variances assumed	.009	.923	-.274	58	.785	-.333	1.215	-2.764	2.098
	Equal variances not assumed			-.274	57.996	.785	-.333	1.215	-2.764	2.098
TRANS3	Equal variances assumed	11.385	.002	1.707	43	.095	1.887	1.106	-.342	4.117
	Equal variances not assumed			1.730	33.208	.093	1.887	1.091	-.332	4.107
JALAN1	Equal variances assumed	.778	.381	.257	58	.798	.333	1.297	-2.263	2.929
	Equal variances not assumed			.257	57.228	.798	.333	1.297	-2.263	2.930
JALAN2	Equal variances assumed	5.805	.019	.459	58	.648	.667	1.452	-2.239	3.572
	Equal variances not assumed			.459	54.565	.648	.667	1.452	-2.243	3.576
JALAN3	Equal variances assumed	2.170	.148	1.018	43	.314	1.403	1.379	-1.377	4.183
	Equal variances not assumed			1.024	41.313	.312	1.403	1.371	-1.365	4.171
LMOB1	Equal variances assumed	.275	.602	1.062	58	.293	.233	.220	-.207	.673
	Equal variances not assumed			1.062	53.148	.293	.233	.220	-.208	.674
LMOB2	Equal variances assumed	6.553	.013	.810	58	.421	.233	.288	-.343	.810
	Equal variances not assumed			.810	55.141	.421	.233	.288	-.344	.810
LMOB3	Equal variances assumed	4.937	.032	1.145	43	.259	.285	.249	-.217	.786
	Equal variances not assumed			1.154	39.358	.256	.285	.247	-.214	.783

Hasil Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi

Correlations

		USIA	SEM	JK	DIDIK	NYER11	NYER12	NYER13	ALKES1	ALKES2	ALKES3	LMOB1	LMOB2	LMOB3
USIA	Pearson Correlation	1	.153	-.280*	-.389**	-.057	.036	-.019	.053	.027	-.089	-.132	.076	.096
	Sig. (2-tailed)		.244	.030	.002	.664	.786	.904	.688	.836	.568	.316	.563	.531
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
SEM	Pearson Correlation	.153	1	.086	-.245	-.256*	-.379**	-.196	-.226	.031	.145	.361**	.336**	.297*
	Sig. (2-tailed)	.244		.512	.059	.048	.003	.197	.082	.812	.348	.005	.009	.047
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
JK	Pearson Correlation	-.280*	.086	1	.129	-.028	-.112	-.110	-.101	.069	-.048	.009	-.002	.038
	Sig. (2-tailed)	.030	.512		.328	.832	.396	.472	.441	.602	.755	.946	.986	.807
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
DIDIK	Pearson Correlation	-.389**	-.245	.129	1	.023	-.044	-.143	.001	-.169	-.206	.102	-.080	.107
	Sig. (2-tailed)	.002	.059	.328		.860	.741	.349	.992	.197	.180	.438	.545	.483
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
NYER11	Pearson Correlation	-.057	-.256*	-.028	.023	1	.483**	.091	-.020	-.162	-.069	-.333**	.054	-.068
	Sig. (2-tailed)	.664	.048	.832	.860		.000	.552	.879	.215	.658	.009	.679	.655
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
NYER12	Pearson Correlation	.036	-.379**	-.112	-.044	.483**	1	.633**	.242	.147	.119	-.440**	-.612**	-.531**
	Sig. (2-tailed)	.786	.003	.396	.741	.000		.000	.062	.262	.440	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
NYER13	Pearson Correlation	-.019	-.196	-.110	-.143	.091	.633**	1	.181	.087	.392**	-.362*	-.620**	-.759**
	Sig. (2-tailed)	.904	.197	.472	.349	.552	.000		.233	.569	.009	.015	.000	.000
	N	45	45	45	45	45	45	45	45	45	44	45	45	45

	Pearson Correlation	.053	-.226	-.101	.001	-.020	.242	.181	1	.575**	.349*	-.151	-.297*	-.308*
ALKES1	Sig. (2-tailed)	.688	.082	.441	.992	.879	.062	.233		.000	.020	.249	.021	.039
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
	Pearson Correlation	.027	.031	.069	-.169	-.162	.147	.087	.575**	1	.588**	-.213	-.352**	-.136
ALKES2	Sig. (2-tailed)	.836	.812	.602	.197	.215	.262	.569	.000		.000	.102	.006	.373
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
	Pearson Correlation	-.089	.145	-.048	-.206	-.069	.119	.392**	.349*	.588**	1	-.068	-.183	-.353*
ALKES3	Sig. (2-tailed)	.568	.348	.755	.180	.658	.440	.009	.020	.000		.661	.235	.019
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
	Pearson Correlation	-.132	.361**	.009	.102	-.333**	-.440**	-.362*	-.151	-.213	-.068	1	.519**	.387**
LMOB1	Sig. (2-tailed)	.316	.005	.946	.438	.009	.000	.015	.249	.102	.661		.000	.009
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
	Pearson Correlation	.076	.336**	-.002	-.080	.054	-.612**	-.620**	-.297*	-.352**	-.183	.519**	1	.760**
LMOB2	Sig. (2-tailed)	.563	.009	.986	.545	.679	.000	.000	.021	.006	.235	.000		.000
	N	60	60	60	60	60	60	45	60	60	44	60	60	45
	Pearson Correlation	.096	.297*	.038	.107	-.068	-.531**	-.759**	-.308*	-.136	-.353*	.387**	.760**	1
LMOB3	Sig. (2-tailed)	.531	.047	.807	.483	.655	.000	.000	.039	.373	.019	.009	.000	
	N	45	45	45	45	45	45	45	45	45	44	45	45	45

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Hasil Analisis Uji Regresi Linear

Faktor yang mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi Hari ke-1

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.438 <sup>a</sup>	.192	.164	.779	1.566

a. Predictors: (Constant), NYER11, SEM

b. Dependent Variable: LMOB1

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8.238	2	4.119	6.784	.002 <sup>b</sup>
	Residual	34.612	57	.607		
	Total	42.850	59			

a. Dependent Variable: LMOB1

b. Predictors: (Constant), NYER11, SEM

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.822	.589		3.094	.003		
	SEM	.023	.009	.295	2.397	.020	.934	1.070
	NYER11	-.220	.105	-.257	-2.088	.041	.934	1.070

a. Dependent Variable: LMOB1

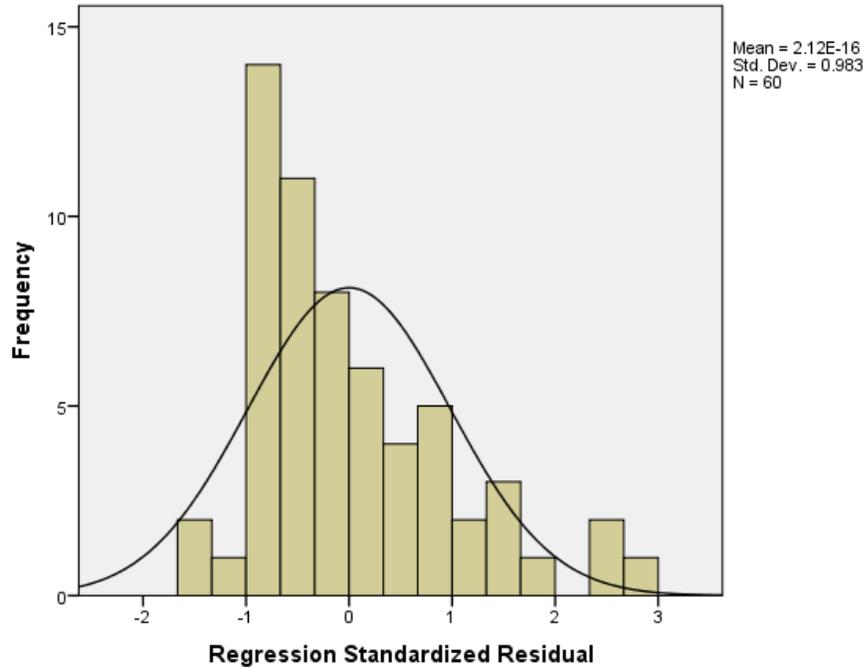
**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

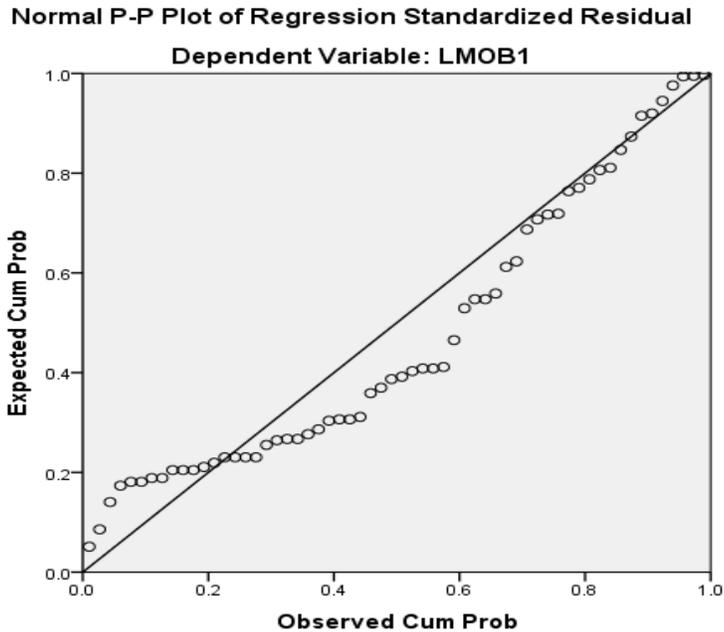
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.11	2.31	1.55	.374	60
Std. Predicted Value	-3.855	2.044	.000	1.000	60
Standard Error of Predicted Value	.103	.425	.163	.063	60
Adjusted Predicted Value	-.27	2.49	1.54	.402	60
Residual	-1.275	2.126	.000	.766	60
Std. Residual	-1.636	2.728	.000	.983	60
Stud. Residual	-1.766	2.893	.007	1.019	60
Deleted Residual	-1.485	2.391	.012	.825	60
Stud. Deleted Residual	-1.800	3.105	.018	1.047	60
Mahal. Distance	.055	16.560	1.967	2.730	60
Cook's Distance	.000	.348	.027	.070	60
Centered Leverage Value	.001	.281	.033	.046	60

a. Dependent Variable: LMOB1

**Histogram**

**Dependent Variable: LMOB1**





Faktor yang mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi Hari ke-2

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.681 <sup>a</sup>	.463	.435	.836	1.049

a. Predictors: (Constant), ALKES2, SEM, NYERI2

b. Dependent Variable: LMOB2

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	33.826	3	11.275	16.125	.000 <sup>b</sup>
	Residual	39.157	56	.699		
	Total	72.983	59			

a. Dependent Variable: LMOB2

b. Predictors: (Constant), ALKES2, SEM, NYERI2

**Coefficients<sup>a</sup>**

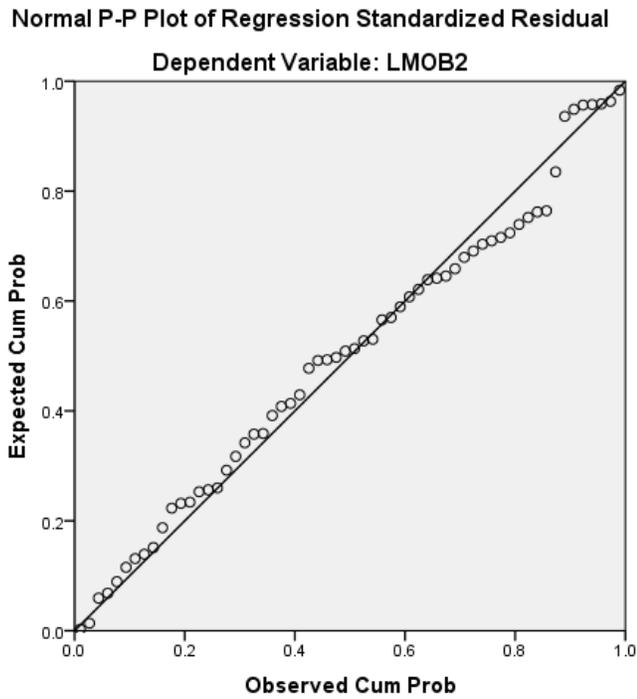
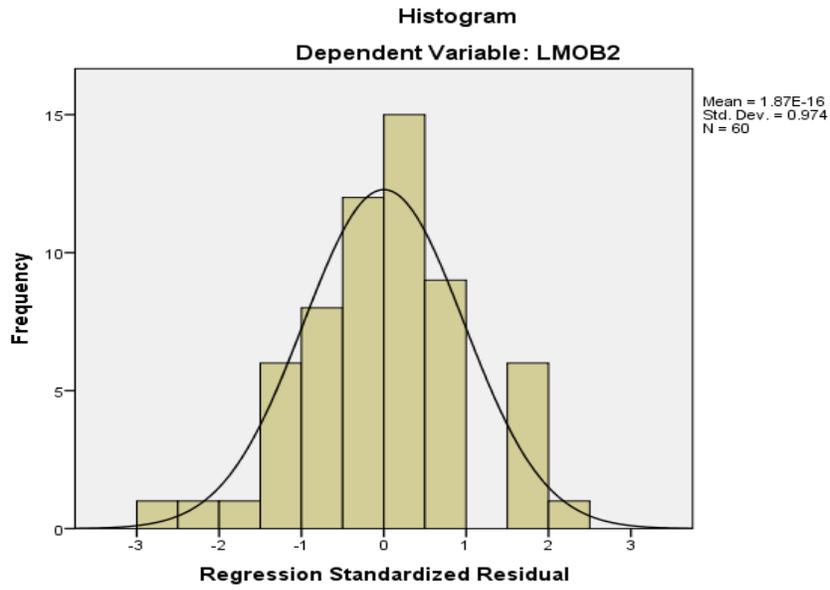
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	4.831	.614		7.867	.000		
SEM	.015	.011	.150	1.413	.163	.848	1.179
NYERI2	-.662	.138	-.513	-4.780	.000	.831	1.204
ALKES2	-.404	.143	-.281	-2.831	.006	.969	1.031

a. Dependent Variable: LMOB2

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1.01	4.05	2.82	.757	60
Std. Predicted Value	-2.380	1.625	.000	1.000	60
Standard Error of Predicted Value	.110	.351	.207	.061	60
Adjusted Predicted Value	1.02	4.07	2.82	.770	60
Residual	-2.326	1.785	.000	.815	60
Std. Residual	-2.782	2.135	.000	.974	60
Stud. Residual	-3.034	2.318	-.001	1.024	60
Deleted Residual	-2.768	2.104	-.001	.902	60
Stud. Deleted Residual	-3.289	2.416	-.003	1.053	60
Mahal. Distance	.031	9.441	2.950	2.312	60
Cook's Distance	.000	.437	.028	.076	60
Centered Leverage Value	.001	.160	.050	.039	60

a. Dependent Variable: LMOB2



Faktor yang mempengaruhi Kemampuan Mobilisasi Hari ke-3

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.781 <sup>a</sup>	.610	.580	.545	1.472

a. Predictors: (Constant), ALKES3, SEM, NYERI3

b. Dependent Variable: LMOB3

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	18.556	3	6.185	20.833	.000 <sup>b</sup>
	Residual	11.876	40	.297		
	Total	30.432	43			

a. Dependent Variable: LMOB3

b. Predictors: (Constant), ALKES3, SEM, NYERI3

**Coefficients<sup>a</sup>**

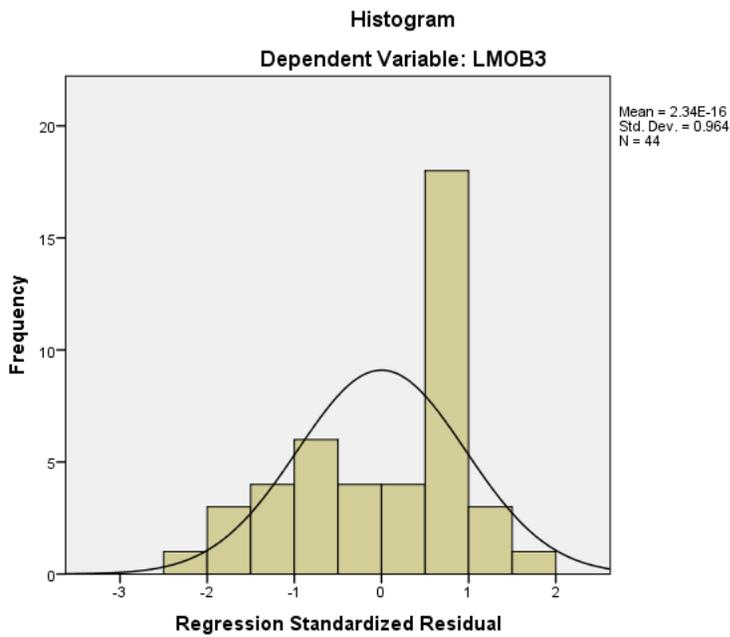
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.683	.362		12.931	.000		
	SEM	.013	.008	.183	1.760	.086	.903	1.107
	NYERI3	-.704	.116	-.678	-6.069	.000	.781	1.280
	ALKES3	-.116	.113	-.114	-1.028	.310	.795	1.257

a. Dependent Variable: LMOB3

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1.90	4.66	3.39	.657	44
Std. Predicted Value	-2.259	1.945	.000	1.000	44
Standard Error of Predicted Value	.100	.277	.159	.042	44
Adjusted Predicted Value	2.06	4.79	3.40	.659	44
Residual	-1.274	1.067	.000	.526	44
Std. Residual	-2.339	1.957	.000	.964	44
Stud. Residual	-2.586	2.058	-.009	1.021	44
Deleted Residual	-1.558	1.179	-.011	.590	44
Stud. Deleted Residual	-2.798	2.149	-.017	1.044	44
Mahal. Distance	.460	10.146	2.932	2.140	44
Cook's Distance	.000	.372	.032	.061	44
Centered Leverage Value	.011	.236	.068	.050	44

a. Dependent Variable: LMOB3



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: LMOB3

