

PROSIDING

Seminar & Workshop
Nasional Keperawatan 2016



Continuum of Care : Dari Ketergantungan Menuju Kemandirian Hidup yang Berkualitas

21-22 September 2016
Auditorium Rumah Sakit Pendidikan
Universitas Padjadjaran
Jl. Eijkman No. 38 Bandung



Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan 2016

*"Continuum of Care; Dari Ketergantungan Menuju
Kemandirian Hidup yang Berkualitas"*



Diselenggarakan oleh:

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN**

**RABU – KAMIS/ 21 – 22 SEPTEMBER 2016
AUDITORIUM LT. 2 GEDUNG RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN
JL. EIJKMAN NO. 38 BANDUNG**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
SUSUNAN PANITIA.....	ix
SUSUNAN ACARA KEGIATAN SEMINAR NASIONAL.....	x
SAMBUTAN KETUA PELAKSANA.....	xiii
SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS PADJADJARAN.....	xv
SAMBUTAN REKTOR UNIVERSITAS PADJADJARAN.....	xviii
RINGKASAN EKSEKUTIF PLENNARY.....	1
KEPERAWATAN BERKELANJUTAN (<i>CONTINUITY OF CARE</i>)	2
PENYAKIT KRONIS DI JAWA BARAT: TANTANGAN PENGELOLAAN DARI KEBIJAKAN KE IMPLEMENTASI	3
PENANGANAN KOMPREHENSIF PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS: IMPLIKASI PADA PENDIDIKAN KEPERAWATAN.....	4
PERAN PERAWAT DALAM MENINGKATKAN <i>QUALITY OF CARE</i> DAN <i>QUALITY OF LIFE</i> PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS DARI TATANAN KLINIK KE MASYARAKAT.....	5
PRAKTIK TERKINI PENGELOLAAN PASIEN KANKER KOLOREKTAL.....	6
PERMASALAHAN DAN PENATALAKSANAAN PENYAKIT KRONIS: KOLABORASI TENAGA KESEHATAN PADA PENGELOLAAN PASIEN DENGAN PENYAKIT KARDIOVASKULER	7
MODEL PERAWATAN KOMPREHENSIF BERKELANJUTAN PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS.....	8
<i>SELF-MANAGEMENT BARRIERS</i> PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS...9	
EXPERIENCE SHARING: PENGALAMAN HIDUP PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS.....	10
RINGKASAN EKSEKUTIF WORKSHOP.....	11
TERAPI MODALITAS PADA PASIEN STROKE	12
<i>HYBRID DIALYSIS</i>	13
<i>PERIOPERATIF MANAGEMENT FOR OSTEOARTHRITIS OF THE HIP AND KNEE</i>	14
<i>CURRENT EVIDENCES</i> DALAM <i>PRESSURE ULCER MANAGEMENT</i>	15
ABSTRAK PRESENTASI ORAL.....	16
PENGARUH KONSELING STIGMA TERHADAP PERSEPSI STIGMA PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSUD GUNUNG JATI KOTA CIREBON	17
PENGARUH PERNAPASAN BUTEYKO DALAM PENGELOLAAN ASMA: STUDI LITERATUR	18
PENGARUH <i>SUPPORTGROUP</i> TERHADAP PERILAKU <i>SELF-CARE</i> PADA PASIEH HEMODIALISIS DI RSUD. R SYAMSUDIN, SH KOTA SUKABUMI	19
DETERMINAN <i>SELF MANAGEMENT</i> PADA PASIEN GAGAL GINJAL TERMINAL YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI KOTA BEKASI	20

LITERATURE REVIEW: EFEKTIVITAS PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN SERBUK KOPI ROBUSTA.....	21
PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN PENGKAJIAN KAKI DIABETIK PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI KOTA MEDAN.....	22
PERBANDINGAN POSISI SEMI-FOWLER DAN POSISI HIGH FOWLER TERHADAP PERUBAHAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN ASMA BRONKIAL DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIBABAT CIMAHU	23
LITERATUR REVIEW: PENCEGAHAN OSTEOMYELITIS PADA PASIEN FRAKTUR TERBUKA.....	24
HUBUNGAN EFIKASI DIRI TERHADAP KEPATUHAN MENJALANKAN POLA HIDUP SEHAT PADA PASIEN PASCA INTERVENSI KORONER PERKUTAN DI RSUD DR. HASAN SADIKIN BANDUNG.	25
PELAKSANAAN MOBILISASI PADA PASIEN PASCA DEBRIDEMEN FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DI RUANG BEDAH RSUD GUNUNG JATI KOTA CIREBON	26
SYSTEMATIC REVIEW; EFEKTIFITAS PENERAPAN CONTINUOUS CARE MODEL (CCM) PADA KASUS PENYAKIT KRONIS.....	27
EKSPLORASI PENGETAHUAN PASIEN DIABETES MELLITUS TENTANG DETEKSI EPISODE HIPOGLIKEMIA DI RSUD ULIN BANJARMASIN	28
<i>LITERATURE REVIEW</i> : TERAPI MODALITAS TERHADAP KECEMASAN PADA PASIEN KANKER PAYUDARA	29
LITERATUR REVIEW; EFEKTIFITAS OCTENIDINE DIHYDROCHLORIDE DALAM MENURUNKAN JUMLAH KOLONI BAKTERI PADA AREA PEMASANGAN INFUS.....	30
SELF MANAGEMENT PASIEN DIABETES MELITUS DI RSUD ULIN BANJARMASIN.....	31
<i>LITERATUR REVIEW</i> : FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PASIEN DM TIPE 2.	32
PERUBAHAN TEKANAN DARAH SEBELUM DAN SETELAH PENGGUNAAN AROMATERAPI LEMON (<i>CITRUS LIMON</i>) PADA PASIEN HIPERTENSI DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MAJALENGKA.....	33
HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HEMODIALISIS RUTIN DI RSUD SUMEDANG	34
HUBUNGAN KESEJAHTERAAN SPIRITUAL DENGAN CEMAS DAN DEPRESI PADA KLIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER.....	35
PENGARUH <i>SELF-MANAGEMENT</i> PADA PASIEN HEMODIALISIS.....	36
PENGALAMAN DAN PERSEPSI KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL TERMINAL (GGT) YANG MENJALANI <i>CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS</i> (CAPD).....	37
PENGALAMAN SPIRITUAL PASIEN GAGAL GINJAL TERMINAL YANG MENJALANI TERAPI HAEMODIALISIS DI RSUD KOTA BANJAR.....	38
LITERATURE REVIEW: PERBANDINGAN METODE PERAWATAN LUKA KONVENSIONAL - MODERN DRESSING –VAC	39

FAKTOR PENYEBAB KETIDAKPATUHAN PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS DALAM MENJALANI TERAPI ANTIRETROVIRAL DI KLINIK TERATAI RSUP DR.HASAN SADIKIN BANDUNG	40
KESEJAHTERAAN SUBYEKTIF, PENGUASAAN PERAN, DAN KESEJAHTERAAN HUBUNGAN PADA PASIEN STROKE DENGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN RENDAH DI BANDUNG, INDONESIA	41
WAKTU PEMULIHAN BISING USUS PADA PASIEN POST OPERASI DENGAN ANASTESI UMUM DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMEDANG	42
PILIHAN TERAPI UNTUK PENANGANAN MUKOSITIS AKIBAT KEMOTERAPI: <i>STUDI LITERATURE</i>	43
PENGARUII SENAM STROKE TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSU DR. DRADJAT PRAWIRANEGARA KABUPATEN SERANG	44
SELF EFFICACY MEMPENGARUHI INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN (IDWG) PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD INDRAMAYU	45
<i>LITERATURE REVIEW</i> : MANAGEMEN NYERI PADA PASIEN KANKER	46
PENGARUH HIPNOTERAPI TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI INSTALASI HEMODIALISA RUMAH SAKIT PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO	47
PENGARUH RELAKSASI BENSON TERHADAP FATIGUE PADA PASIEN HEMODIALISIS DI RS. DUSTIRA CIMAHU	48
PENGARUII BENSON RELAKSASI TERHADAP PENINGKATAN OKSIGEN JENUH PADA PASIEN HEMODIALISA	49
PENGARUH RELAKSASI AUTOGENIK TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT ADVENT BANDUNG	50
PENGARUH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN INFARK MIOKARD DI RUMAH SAKIT DUSTIRA CIMAHU	51
PENGARUH TERAPI MUSIK TEMBANG SUNDA CIANJURAN TERHADAP INTENSITAS NYERI SAAT PERAWATAN LUKA BEDAH ORTHOPEDI DI RSUD DR. SLAMET GARUT	52
<i>LITERATUR REVIEW</i> ; EFEKTIFITAS TERAPI MUSIK PADA MANAGEMEN NYERI PASIEN KANKER	53
PENGARUH RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF KELAS FUNGSIONAL I DAN II DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RSUD DR. SLAMET GARUT	54
PENGARUH MUSIK KLASIK TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH KLIEN HIPERTENSI PRIMER DI PUSKESMAS LEDENG KOTA BANDUNG	55
PENGARUH TEKNIK RELAKSASI BENSON TERHADAP TEKANAN DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI DI DESA JATIHURIP WILAYAH KERJA PUSKESMAS SITU KABUPATEN SUMEDANG	56
PENGARUH TERAPI KOMPLEMENTER: MASSAGE, AKUPUNTUR, AKUPRESSURE, BEKAM, MUROTAL AL-QUR'AN TERHADAP KEKUATAN	

OTOT PASIEN STROKE DI RUMAH WILAYAH KABUPATEN CIAMIS, GARUT DAN KOTA CIMAHI	57
<i>LITERATURE REVIEW</i> : PENGARUH TERAPI BEKAM TERHADAP TEKANAN DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI	58
PENGARUH TERAPI BEKAM TERHADAP PENURUNAN KADAR KOLESTEROL DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI DI KLINIK AN-NAHIL PURWOKERTO	59
<i>LITERATURE REVIEW</i> : TERAPI MUSIK TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN HEMODIALISIS	60
PENGARUH TERAPI FOOT MASSAGE TERHADAP TINGKAT NYERI POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG NIFAS RSUD CIBABAT KOTA CIMAHI	61
PENGARUH TERAPI KOMPLEMENTER: EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) TERHADAP TINGKAT AGRESIFITAS PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT 2015	62
RISIKO PENYAKIT KARDIOVASKULAR BERDASARKAN SKOR KARDIOVASKULAR JAKARTA PADA MASYARAKAT DESA CIMERAK KABUPATEN PANGANDARAN	63
GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PERAWATAN DIRI PADA PENDERITA HIPERTENSI YANG BERKUNJUNG KE PUSKESMAS TANJUNGSARI KABUPATEN SUMEDANG	64
PENGARUH EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP GURU SEKOLAH DASAR TENTANG PERINEAL HYGIENE	65
KAREKTERISTIK DAN PENGETAHUAN PERINEAL HYGIENE SISWI SD UMUM MUKMININ BANDUNG	66
DUKUNGAN SOSIAL DAN PERILAKU PROMOSI KESEHATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI	67
KARAKTERISTIK PASIEN DAN DUKUNGAN KELUARGA PASIEN MULTI DRUGS RESISTANT (MDR) TUBERCULOSIS DI KOTA BANDUNG	68
HUBUNGAN PENGETAHUAN DIABETES MELITUS DENGAN <i>SELF MANAGEMENT</i> PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI KOTA BANDUNG	69
SELF EFFICACY LANSIA DALAM PEMANFAATAN SKRINING KATARAK DI PUSKESMAS KADEMANGAN KABUPATEN CIANJUR	70
HUBUNGAN MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN STRATEGI KOPING SESEORANG YANG MENGALAMI PERCERAIAN DI KOTA BANDUNG	71
PENGARUH PROGRAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH OLEH KADER TERHADAP ANGKA BEBAS JENTIK DI DESA CINAMBO DAN CIKIDANG KECAMATAN BANTARUJEG	72
PENGATURAN JADWAL AKTIVITAS HARIAN UNTUK MENGONTROL TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KELURAHAN SUKATANI, DEPOK, JAWA BARAT	73
RANCANGAN MODEL PENGELOLAAN "PALLIATIVE CARE" KOTA DAN KABUPATEN BANDUNG JAWA BARAT	74

EVALUASI PELAKSANAAN PILAR UTAMA DIABETES PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS DENPASAR, BALI	75
PENGARUH PELATIHAN SADARI (PERIKSA PAYUDARA SENDIRI) TERHADAP <i>SELF EFFICACY</i> KADER DALAM MENYOSIALISASIKAN SIAGA KANKER PAYUDARA DI POSYANDU	76
<i>FOLLOW UP CARE</i> KLIEN STROKE DENGAN PENDEKATAN NURSING CENTER	77
<i>SELF MANAGEMENT</i> PADA PASIEN HIPERTENSI DI UPT PUSKESMAS PADASUKA KOTA BANDUNG	78
PIJAT PUNGGUNG SEBAGAI PERAWATAN DAYA INGAT (MENGINGAT KEMBALI, PERHATIAN DAN KALKULASI) LANSIA DI UNIT PELAKSANA TEKNIS PANTI SOSIAL LANJUT USIA KABUPATEN JEMBER.....	79
HUBUNGAN GAYA KEPEMIMPINAN KEPALA RUANG DENGAN KEPUASAN KERJA PERAWAT: STUDY LITERATUR	80
PERSEPSI PASIEN TENTANG INFORMASI SASARAN KESELAMATAN PASIEEN YANG DILAKUKAN PERAWAT PELAKSANA DI RUMAH SAKIT	81
STIMULASI SENSORI TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR PASIEEN DENGAN GANGGUAN KESADARAN.....	82
BEBAN KERJA PERAWAT DI NISHTER MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL MULTAN PAKISTAN.....	83
PERBEDAAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA PERAWAT RUANG IGD, AKUT DAN TENANG SETELAH PENERAPAN SP2KP DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT	84
KUALITAS KEHIDUPAN KERJA BERDASARKAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PERAWAT DI RUANG ISOLASI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG	85
TEKNOLOGI METABOLOMIK DARI PROFIL STRES OKSIDATIF DAN JALUR PERADANGAN PADA PEROKOK	86
PERBEDAAN AKTIVITAS ANTIBAKTERI EKSTRAK DAUN HENNA (<i>LAWSONIA INERMIS L.</i>) DAN LARUTAN <i>CLORHEKSIDIN GLUKONAT 4%</i> PADA <i>ESCHERICHIA COLI</i> DAN <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i>	87
POTENSI PROFESIONAL KESEHATAN DALAM MENJALANKAN <i>INTERPROFESSIONAL COLLABORATION PRACTICE</i> DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN	88
GAMBARAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG PERAWATAN PSIKIATRI RSUD ARJAWINANGUN KABUPATEN CIREBON	89
IIUBUNGAN KONDISI LINGKUNGAN KERJA DENGAN STRES KERJA PERAWAT PELAKSANA DI IGD RSUD KELAS B CIANJUR TAHUN 2013	90
IIUBUNGAN MOTIVASI KERJA DENGAN PRESTASI KERJA PADA PERAWAT TERAMPIL JABATAN FUNGSIONAL DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT	91
MODEL-MODEL JENJANG KARIR PERAWAT DI DUNIA.....	92
PERSEPSI MAHASISWA STIKES SWASTA DI MEDAN TERHADAP IMPLEMENTASI PRESEPTORSHIP PASCA PENDIDIKAN PROFESI NERS.....	93
GAMBARAN KUALITAS DAN KUANTITAS TIDUR PERAWAT IGD DENGAN ROTASI SIIIFT DI RSUD SUMEDANG	94

GAMBARAN PELAKSANAAN ASPEK KESELAMATAN DALAM TIMBANG TERIMA PASIEN DI RUANG PERAWATAN INTENSIF RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG.....	95
DESKRIPSI METODE FLIPPED CLASSROOM LEARNING PADA RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER UNTUK MATA KULIAN SISTEM MUSKULOSKELETAL PADA PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN.....	96
SIKAP MAHASISWA KEPERAWATAN DALAM MERAWAT PASIEN MENJELANG AJAL: <i>LITERATURE REVIEW</i>	97
PENGEMBANGAN KURIKULUM TENTANG PERAWATAN MENJELANG KEMATIAN, PASCA KEMATIAN DAN BERDUKA (<i>CARE OF THE DYING, DEAD AND BEREAVED</i>) UNTUK PENDIDIKAN NERS DI INDONESIA	98
<i>MOBILE LEARNING</i> ; TELAHAH LITERATUR.....	99
PENGARUH SMS REMINDERS TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN IBU IIAMIL TENTANG TABLET FE	100
GAMBARAN PROSES PENYEMBUHAN DAN PERILAKU PERAWATAN LUKA EPISIOTOMI PADA IBU POST PARTUM DI RSUD KOTA BANDUNG	101
GAMBARAN PENGETAHUAN IBU POST PARTUM TENTANG TANDA BAHAYA PADA NEONATUS DI RUANG ALAMANDA RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG	102
HUBUNGAN AKTIVITAS FISIK DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN KANKER PAYUDARA YANG MENJALANI KEMOTERAPI	104
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DEATH ANXIETY PADA PASIEN KANKER SERVIKS	105
KONSEP DIRI PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI KABUPATEN GARUT	106
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERATIF BERDASARKAN KARAKTERISTIK	107
DEPRESI PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER.....	108
HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN DOMAIN PSIKOLOGIS KUALITAS HIDUP PADA NARAPIDANA DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN WANITA KELAS IIA BANDUNG.....	109
<i>BURDEN OF CARE</i> KELUARGA GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KERSAMANAH KABUPATEN GARUT	110
PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG CARA PERAWATAN HIPERTENSI DENGAN MENGGUNAKAN MANAJEMEN STRESS DI DESA CIGANJENG DAN KARANGSARI KECAMATAN PADAIHERANG KABUPATEN PANGANDARAN.....	111
PENGALAMAN ORANG TUA MENDIDIK KLIEN SKIZOFRENIA	112
GAMBARAN TINGKAT KEPARAHAN GEJALA DAN DISTRESS PASIEN HALUSINASI DI RUMAH SAKIT JIWA PROF. ILDREM MEDAN.....	113
HUBUNGAN ANTARA KONSEP DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER LEHER RAHIM YANG MENJALANI TERAPI DI RSUP DR HASAN SADIKIN BANDUNG.....	114
EFEKTIFKAH TEH MANIS DALAM PENANGANAN GAWAT DARURAT HIPOGLIKEMIA?	116

PENGALAMAN PERAWAT ICU DALAM PERAWATAN <i>END OF LIFE</i> : REVIEW LITERATURE	117
GAMBARAN RESILIENSI KORBAN BENCANA TANAH LONGSOR DI DESA MARGAMUKTI KABUPATEN BANDUNG JAWA BARAT	118
PERBEDAAN <i>GASTRIC RESIDUAL VOLUME</i> (GRV) ANTARA METODE <i>INTERMITTENT FEEDING</i> DAN <i>BOLUS FEEDING</i> PADA POSISI <i>HEAD OF BED</i> (<i>HOB ELEVATION</i> (30°-45°) PADA PASIEN DENGAN VENTILATOR MEKANIK DI RUANG ICU RSUP DR. M. DJAMIL PADANG	119
PERBEDAAN NILAI HEMODINAMIK POSISI SEMI FOWLER, LATERAL KIRI DAN LATERAL KANAN PADA PASIEN KRITIS DI RUANG ICU RUMAH SAKIT RAJAWALI BANDUNG.....	120
PERBANDINGAN TINGKAT AKURASI PENILAIAN TRIASE ANTARA METODE <i>LABELLING</i> DAN <i>EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI)</i> OLEH PERAWAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD CICALENGKA KABUPATEN BANDUNG.....	121
PERBANDINGAN NILAI TIDAL VOLUME <i>HEAD OF BED ELEVATION</i> 30° DAN POSISI LATERAL PADA PASIEN TERPASANG VENTILASI MEKANIK DI <i>GENERAL INTENSIVE CARE UNIT</i> RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG	122
PENGARUH TINDAKAN MOBILISASI DINI TERHADAP PARAMETER KARDIORESPIRASI PADA PASIEN KRITIS DI ICU RSUD SLEMAN YOGYAKARTA.....	123
<i>LITERATUR REVIEW</i> : APLIKASI FAMILY-CENTERED CARE DI <i>PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT</i>	124
KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA MENINGIOMA SEBELUM DAN TIGA BULAN SETELAH DILAKUKAN TINDAKAN OPERASI.....	125
PENGARUH PERUBAHAN POSISI TUBUH DAN KEPALA TERHADAP TEKanan CUFF ETT: SEBUAH TINJAUAN SISTEMATIS	126
EFEKTIVITAS PEMBERIAN BAWANG MERAH, DAUN KEMBANG SEPATU DAN KOMPRES AIR HANGAT TERHADAP SUHU TUBUH ANAK DENGAN KASUS DEMAM DI RUANG ANAK RSUD 45 KUNINGAN TAHUN 2015	127
<i>EXERCISE</i> DALAM PENATALAKSANAAN <i>FATIGUE</i> PADA ANAK DENGAN KANKER : <i>LITERATUR REVIEW</i>	128
HUBUNGAN STATUS NUTRISI AWAL DENGAN KEJADIAN DEMAM NEUTROPENIA PADA PASIEN LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT ANAK YANG MENJALANI KEMOTERAPI FASE INDUKSI	129
PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN (<i>SMALL GROUP DISCUSSION</i>) TERHADAP PENGETAHUAN IBU TENTANG <i>TOILET TRAINING</i> PADA ANAK USIA 1-3 TAHUN DI KECAMATAN JATINANGOR SUMEDANG	130
PENGARUH SUKROSA TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA BAYI YANG MENDAPAT IMUNISASI.....	131
LITERATUR REVIEW THERAPEUTIK PLAY SEBAGAI PROGRAM PERSIAPAN MENURUNKAN ANSIETAS ANAK PRE OPERATIVE	132
KEPUASAN ORANG TUA TERHADAP PELAYANAN <i>CHILD CARE</i> DI PUSPA (PUSAT PENITIPAN ANAK) UNIVERSITAS PADJADJARAN.....	133

<i>LITERATURE REVIEW: EFEKTIVITAS DEVELOPMENTAL CARE TERHADAP FUNGSI FISILOGIS BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT</i>	134
EFIKASI DIRI (<i>SELF EFFICACY</i>) PADA ORANGTUA DALAM MENJALANI PENGOBATAN KANKER ANAK DI KOTA BANDUNG.....	135
KEBUTUHAN ORANG TUA SAAT ANAK DI RAWAT DI RUANG INTENSIF: KAJIAN LITERATUR.....	136
INTERVENSI PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PENTINGNYA NUTRISI PADA 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN.....	137
TINJAUAN SISTEMATIS:	138
BAGAIMANAKAH ASUHAN PALIATIF YANG DIRASAKAN OLEH ORANG TUA DI NICU?	138
LITERATURE REVIEW: DUKUNGAN TEMAN SEBAYA TERHADAP PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 1 DALAM MENJALANI MANAJEMEN DIABETES.....	139
LITERATURE REVIEW: PENGGUNAAN MADU UNTUK <i>ORAL CARE</i> PADA PASIEN ANAK YANG MENGALAMI MUKOSITIS SETELAH PEMBERIAN KEMOTERAPI	140
TOOLS PENKAJIAN LUKA TEKAN PADA PASIEN NEONATUS: <i>LITERATURE REVIEW</i>	141
PERBEDAAN KREATIVITAS SETELAH DIBERI TERAPI MUSIK KLASIK (MOZART) DAN MODERN JAZZ PADA ANAK PRASEKOLAH USIA 4-5 TAHUN DI TK NEGERI PEMBINA MOJOANYAR MOJOKERTO.....	143
PREVALENSI OBESITAS PADA SISWA SEKOLAH DASAR NEGERI DI DESA PANJER DAN RENON	144
ABSTRAK PRESENTASI POSTER	145
HUBUNGAN KEBIASAAN MEROKOK ANGGOTA KELUARGA DI DALAM RUMAH TERHADAP KEJADIAN PNEUMONIA PADA BALITA DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS TALAGA KABUPATEN MAJALENGKA	146
FAKTOR PENYEBAB DEPRESI PADA REMAJA: LITERATUR REVIEW	147
STRATEGI KOPING ANAK DALAM MENGALAMI ATAU MENYAKSIKAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT).....	148
TINJAUAN SISTEMATIS: BAGAIMANAKAH EFEKTIVITAS STIMULASI ORAL TERHADAP KEMAMPUAN MENGHISAP PADA BAYI PREMATUR?.....	149
PENGARUH <i>FOOT MASSAGE</i> TERHADAP PARAMETER HEMODINAMIK NON INVASIF PADA PASIEN DI <i>GENERAL INTENSIVE CARE UNIT</i>	150
EFEKTIFITAS PENGGUNAAN KANTONG PLASTIK BERBAHAN <i>POLYETHYLENE</i> DALAM PENCEGAHAN HIPOTERMIA PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLSR DI RSUD DR. SLAMET GARUT	151
HUBUNGAN PENDIDIKAN, PARITAS DAN KETERPAPARAN MEDIA INFORMASI DENGAN PENGETAHUAN IBU NIFAS TENTANG POST PARTUM BLUES DI RUANG NIFAS RSUD MAJALENGKA TAHUN 2016	152
TERAPI KOMPLEMENTER BEKAM PADA PASIEN DENGAN HIV /AIDS	153
SIKAP PERAWAT TENTANG <i>ATRAUMATIC CARE</i> DI RUANG MELATI RSUD MAJALENGKA TAHUN 2016	154

SEMINAR DAN WORKSHOP NASIONAL KEPERAWATAN 2016
ISBN: 978-602-14422-6-5

SUSUNAN PANITIA

Steering Committee

Kusman Ibrahim, Ph.D
Dr. Yanti Hermayanti, MNm
Henny S. Mediani, PhD

Penasihat

Chandra Isabella Purba, M.Kep

Ketua

Eka Afrimasari, M.Kep.
Kristian Labertus, S.Kep., Ns

Sekretaris

Valentina Lumban Tobing, M.Kep
Baiq Emy Nurmalisa, S.Kep., Ns

Bendahara

Yushy Kurnia, MNS
Siti Nurlaila, S.Kep., Ners

Keskretariat

Nenden Nur Asriyani Maryam, MSN
Habsyah Saparidah A., S. Kep., Ners
Novita Kamaruddin, SE
Marlin Sutrisna, S.Kep., Ners

Registrasi

Hasniati Haroen, M.Kep.
Hernita Purba, S.Kep., Ners
Uray Fretty H., S.Kep., Ns

Acara

Sheizi Prita Sari, M. Kep
Aat Sriati, SKp., M.Si
Atlastieka Praptiwi, MN
N. Dheat, S.Kep.Ners.

Ilmiah

Titis Kurniawan, MNS
Etika Emaliyawati, M. Kep
Tetti Solehati, M.Kep
Sri Hartati Pratiwi, M.Kep.
Mustofa Saeful., S.Kp., Ners
Beta Sugiarto, S.Kep., ners

Konsumsi

Agustini Siti Kadariah, MAB
Aam Amaliah
Yeni Yulianti, S.Kep., Ners
Puji Rahayu, S.Kep., Ners

Dana Usaha

Ai Mardhiyah, S.Kp. M.Kes.
Dian Adiningsih, M.Kes
Triliana Purwadesi, S.Kcp., Ns
Keiko Pasaribu, S.Kep., Ners

Logstik

Urip Rahayu, M.Kep
Ndang Suhendi
Kadhafy Indarsyah Permana, ST
Dana
Desmon Kristanto, S.Kep., Ners.

Publikasi, Dokumentasi, & Humas

Fanny Adisty, S.Kep., Ners., M.Kep
Ristina Mirwanti, M.Kep
Ryan Hara Permana, S.Kep., Ners., MN
Ady Waluya, S.Kep., Ners
Ineke Patrisia, S.Kep., Ners
Armansyah, S.Kep., Ners
Yayat Sudrajat
Saeful

Penerbit: Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
Jalan Raya Bandung – Sumedang Km. 21
Jatinangor – Sumedang 45363
Tlp. 022-7795596 Fax. 022-7795596

SUSUNAN ACARA KEGIATAN SEMINAR NASIONAL

Rabu, 21 September 2016

JAM	KEGIATAN
07.30 – 08.20	Registrasi
08.00 – 08.30	Hidangan <i>snack</i> pagi
08.30 – 09.00	<i>Opening Ceremony</i>
09.00 – 09.30	Keynote Speech Peluang dan Tantangan Pelayanan Berkelanjutan Penyakit Kronis di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia)
09.30 – 12.00 (150 menit)	Plenary Session I 1. <i>Continuum of Care : Theory and Practice</i> (Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.AppSe – Universitas Indonesia) 09.30 – 10.10 (40 menit) 2. Penyakit Kronis di Jawa Barat: Tantangan pengelolaan dari Kebijakan ke Implementasi (dr. Yuzar IB Ismoetoto, MM – Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat) 10.10 – 10.50 (40 menit) 3. Penanganan Komprehensif Pasien dengan Penyakit Kronis: Implikasi pada Pendidikan Keperawatan (Urip Rahayu, S.Kp., M.Kep – Universitas Padjadjaran) 10.50 – 11.30 (40 menit) Diskusi : 11.30 – 12.00 (30 menit)
12.00 – 13.00	ISHOMA
13.00 – 14.40 (100 menit)	Plenary Session II 1. Peran perawat dalam meningkatkan <i>quality of care</i> dan <i>quality of life</i> Pasien dengan Penyakit kronis dari Tatanan klinik ke Masyarakat (Dr. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc – Universitas Indonesia) 13.0 – 13.40 (40 menit) 2. Praktik-praktik Terkini Pengelolaan Pasien dengan Penyakit Keganasan untuk Meningkatkan <i>Quality of Life</i> . (Chandra Isabella Purba, S.Kp., M.Kep – Universitas Padjadjaran)

JAM	KEGIATAN
	13.40 – 14.20 (40 menit) Diskusi 14.20 – 14.40 (20 menit)
14.40 – 15.40	Presentasi Oral
15.40 – 16.00	Sholat dan hidangan snack sore
16.00 – 17.00	Presentasi Oral dan Poster

Kamis, 22 September 2016

JAM	KEGIATAN
07.30– 08.00	Registrasi
07.30 – 08.00	Hidangan snack pagi
08.00 – 09.40 (100 menit)	Plenary Session III 1. Permasalahan dan Penatalaksanaan Penyakit Kronis: Kolaborasi Tenaga Kesehatan pada Pengelolaan Pasien dengan Penyakit Kardiovaskular (dr. Muhammad Rizky Akbar, M.Kes., Sp.JP – RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung) 08.00 – 08.40 (40 menit) 2. Perawatan Berkelanjutan pada Orang dengan HIV/AIDS (Kusman Ibrahim, S.Kp., MNS.,PhD - Universitas Padjadjaran) 08.40 – 09.20 (40 menit) Diskusi : 09.20 – 09.40(20 menit)
09.45–11.15 (90menit)	Plenary Session IV 1. <i>Self-Management Barriers</i> pada Pasien dengan Penyakit Kronis (Titis Kurniawan, S.Kep., Ners., MNS – Universitas Padjadjaran) 09.45 – 10.20 (35 menit) 2. <i>Experience sharing</i> : Pengalaman Hidup Pasien dengan Penyakit Kronis (M. Ismet Kuswanda, S.Kep., Ners., M.Kep) 10.20 – 10.55 (35 menit) Diskusi : 10.55 – 11.15 (20 menit)
11.15 – 11.30	Penutupan Seminar & Pengumuman <i>Best Presenter</i>
11.30 – 12.30	ISHOMA
12.30 – 17.30 (300 menit)	Workshop 12.30 – 12.45 : Pembukaan

JAM	KEGIATAN
	12.45 – 13.45 : Pemaparan materi 13.45 – 14.15 : Diskusi tanya jawab materi 14.15 – 15.30 : Simulasi masing-masing peserta (sesi I) 15.30 – 16.00 : Break 16.00 – 17.00 : Simulasi masing-masing peserta (sesi II) 17.00 – 17.30 : Kesimpulan dan penutupan

PENGARUH TINDAKAN MOBILISASI DINI TERHADAP PARAMETER KARDIORESPIRASI PADA PASIEN KRITIS DI ICU RSUD SLEMAN YOGYAKARTA

Muhamat Nofiyanto¹, Tetra Saktika A.N²

^{1,2} Sikes Jenderal A.Yani Yogyakarta,
Email: muhamatnur@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan. Pasien kondisi kritis yang di rawat di ICU terpasang berbagai alat untuk menunjang kehidupannya. Kondisi dan hemodinamik yang tidak stabil menjadikan pasien kritis diharuskan untuk *bed rest* dan minim dilakukan mobilisasi. Hal ini dapat menimbulkan berbagai masalah fisik salah satunya gangguan fungsi kardiorespirasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adakah perbedaan parameter kardiorespirasi pasien kritis sebelum dan segera setelah dilakukan mobilisasi dini.

Metode. *Quasi Experiment* dengan desain *one group pre test and post test* digunakan dalam penelitian ini. Responden sejumlah 24 dipilih dengan kriteria HR<110/min saat istirahat, *Mean arterial blood pressure* antara 60 sampai dengan 110 mmHg, dan *fraction of inspired oxygen* <0.6. Mobilisasi dini dengan panduan Perme & Chandrashekar (2009) dan menilai keamanannya ditinjau dari parameter kardiorespirasi, meliputi: perubahan frekuensi napas, saturasi oksigen, frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, diastolik dan *Mean Arterial Pressure* (MAP) sebelum, selama, dan segera setelahnya. Analisis perbedaan nilai frekuensi napas, nadi, tekanan darah diastolik, dan MAP dianalisis menggunakan *repeated measure anova*, sedangkan perbedaan nilai saturasi oksigen dan tekanan darah sistolik menggunakan analisis *Friedman*.

Hasil. Didapatkan hasil sebelum mobilisasi dini rerata nilai frekuensi napas 22,54 kali/menit, frekuensi jantung 78,58 kali/menit, tekanan darah sistolik 115,46 mmHg, diastolik 70,46 mmHg, MAP 84 mmHg, dan saturasi oksigen 97,08%. Segera setelah mobilisasi nilai frekuensi napas 23,21 kali/menit, frekuensi jantung 80,75 kali/menit, tekanan darah sistolik 117,96 mmHg, diastolik 74,33 mmHg, MAP 87,71 mmHg, dan saturasi oksigen 97,33%. Tidak terdapat perbedaan nilai frekuensi napas, frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, MAP, dan saturasi oksigen antara sebelum dan segera setelah mobilisasi dini dengan *p value* berturut-turut 0.540, 0.314, 0.288, 0.198, dan 0.299, hanya nilai tekanan darah diastolik yang berbeda signifikan dengan *p value* 0.020.

Simpulan: mobilisasi dini pasien kritis menggunakan panduan Perme & Chandrashekar (2009) aman untuk dilakukan di ICU, karena tidak terdapatnya perubahan yang signifikan pada parameter kardiorespirasi sebelum dan segera setelah mobilisasi dini. Perawat diharapkan tidak perlu takut/ragu melakukan mobilisasi dini pasien kritis, tetapi harus dengan tetap memperhatikan standar keamanan dan pengkajian kondisi pasien yang ketat sehingga aman dan bermanfaat untuk pasien.

Kata kunci: Mobilisasi dini, Pasien kritis, ICU

**PENGARUH TINDAKAN MOBILISASI DINI TERHADAP PARAMETER
KARDIORESPIRASI PADA PASIEN KRITIS DI ICU RSUD SLEMAN
YOGYAKARTA**

Muhamat Nofiyanto¹, Tetra Saktika A.N²

^{1,2} Stikes Jenderal A.Yani Yogyakarta, Jl.Ringroad Barat Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta, e-mail: muhamatnur@gmail.com

Latar Belakang: Pasien kondisi kritis yang di rawat di ICU terpasang berbagai alat untuk menunjang kehidupannya. Kondisi dan hemodinamik yang tidak stabil menjadikan pasien kritis diharuskan untuk *bed rest* dan minim dilakukan mobilisasi. Hal ini dapat menimbulkan berbagai masalah fisik salah satunya gangguan fungsi kardiorespirasi.

Tujuan: untuk mengetahui adakah perbedaan parameter kardiorespirasi pasien kritis sebelum, selama, dan segera setelah dilakukan mobilisasi dini.

Metode: *Quasi Experiment* dengan desain *one group pre test and post test* digunakan dalam penelitian ini. Responden sejumlah 24 dipilih dengan kriteria HR<110/min saat istirahat, *Mean arterial blood pressure* antara 60 sampai dengan 110 mmHg, dan *fraction of inspired oxygen* <0.6. Mobilisasi dini dengan panduan Perme & Chandrashekar (2009) dan menilai keamanannya ditinjau dari parameter kardiorespirasi, meliputi: perubahan frekuensi napas, saturasi oksigen, frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, diastolik dan *Mean Arterial Pressure* (MAP) sebelum, selama, dan segera setelahnya. Analisis perbedaan nilai frekuensi napas, nadi, tekanan darah diastolik, dan MAP dianalisis menggunakan *repeated measure annova*, sedangkan perbedaan nilai saturasi oksigen dan tekanan darah sistolik menggunakan analisis *Friedman*.

Hasil: Didapatkan hasil sebelum mobilisasi dini rerata nilai frekuensi napas 22,54 kali/menit, frekuensi jantung 78,58 kali/menit, tekanan darah sistolik 115,46 mmHg, diastolik 70,46 mmHg, MAP 84 mmHg, dan saturasi oksigen 97,08%. Segera setelah mobilisasi nilai frekuensi napas 23,21 kali/menit, frekuensi jantung 80,75 kali/menit, tekanan darah sistolik 117,96 mmHg, diastolik 74,33 mmHg, MAP 87,71 mmHg, dan saturasi oksigen 97,33%. Tidak terdapat perbedaan nilai frekuensi napas, frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, MAP, dan saturasi oksigen antara sebelum dan segera setelah mobilisasi dini dengan *p value* berturut-turut 0.540, 0.314, 0.288, 0.198, dan 0.299, hanya nilai tekanan darah diastolik yang berbeda signifikan dengan *p value* 0.020.

Kesimpulan: mobilisasi dini pasien kritis menggunakan panduan Perme & Chandrashekar (2009) aman untuk dilakukan di ICU, karena tidak terdapatnya perubahan yang signifikan pada parameter kardiorespirasi sebelum dan segera setelah mobilisasi dini. Perawat diharapkan tidak perlu takut/ragu melakukan mobilisasi dini pasien kritis, tetapi harus dengan tetap memperhatikan standar keamanan dan pengkajian kondisi pasien yang ketat sehingga aman dan bermanfaat untuk pasien.

Kata Kunci: Mobilisasi dini, Pasien kritis, ICU

PENDAHULUAN

Pasien kritis yang menjalani perawatan di ICU memiliki berbagai kondisi yang mengharuskan pasien untuk *bed rest*. Hal ini menyebabkan pasien di

ICU akan diidentikan dengan kata “pasif”.

Stabilisasi kondisi hemodinamik, pemasangan berbagai alat monitoring maupun *support* kehidupan, pasien post operasi dan penurunan status kesadaran

baik fisiologis maupun program sedasi menjadi tantangan perawat untuk memobilisasi pasien kritis. Kompleksitas program terapi dan pemantuan pasien kritis menekankan perawat untuk fokus terhadap stabilisasi kondisi respirasi, sirkulasi dan status fisiologis lainnya untuk mempertahankan kehidupan pasien. Hal ini menyebabkan mobilisasi terkadang terlewatkan oleh perawat.

Kondisi *bed rest* pasien kritis yang terlalu lama dapat menimbulkan berbagai masalah, meningkatkan morbiditas, mortalitas, memperlama waktu perawatan dan menambah biaya perawatan (Perme & Chandrashekar 2009, h.212). Truong (2009), h.1 mensitasi Allen *et al.* & Fortney mencatat hasil studi meta-analisis dari 39 *Randomized Control Trial* tentang efek dari *bed rest* pasien kritis didapatkan bahwa *bed rest* memiliki dampak yang merugikan dan mungkin berkaitan dengan bahaya. Imobilisasi dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan berbagai komplikasi, diantaranya atropi otot, dekubitus, atelektasis dan demineralisasi tulang. De Letter *et al.* seperti yang disitasi oleh Truong *et al.* (2009), h.3 menjelaskan bahwa kondisi imobilisasi pasien kritis setelah tujuh hari menggunakan ventilasi mekanik, 25% sampai 33% akan menyebabkan

kelemahan neuromuskular. Penelitian yang dilakukan oleh Clavet *et al.* (2008) menemukan bahwa kontraktur sendi terjadi pada 61 (39%) pasien dari 155 pasien. 52 (34%) pasien mengalami kontraktur sendi dengan kelemahan fungsi. Lama rawat di ICU menjadi penyebab kontraktur sendi tersebut. Lama rawat delapan minggu atau lebih memiliki resiko lebih tinggi terjadi kontraktur sendi dibandingkan lama waktu dua sampai tiga minggu.

Berbagai kondisi tersebut mengharuskan perhatian, terutama bagi perawat yang 24 jam bersama pasien untuk memberikan intervensi yang efektif. Langkah terapeutik yang dapat dilakukan sebagai upaya pencegahan dan solusi untuk masalah tersebut adalah dengan menjalankan mobilisasi dini dan program berjalan pasien kritis di ICU. Mobilisasi dini pasien kritis dapat meningkatkan kekuatan otot, menurunkan stres oksidasi dan inflamasi. Cabrera, Domenech & Vina yang disitasi oleh Truong *et al.* (2009), h.3 menyebutkan bahwa selama beraktifitas atau latihan akan memaksimalkan 60%-75% *intake* oksigen dan meningkatkan produksi antioksidan. Mobilisasi dini pasien kritis yang menggunakan ventilator memiliki manfaat meningkatkan kekuatan otot dan pernapasan yang signifikan dalam tiga dan enam minggu, selain itu juga dapat

meningkatkan *outcomes* fungsional pasien (Ling-Ling 2006, hh.1271-1281).

RUMUSAN MASALAH

Apakah ada pengaruh mobilisasi dini terhadap parameter kardiopulmonal pasien kritis di ICU RSUD Sleman?

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif, yaitu eksperimen semu (*Quasi Experiment*) dengan menggunakan desain *one group pre test and post test*. Peneliti ingin mencari pengaruh tindakan mobilisasi dini terhadap parameter kardiopulmonal. Skema desain penelitiannya adalah sebagai berikut:

R→O1→X→O2→O3

Gambar 1
Skema Desain Penelitian

Keterangan:

R: Responden penelitian

O1: Pengukuran parameter kardiopulmonal sebelum perlakuan

X: Intervensi mobilisasi dini sesuai tahapan

O2: Pengukuran parameter kardiopulmonal selama perlakuan

O3: Pengukuran parameter kardiopulmonal segera setelah perlakuan

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien kritis yang dirawat di ICU RSUD Sleman dengan rata-rata jumlah pasien per

bulan adalah sekitar 25 pasien. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. HR<110/min saat istirahat,
2. *Mean arterial blood pressure* antara 60 s.d. 110 mm Hg
3. *fraction of inspired oxygen* <0.6, sedangkan kriteria eksklusinya adalah:
 1. Saturasi oksigen <88%
 2. Hipotensi berkaitan dengan pusing, pingsan dan atau berkeringat
 3. Perubahan dalam irama nadi
 4. Kelelahan yang ekstrim atau sesak napas yang ditunjukkan dengan frekuensi napas >20X/min
 5. Permintaan pasien untuk berhenti.

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus Solvin dengan hasil 24 responden. Sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, setelah mendapatkan responden yang memenuhi kriteria maka dilakukan analisa tingkat keparahan penyakit menggunakan pedoman *Perme & Chandrashekar* pada setiap responden untuk dimasukkan kategori 1,2,3 atau 4. Setelah itu, diberikan tindakan mobilisasi dini dengan pendidikan, positioning, latihan gerak di tempat tidur, latihan berpindah dan berjalan dengan jenis latihan, durasi dan

frekuensi yang disesuaikan dengan kondisi pasien berdasarkan panduan *Perme & Chandrashekar*. Pengukuran parameter kardiopulmonal dilakukan sebelum pemberian intervensi, selama, dan segera setelahnya. Intervensi mobilisasi dan pengukuran dilakukan semuanya oleh perawat ahli di ICU RSUD Sleman.

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah menggunakan analisa deskriptif untuk melihat karakteristik responden dan per karakteristik parameter hemodinamik, sedangkan analisis inferensial menggunakan *repeated meassure annova* untuk menganalisis perbedaan nilai *respiration rate*, *heart rate*, tekanan darah sistolik dan diastolik (data berdistribusi normal) sebelum, selama, dan segera setelah intervensi mobilisasi dini. Perbedaan nilai saturasi oksigen dan MAP menggunakan analisis *Friedman* karena data tidak berdistribusi normal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa jenis kelamin responden adalah sama banyak antara laki-laki dan perempuan, dengan diagnosis medis terbanyak adalah responden dengan masalah *cardiac*, yaitu sindroma koronaria akut dan gagal jantung kongestif. Metode

oksigenasi yang digunakan oleh responden terbanyak menggunakan nasal kanula dengan dosis oksigen terbanyak adalah 4 liter per menit.

Tabel 1 Karakteristik Responden Penelitian (N=24)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	12	50
Perempuan	12	50
Diagnosis Medis:		
<i>Cardiac</i>	17	70,8
<i>Noncardiac</i>	7	29,2
Metode		
Oksigenasi:		
Nasal kanula	16	66,7
<i>Nonrebreathing mask</i>	1	4,2
Tanpa <i>suplement</i>	7	29,2
Dosis Oksigen: (Liter/menit)		
2	1	4,2
3	4	16,7
4	11	45,8
10	1	4,2

Tabel 2 Karakteristik Mobilisasi Responden (N=24)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Kondisi Kekritisian:		
Fase 1	12	50
Fase 2	4	16,7
Fase 3	6	25
Fase 4	2	8,3
Durasi Latihan: (menit)		
15	7	29,2
18	1	4,2
20	4	16,7
25	3	12,5
30	9	37,5
Jenis Latihan:		
Latihan berjalan	7	29,2
Latihan berpindah	3	12,5
Latihan gerak di tempat tidur	6	25
Latihan Positioning	8	33,3

Tabel 2 menunjukkan bahwa fase latihan yang dijalankan, durasi latihan dan jenis latihan didapatkan sebagian responden berada dalam fase 1, yaitu

pasien fase akut dengan problem medis multipel, kondisi tidak stabil, tidak dapat secara penuh berpartisipasi terhadap program latihan, juga meliputi pasien yang memiliki masalah medis tidak signifikan tetapi memiliki kelemahan, toleransi aktifitas terbatas, dan/ atau tidak mampu berjalan. Sebagian besar responden menjalankan mobilisasi dini dengan durasi 30 menit. Jenis latihan terbanyak yang mampu dilakukan oleh responden adalah latihan *positioning* yang meliputi latihan miring kiri, miring kanan, supinasi, duduk pasif, posisi semi fowler, dan fowler tinggi.

Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi sebelum tindakan mobilisasi dini.

Tabel 3 Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi sebelum tindakan mobilisasi dini

Karakteristik	Mean	Standard Deviasi (SD)
HR	78,58	15,92
RR	22,54	6,59
TDS	115,46	17,29
TDD	70,46	12,01
MAP	84	12,40
Saturasi Oksigen	97,08	2,04

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai dasar parameter kardiorespirasi

responden menunjukkan dalam batas toleransi untuk dilakukan program mobilisasi dini sesuai dengan panduan dari Perme.

Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi selama tindakan mobilisasi dini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perubahan nilai parameter kardiorespirasi dari nilai awal selama dilakukan proses mobilisasi dini dengan kecenderungan mengalami peningkatan nilai. Hal yang menjadi fokus adalah terjadinya peningkatan saturasi oksigen selama dilakukan tindakan mobilisasi dini. Lebih rinci mengenai parameter tersebut dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini:

Tabel 4 Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi selama tindakan mobilisasi dini

Karakteristik	Mean	Standard Deviasi (SD)
HR	86,79	16,73
RR	27,63	6,09
TDS	122,38	20,53
TDD	74,71	13,96
MAP	90,88	17,35
Saturasi Oksigen	97,21	2,13

Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi segera setelah tindakan mobilisasi dini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan yang signifikan dari nilai awal sebelum mobilisasi pada parameter kardiorespirasi setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini. Lebih rinci mengenai parameter tersebut dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini:

Tabel 5 Nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), tekanan darah diastolik (TDD), *mean arterial pressure* (MAP), dan saturasi segera setelah tindakan mobilisasi dini

Karakteristik	Mean	Standard Deviasi (SD)
HR	80,75	15,25
RR	23,21	6,93
TDS	117,96	16,63
TDD	74,33	15,68
MAP	87,71	15,38
Saturasi Oksigen	97,33	2,18

Perbedaan parameter kardiorespirasi sebelum, selama, dan segera setelah mobilisasi dini.

Tabel 6 menunjukkan perbedaan nilai HR, RR, TDD, dan MAP antara nilai sebelum dan segera setelah mobilisasi dini yang dianalisis menggunakan *repeated anova*. Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa parameter HR, RR, dan MAP menunjukkan nilai yang signifikan berbeda secara statistik antara sebelum dengan

selama pelaksanaan mobilisasi dini, tetapi tidak berbeda signifikan antara sebelum dan segera setelah pelaksanaan mobilisasi dini. Hanya TDD yang tidak bermakna perubahannya antara sebelum dan selama mobilisasi dini dan berubah secara bermakna nilainya antara sebelum dan segera setelah mobilisasi dini. Lebih jelasnya mengenai uraian tersebut dapat dilihat dalam tabel 6 sebagai berikut

Tabel 6 Perbedaan nilai *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR), tekanan darah sistolik (TDS), dan tekanan darah diastolik (TDD) sebelum, selama, dan segera setelah tindakan mobilisasi dini

Parameter	Perbedaan Rerata (IK 95%)	<i>p</i>
HR sebelum vs selama	8,21 (12,84-3,58)	0.001
HR selama vs segera setelah	6,04 (2,18-9,90)	0.004
HR sebelum vs segera setelah	2,17 (6,52-2,19)	0.314
RR sebelum vs selama	5,08 (7,17-2,99)	0.000
RR selama vs segera setelah	4,42 (2,32-6,52)	0.000
RR sebelum vs segera setelah	0,67 (2,89-1,55)	0.540
MAP sebelum vs selama	0,04 (0,58-0,12)	0.006
MAP selama vs segera setelah	0,01 (0,02-0,04)	0.429
MAP sebelum vs segera setelah	0,02 (0,05-0,00)	0.068
TDD sebelum vs selama	4,25 (8,89-0,39)	0.071
TDD selama vs segera setelah	0,38 (4,56-5,31)	0.876
TDD sebelum vs segera setelah	3,875 (7,07-0,68)	0.020

Nilai TDS berdasarkan analisis data menggunakan Friedman didapatkan bahwa nilai TDS tidak berbeda signifikan antara sebelum, selama, dan segera setelah tindakan mobilisasi dini. Saturasi oksigen juga tidak memiliki perbedaan yang signifikan secara statistik antara nilai sebelum, selama, maupun segera setelahnya. Uraian data tersebut

tercantum dalam tabel 7 dan 8 sebagai berikut:

Tabel 7 Perbedaan nilai TDS sebelum, selama, dan segera setelah tindakan mobilisasi dini

Parameter	Mean ± SD	p
TDS sebelum mobilisasi dini	115,46±17,29	0.288
TDS selama mobilisasi dini	122,38± 20,53	
TDS segera setelah mobilisasi dini	117,96 ±16,63	

Tabel 8 Perbedaan nilai Saturasi Oksigen sebelum, selama, dan segera setelah tindakan mobilisasi dini

Parameter	Mean ± SD	p
Saturasi oksigen sebelum mobilisasi dini	97,08± 2,04	0.299
Saturasi oksigen selama mobilisasi dini	97,21± 2,13	
Saturasi oksigens setelah mobilisasi dini	97,33± 2,18	

Pelaksanaan mobilisasi dini di ICU

Sebagian besar responden memiliki masalah jantung dengan jumlah responden terbanyak mendapatkan terapi oksigen 4 liter per menit. Selain itu, sebagian besar responden juga masuk dalam kondisi kekritisan fase satu, yaitu pasien fase akut dengan problem medis multipel, kondisi tidak stabil, tidak dapat secara penuh berpartisipasi terhadap program latihan, juga meliputi pasien yang memiliki masalah medis tidak signifikan tetapi memiliki kelemahan, toleransi aktifitas

terbatas, dan/atau tidak mampu berjalan. Hal ini menjadikan kondisi pasien cenderung statis/minim untuk dimobilisasikan karena faktor kompleksitas masalah yang dimiliki. Apabila kondisi ini dibiarkan terus, akan menimbulkan dampak yang merugikan.

Kondisi *bed rest* pasien kritis yang terlalu lama dapat menimbulkan berbagai masalah, meningkatkan morbiditas, mortalitas, memperlama waktu perawatan dan menambah biaya perawatan (Perme & Chandrashekar 2009, h.212). Truong tahun 2009, h.1 mensitasi Allen *et al.* & Fortney mencatat hasil studi meta-analisis dari 39 *Randomized Control Trial* tentang efek dari *bed rest* pasien kritis didapatkan bahwa *bed rest* memiliki dampak yang merugikan dan mungkin berkaitan dengan bahaya. Imobilisasi dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan berbagai komplikasi, diantaranya atropi otot, dekubitus, atelektasis, dan demineralisasi tulang. De Letter *et al.* seperti yang di sitasi oleh Truong *et al.* tahun 2009, h.3 menjelaskan bahwa kondisi imobilisasi pasien kritis setelah tujuh hari menggunakan ventilasi mekanik, 25% sampai 33% akan menyebabkan kelemahan neuromuskular. Penelitian yang dilakukan oleh Clavet *et al* (2008) menemukan bahwa kontraktur sendi terjadi pada 61 (39%) pasien dari 155

pasien, 52 (34%) pasien mengalami kontraktur sendi dengan kelemahan fungsi. Lama rawat di ICU menjadi penyebab kontraktur sendi tersebut, lama rawat delapan minggu atau lebih memiliki resiko lebih tinggi terjadi kontraktur sendi dibandingkan lama waktu dua sampai tiga minggu.

Jenis latihan terbanyak yang mampu dilakukan oleh responden adalah latihan *positioning* yang meliputi latihan miring kiri, miring kanan, supinasi, duduk pasif, posisi semi fowler, dan fowler tinggi dengan durasi terlama latihan yang mampu dilakukan adalah 30 menit. Hal ini sesuai dengan Perme & Chandrashekar (2009) bahwa pada pasien kondisi kekritisan fase satu, fokus *positioning* adalah pada pencegahan dekubitus khususnya di tumit, dan *sacrum*. Latihan gerak yang diperkenankan adalah berganti posisi dari satu sisi ke sisi berlawanan diselingi supinasi, dari supin berlatih duduk di tepi tempat tidur diiringi latihan gerak kaki, latihan pernapasan, latihan keseimbangan, aktifitas perawatan diri, dan duduk tanpa bantuan. Apabila pasien mampu untuk berdiri, maka fokus pada berdiri dengan walker (tidak boleh berpindah). Durasi yang diperbolehkan adalah 15-30 menit dengan frekuensi sehari sekali.

Parameter kardiorespirasi responden sebelum dilakukan mobilisasi menunjukkan nilai yang memenuhi batas aman untuk dilakukan mobilisasi dini, sehingga harus segera dilakukan mobilisasi dini. Hal ini sesuai dengan konsep bahwa mobilisasi dini pasien kritis dilakukan segera setelah kondisi fisiologis pasien stabil. Kondisi fisiologis yang stabil memiliki persepsi yang berbeda dari berbagai klinisi. Pada umumnya indikator yang digunakan adalah kondisi respirasi, neurologi dan kardiologi yang stabil. Secara umum terapi latihan fisik yang lebih intensif seperti berpindah atau berjalan jarang dilakukan pada pasien yang menerima ventilasi mekanik. Penelitian yang dilakukan oleh Needham *et al.* Tahun 2007 mendapatkan bahwa hanya 27% pasien dengan *acute lung injury* yang menerima terapi latihan fisik, dan hanya dilakukan selama 6% dari hari perawatan. Studi lainnya yang dilakukan oleh Winkelman, Higgins, & Chen tahun 2005 terhadap 20 pasien dengan kondisi fisiologis stabil yang dirawat lima sampai 15 hari tercatat bahwa aktifitas terapeutik dari pergerakan sederhana dan latihan rentang gerak jarang dilakukan, yaitu hanya 1,5% yang meliputi latihan fisik yang lebih intensif seperti duduk di kursi atau berdiri. Studi pasien dengan

trakeostomi yang dilakukan oleh Bahadur, Jones, Ntoumenopoulos (2008) menemukan bahwa hanya 63% pasien yang dilatih duduk di luar tempat tidur (Truong *et al* 2009, h.4).

Vollman (2010) menjelaskan mobilisasi dini sebagai *progressive mobility*, yaitu derajat aplikasi dari teknik *positioning* dan mobilisasi yang meliputi: elevasi kepala tempat tidur, *manual turning*, ROM aktif dan pasif, *continuous lateral rotation therapy* (CLRT), posisi pronasi, pergerakan melawan gravitasi, posisi duduk di tempat tidur, posisi duduk di kursi, berdiri dan bergerak atau berpindah. *Manual turning* merupakan intervensi untuk merubah posisi pasien setiap dua jam dari posisi miring kiri ke kanan dan posisi supinasi yang dilakukan secara manual (Powers & Daniels 2004, h.2). CLRT adalah teknik memutar atau merubah posisi pasien dengan sudut kurang dari 40 derajat sepanjang axis longitudinal (Powers & Daniels 2004, h.3). CLRT dilakukan dengan cara memberikan pergerakan yang terus menerus pada frame tempat tidur pasien yang merotasi pasien dari satu sisi ke sisi yang berlawanan. Memerlukan evaluasi kondisi pasien sebelum memberikan CLRT, diantaranya: PaO₂/FIO₂ ratio (P/F ratio) menunjukkan nilai 300, oksigenasi pasien dan PEEP

diperlukan untuk mendapatkan level PaO₂ normal dan pengkajian mengenai infiltrat serta atelektasis menggunakan radiografi (Culpepper 2010, h.5). Mobilisasi dini dilakukan dengan menggerakkan pasien dari posisi supinasi menuju posisi duduk dengan bantuan atau dari tempat tidur menuju ke kursi. Sebelum melakukan tindakan tersebut, terlebih dahulu pasien harus dilatih untuk menguatkan lengan dan kaki serta diajarkan teknik energi konservasi. Pasien dianggap toleran jika dapat melakukan lima menit program latihan tanpa adanya napas pendek (Stephens 2009, hh. 31-32).

Perme & Chandrashekar tahun 2009, hh.212-221 menjelaskan program mobilisasi dini dan berjalan untuk pasien kritis dilakukan secara progresif berdasarkan kemampuan fungsional pasien dan kemampuan untuk toleransi terhadap program yang diberikan. Program mobilisasi dini dan latihan berjalan dilakukan melalui empat fase. Setiap fase meliputi panduan terhadap pengaturan posisi, latihan terapeutik, berpindah, pendidikan berjalan, dan durasi serta frekuensi setiap sesi latihan. Kriteria untuk menuju ke fase berikutnya yang lebih intensif juga ada panduannya. Evaluasi kondisi fisik pasien penting untuk

menetapkan dan mengevaluasi tujuan yang akan dicapai.

Perbedaan parameter kardiorespirasi sebelum, selama, dan segera setelah mobilisasi dini

Terdapat perbedaan yang signifikan nilai frekuensi napas, frekuensi jantung, dan MAP antara sebelum dan selama mobilisasi dengan *p value* berturut-turut 0.000,0.001,0.034. Kondisi tersebut terjadi oleh karena adanya mekanisme kompensasi terhadap adanya aktivitas yang dapat memberikan rangsangan simpatis untuk meningkatkan fungsi organ kardiorespirasi guna mencukupi kebutuhan oksigenasi (curah jantung) dan perfusi jaringan. Sesuai dengan penjelasan Vollman (2010) bahwa masalah hemodinamik yang tidak stabil muncul karena ketika pasien merubah posisi gravitasi dari berbaring menuju duduk atau berdiri, tubuh akan berespon secara fisiologis untuk beradaptasi menjaga homeostatis fungsi kardiovaskuler. Prosesnya melalui dua cara: volume plasma berpindah yang memberikan pesan kepada syaraf otonom untuk merubah tahanan vaskuler atau bagaian dalam telinga atau respon vestibulum yang berdampak pada sistem kardiovaskuler selama perubahan posisi. Pasien kritis biasanya memiliki

tahanan vaskuler yang jelek, umpan balik otonom yang jelek, sistem kardiovaskuler yang memburuk hal ini membuat adaptasi yang buruk terhadap perubahan posisi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Penelitian William D Schweickert *et al.* (2009) menemukan bahwa dalam 498 sesi latihan, didapatkan desaturasi oksigen kurang dari 80% dari keseluruhan sesi. Penghentian aktivitas terapi latihan fisik karena kondisi pasien yang tidak stabil terjadi pada 19 (4%) dari semua sesi latihan, terjadi pada pasien yang menerima *ventilator asynchrony*. Pemberian mobilisasi dini pada awal hari perawatan aman dan dapat ditoleransi dengan baik oleh pasien, serta menghasilkan fungsional *outcome* yang baik, memperpendek durasi delirium dan menambah hari tanpa penggunaan ventilator.

Mobilisasi meningkatkan heart rate (HR) dan menurunkan *stroke volume index* (SVI). Ventricular stroke work index menurun, mengindikasikan penurunan *myocardial performance*. *Myocardial function* menurun pada pagi pertama setelah CABG, tetapi selama mobilisasi pos operasi penurunan yang terjadi tidak signifikan berpengaruh dalam perubahan CI dan S_vO_2 . Mobilisasi dini aman dilakukan (I. Kirkeby garstad, R. Stenseth dan O. F. M. Sellevold, 2005).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai frekuensi napas, frekuensi jantung, tekanan darah sistolik, MAP, dan saturasi oksigen antara sebelum dan segera setelah mobilisasi dini dengan *p value* berturut-turut 0.540, 0.314, 0.288, 0.198. Hal ini sesuai dengan penelitian Kirkeby-Garstad *et al.*, (2005) menunjukkan pasien dengan rentang EF 24% sampai 87% tidak ditemui masalah klinis saat dilakukan mobilisasi. S_vO_2 saat istirahat $65.4 \pm 4.9\%$ pada hari ke-1 dan $64.3 \pm 5.8\%$ pada hari ke-2. Selama mobilisasi, *cardiac index* dan *oxygen delivery* menurun dan konsumsi oksigen meningkat. *Oxygen extraction* meningkat, menurunkan S_vO_2 $42.9 \pm 8.3\%$ hari ke-1 dan $47.4 \pm 8.5\%$ hari ke-2. Pasien yang mengalami penurunan S_vO_2 mengalami pemulihan yang cepat dan komplit, mobilisasi dini pasien CABG aman dilakukan.

Penelitian lain mendapatkan hasil bahwa *transien lumbal pain* (TLP) terjadi pada 23% pasien. Tidak ada perbedaan antara mobilisasi dini dengan mobilisasi akhir. Mobilisasi dini tidak berperan secara signifikan dalam meningkatkan risiko TLP. Mobilisasi dini aman dilakukan (A.Lindh, Andersson, dan Westman, 2001). Mobilisasi menurunkan reduksi S_vO_2 $17.7 \pm 7.4\%$ pre- dan $19.0 \pm 5.5\%$ post-

operasi. Uji ANOVA mendapatkan hasil tidak ada perbedaan efek S_vO_2 antara pre dan pos operasi. Level S_vO_2 turun pada pos operasi saat latihan berdiri 55% sebelum dan 49% setelah pembedahan.

Penelitian Kelly Anne Pennington Caraviello, Lynne S. Nemeth, Bonnie Pleasants Dumas (2008) mengungkap bahwa kejadian VAP mengalami penurunan. Sebagian besar pasien (95.2%) dapat toleransi terhadap BCP, dengan hanya 4.8% pasien yang tidak mampu duduk 60 menit penuh di BCP. Alasan tidak mampu duduk penuh karena kejadian kardiovaskuler 36% dari seluruh waktu latihan, kejadian neurologi 21%, takikardi atau hipotensi dapat dikoreksi dengan mudah oleh petugas. Pasien yang menghentikan dari BCP karena masalah respirasi hanya 8%. Pasien ditempatkan di BCP 4 kali sehari, 25,6% dari seluruh waktu pasien tidak ditempatkan di BCP karena masalah fisiologis seperti HR, tekanan darah. BCP merupakan metode mobilisasi dini yang aman untuk dilakukan pada pasien kritis, dapat menurunkan kejadian VAP dan meningkatkan fungsi pernapasan.

Penelitian Christiane S. Perme *et al.*, (2003) mendapatkan hasil fungsional yang signifikan dapat dilakukan pasien, pasien mampu berjalan 600 kaki dan

mamudahkan proses *weaning* pindah keluar ICU. Transplantasi berjalan sukses enam minggu setelah *weaning* ventilator. Memberikan latihan mobilisasi progresif pada pasien dengan LVAD yang menggunakan ventilator membantu proses *weaning* dan meningkatkan *outcomes* transplantasi. Mobilisasi dini aman dilakukan

Penelitian Peter Langhorne *et al.*, (2008) mendapatkan hasil randomisasi pada 32 pasien, *early mobility* (EM) pasien signifikan untuk dilakukan mobilisasi sangat dini (1 jam randomisasi) dan dapat berjalan pada hari ke-5. Mendapatkan komplikasi yang lebih kecil dari latihan mobilisasi. Grup *Automated physiological monitoring* (AM) signifikan mengalami komplikasi fisiologis. Meskipun demikian, secara statistik untuk keamanan pasien tidak signifikan.

Mobilisasi dini dan program berjalan merupakan program yang fisibel dan aman untuk diimplementasikan pada pasien kritis. Program ini meliputi latihan progresif yang dilakukan secara bertahap dengan pemantauan respon pasien secara ketat dan terus menerus. Penghentian program latihan dapat dilakukan jika ditemukan tanda-tanda kegawatan, seperti yang dijelaskan oleh Perme & Chandrashekar tahun 2009 dalam sebuah

standar acuan untuk menghentikan program latihan. Setiap aktivitas program latihan akan berdampak pada perubahan status pasien terutama hemodinamik, meliputi : takikardi, hipotensi, penurunan S_vO_2 (Caraviello, Nemeth & Dumas, 2008 & Garstad *et al.*, 2005), namun hal tersebut tidak menjadi masalah utama untuk tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien kritis karena rata-rata masalah tersebut tidak berdampak signifikan dan dapat diatasi dengan penuh dan mudah oleh tim. Jenis aktivitas program latihan bermacam-macam menyesuaikan sumberdaya manusia, teknologi serta iklim yang ada. Jika mengacu pada standar Perme & Chandrashekar tahun 2009 maupun Vollman, maka jenis latihan meninggikan kepala tempat tidur termasuk dalam mobilisasi dini pasien kritis. Namun jika mengacu pada Bernhardt *et al.* (2007) tidak. Hal ini tidak menjadi perdebatan atau pertentangan karena hanya masalah kosakata saja. Bernhardt *et al.* menganggap meninggikan kepala tempat tidur sebagai *bedrest* karena tidak berpindah posisi. Namun keduanya berpendapat posisi tersebut bermanfaat untuk pasien. Sehingga jenis program latihan tersebut tetap dapat dilakukan.

Mobilisasi pasien kritis membawa banyak manfaat untuk pasien. Membantu

proses *weaning*, menambah *outcome* penyembuhan pasien (Christiane S. Perme *et al.* 2006, hh 130-133), memperpendek durasi delirium, menambah hari tanpa penggunaan ventilator (Schweickert *et al.* 2009, hh.1874-1882), menurunkan angka kejadian VAP, memperkuat fungsi pernapasan (Caraviello, Nemeth & Dumas 2008, hh.9-11), meningkatkan kekuatan otot, pernapasan, dan meningkatkan *outcomes* fungsional pasien (Ling-Ling 2006, hh.1271-1281). Meskipun demikian, program ini jarang diimplementasikan pada pasien kritis. *Barrier* utama adalah perubahan hemodinamik, ketersediaan sumberdaya manusia, peralatan, dan masalah budaya. Masalah hemodinamik dapat diatasi dengan melatih pasien untuk toleran terhadap perubahan posisi daripada membiarkan dalam posisi supinasi yang statis. Rotational terapi, *continuous lateral rotation therapy* (CLRT) dapat digunakan untuk melatih toleransi pasien karena kecepatan putaran lebih pelan daripada manual turning. Jika instabilitas tidak parah, praktisi dapat menolong adaptasi kardiovaskuler dengan menggerakkan pasien secara pelan. Ketika pasien toleran, praktisi harus mengingat bahwa pasien kritis membutuhkan waktu 5-10 menit untuk toleransi terhadap perubahan posisi (Vollman 2010, h. 4). Sumberdaya,

peralatan dan budaya dapat dimodifikasi sedemikian rupa. Meskipun idealnya program latihan didampingi oleh berbagai terapis namun dalam pelaksanaannya dapat *dihandle* oleh salah satu praktisi tetapi dengan tidak mengabaikan praktisi lainnya. Kerjasama, komunikasi dan diskusi kondisi pasien, tujuan yang akan dicapai serta strategi pelaksanaan harus berada dalam satu visi dan satu pemahaman. Pendidikan serta penyamaan persepsi tentang manfaat mobilisasi dini perlu dilakukan pada sumberdaya yang belum memiliki keyakinan tentang manfaat mobilisasi dini. Peralatan juga dapat dimodifikasi dengan memanfaatkan peralatan seadanya namun memiliki fungsi yang hampir sama. Misalkan jika tidak ada bed chair atau komodo atau walker maka dapat menggunakan kursi biasa, kursi dorong, maupun tepian tembok yang memiliki handle pegangan dapat digunakan untuk program latihan.

Berbagai penelitian mengenai pengaruh latihan mobilisasi terhadap status maupun fungsi fisiologis pasien tidak ada yang menyimpulkan untuk tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien kritis ataupun menyatakan mobilisasi dini berbahaya untuk pasien kritis. Bahkan, penelitian Kirkeby-Garstad *et al.* tahun 2005 dan Christiane S. Perme *et al.* tahun

2003 menyatakan mobilisasi dini aman dan bermanfaat untuk pasien dengan masalah kardiovaskuler CABG maupun LVAD. Berbagai manfaat mobilisasi dini serta dampak negatif yang tidak signifikan dan dapat diatasi dengan baik, maka masalah *patient safety* tidak perlu untuk dikhawatirkan jika tim tetap memperhatikan kaidah, protokol atau acuan dalam memobilisasi pasien kritis.

KESIMPULAN

Mobilisasi dini pasien kritis menggunakan panduan Perme & Chandrashekar (2009) aman untuk dilakukan di ICU, karena tidak terdapatnya perubahan yang signifikan pada parameter kardiorespirasi sebelum dan segera setelah mobilisasi dini. Perawat diharapkan tidak perlu takut/ragu melakukan mobilisasi dini pasien kritis, tetapi harus dengan tetap memperhatikan standar keamanan dan pengkajian kondisi pasien yang ketat sehingga aman dan bermanfaat untuk pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amy, NH, Enniss, T, Martin, RS, Miller, PR, Long, DM *et al.* 2010, 'Surgical intensive care unit mobility is increased after institution of a computerized mobility order set and intensive care unit mobility protocol: a prospective cohort analysis', *The American Surgeon*, vol.76, no.8 pp. 818-22
- Bell, L 2009, 'Achieving early mobility in mechanically ventilated patients', *American Journal of Critical Care*, vol.18, no.3, p.222
- Bernhardt, J, Indredavik, B, Dewey, H, Langhorne, P, & Lindley, R 2007, 'Mobilisation in bed is not mobilisation', *Cerebrovascular Diseases*, vol.24, pp. 157-58
- Caraviello, KAP, Nemeth, LS, & dumas, BP 2010, 'Using the beach chair position in icu patients, critical care nurse', vol.30, no.2, pp. 9-11
- Chandrashekar, R, 2009, 'PTs create new models of efficiency', *PT Magazine*, July 2009, pp. 28-33.
- Charet, & Genevieve, P, 2010, 'To reduce icu stays, get patients moving', *Hospitals & Health Networks*, vol.84, no.8, p. 14
- Clavet, H, Hébert, PC, Fergusson, D, Doucette, S, & Trudel, G 2008, 'Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit', *Canadian Medical Association*, vol.178, no.6, pp. 691-97
- Culpepper, LS 2010, 'Continuous lateral rotation therapy', *Critical Care Nurse*, vol.30, no.2, pp. 5-7
- Garstad, K, Sellevold, OFM, Stenseth, R, & Skogvoll, E 2005, 'Mixed venous oxygen desaturation during early mobilization after coronary artery bypass surgery', *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 49, pp. 827-34
- Garstad, K, Stenseth, R, & Sellevold, OFM 2005, 'Post-operative myocardial dysfunction does not affect the physiological response to early mobilization after coronary artery bypass grafting', *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 49, pp. 1241-47
- Goldhill, DR, Badacsonyi, A, Goldhill, AA, & Waldmann, C 2008, 'A

- prospective observational study of ICU patient position and frequency of turning', *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol.63, pp. 509–15
- Izumi, Y, Amaya, F, Hosokawa, K, Ueno, H, Hosokawa, T *et al.* 2010, 'Five-day pain management regimen using patient-controlled analgesia facilitates early ambulation after cardiac surgery', *Journal Anesthesiologists*, vol.24, pp.187-91,
- Jan, P & Dawn, D 2004, 'Turning points: implementing kinetic therapy in the icu', *Nursing Management*, vol.35, no. 5, pp. 1-8
- Langhorne, P, Stott, D, Knight, A, Bernhardt, J, & Barer, D *et al.* 2010, 'Very early rehabilitation or intensive telemetry after stroke: a pilot randomised trial', *Cerebrovascular Diseases*, vol.29, pp. 352–60
- Lindh, A, Andersson, AS, & Westman, L 2001, 'Is transient lumbar pain after spinal anaesthesia with lidocaine influenced by early mobilisation?', *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 45, pp. 290–93
- Ling-Ling, Chiang, Ying, Lwang, Wu *et al.* 2006, 'Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation', *Journal Physical Therapy*, vol.86, no.9, pp.1271-81
- McCance, K., & Huether, S.E. (2006). *Pathophysiology the Biologic Basis for Diseases in Adults and Children*. Vol.2. Philadelphia: Elsevier's Mosby
- Perme, C , & Chandrashekar, R 2009, 'Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care', *American Journal of Critical Care*, vol.18, no.3, pp. 212–21
- Perme, CS, Southard, PTRE, Joyce, DL, Noon, GP, & Loebe, M 2006, 'Early mobilization of LVAD recipients who require prolonged mechanical ventilation', *Texas Heart Institute*, vol.33, no.2, pp. 130–33
- Ross, AG, & Morris, PE 2010, 'Safety and barriers to care', vol.30, no.2, pp. 11–13,
- Schweickert, WD, Pohlman, MC, Pohlman, AS, Nigos, C, & Pawlik, AJ *et al.* 2009, 'Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial', vol.373, pp. 1874–82
- Sole, M.L., Klein, D.G., & Moseley, M.J. 2009, *Introduction to Critical Care Nursing*, Missouri: Saunders Elsevier
- Stillwell, S.B. 2011. *Mosby's Critical Care Nursing Reference*. Diterjemahkan oleh Yudha, E.K dalam *Pedoman Keperawatn Kritis*. Jakarta:EGC
- Truong, AD, Fan, E, Brower, RG, & Needham, DM 2009, 'Bench-to bedside review: mobilizing patients in the intensive care unit-from pathophysiology to clinical trials', *Critical Care*, vol.13, no.216, pp. 1-8
- Vollman, KM 2010, 'Introduction to progressive mobility', *Critical Care Nurse*, vol.30, no.2, pp. 3–4

Prosiding ini di publikasikan oleh :
Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
Jl. Bandung - Sumedang Km 21 Jatinangor 45363
West Java, Indonesia
<http://www.fkep.unpad.ac.id/>

ISBN 978-602-14422-6-5



9 786021 442265