

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

##### **1. Pengertian stroke non hemoragik**

Stroke non hemoragik merupakan keadaan sementara atau temporer dari disfungsi neurologik yang dimanifestasikan oleh kehilangan fungsi motorik, sensorik atau visual secara tiba-tiba. Stroke iskemik atau stroke non hemoragik terjadi akibat obstruksi atau bekuan (thrombus) yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau pembuluh organ distal (Price & Wilson, 2006). Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013).

##### **2. Etiologi stroke non hemoragik**

Penyebab stroke non hemoragik disebabkan oleh faktor yaitu hipertensi, merokok, peningkatan kolesterol, dan obesitas (Muttaqin, 2014).

###### **a. Peningkatan kolesterol**

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya thrombus sehingga aliran darah menjadi lambat untuk menuju ke otak, kemudian hal itu dapat menyebabkan perfusi otak menurun.

###### **b. Obesitas**

Obesitas atau kegemukan merupakan seseorang yang memiliki berat badan berlebih dengan IMT lebih besar daripada 27,8 kg/m<sup>2</sup>.

c. Merokok

Pada perokok akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

### **3. Patofisiologi stroke non hemoragik**

Stroke non hemoragik terjadi karena sumbatan yang diakibatkan oleh bekuan di dalam arteri besar pada sirkulasi sereberum, sumbatan atau obstruksi ini dapat disebabkan oleh emboli maupun thrombus (Robbins, 2007). Thrombus terbentuk akibat plak dari aterosklerosis sehingga sering kali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ di tempat terjadinya thrombosis. Aterosklerosis merupakan insiator utama thrombosis yang berkaitan dengan kehilangan endotel dan aliran vascular abnormal, selain itu akan menimbulkan obstruksi (Robbins, 2007). Potongan-potongan thrombus terutama thrombus kecil yang biasanya disebut dengan emboli akan lepas dan berjalan mengikuti aliran darah (Ganong, 2012).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, sehingga hal itu menyebabkan aliran darah menuju ke otak menjadi berkurang. Sel otak yang kekurangan oksigen dan glukosa dapat menyebabkan asidosis, akibat asidosis natrium, klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak. Hal tersebut dapat mengakibatkan edema setempat. Kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas, kemudian terjadi kerusakan membrane sel dan tubuh mengalami gangguan neuromuscular (Esther, 2010).

### **4. Gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik**

a. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

b. Etiologi gangguan mobilitas fisik

Penyebab gangguan mobilitas fisik salah satunya adalah gangguan neuromuscular (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Gangguan neuromuscular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Rianawati & Rahayu, 2015).

Gangguan neuromuskular diawali karena adanya thrombus atau emboli yang menyumbat pembuluh darah. Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat, maka akan terjadi hipoksia serebral atau kekurangan  $O^2$  pada otak. Kekurangan  $O^2$  selama satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area. Area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan area 6 dimana area tersebut adalah bagian korteks, tepatnya korteks frontalis yang merupakan area motorik primer (Ganong, 2012). Kerusakan area motorik pada bagian Upper Motor Neuron (UMN) akan menyebabkan paralisis atau kehilangan gerak yang disadari (Smeltzer & Bare, 2011)

c. Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik

Faktor yang dapat mempengaruhi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik yaitu usia, gaya hidup dan riwayat Trans Iskemik Attack (TIA)

1) Usia

Usia mempengaruhi perubahan sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal mengalami perubahan sepanjang proses penuaan. Sebagian besar anggota gerak

mengalami kelemahan, hal ini mengakibatkan gangguan mobilitas meningkat seiring dengan peningkatan usia. Kejadian ini menyebabkan otot-otot tidak mampu bergerak sepenuhnya, sehingga menyebabkan kelemahan pada ekstremitas. (Price & Wilson, 2006)

## 2) Gaya Hidup

Gaya hidup merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan mobilitas fisik karena tingginya angka ketidakpatuhan seseorang terutama kaum laki-laki untuk mengontrol makanan yang kurang sehat seperti makanan yang mengandung kolesterol, merokok dan kurang melakukan aktivitas fisik (Sudoyo, 2010).

## 3) Riwayat Trans Iskemik Attack (TIA)

Terjadinya gangguan neurologis setempat yang biasanya terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam. (Wijaya & Putri, 2013). TIA merupakan suatu tanda peringatan yang penting akan kemungkinan datangnya stroke (Price & Wilson, 2006).

### d. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Gangguan neuromuscular terjadi karena thrombus atau emboli yang menyumbat pembuluh darah. Thrombus terbentuk akibat plak dari aterosklerosis sehingga sering kali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ di tempat terjadinya thrombosis. Aterosklerosis merupakan insiator utama thrombosis yang berikatan dengan kehilangan endotel dan aliran vascular abnormal. Selain itu akan menimbulkan obstruksi (Robbins, 2007). Potongan-potongan thrombus terutama thrombus yang kecil yang biasanya disebut dengan emboli akan lepas dan berjalan

mengikuti aliran darah (Ganong, 2012). Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat, maka akan terjadi hipoksia serebral atau kekurangan  $O^2$  pada otak. Kekurangan  $O^2$  selama satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area. Area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman tepatnya area 4 dan area 6 dimana area tersebut adalah bagian korteks, yakni korteks frontalis yang merupakan area motorik primer (Ganong, 2012). Kerusakan area motorik pada bagian Upper Motor Neuron (UMN) akan menyebabkan paralisis yakni kehilangan gerak yang disadari atau gerakan tidak terkoordinasi, akibat dari adanya gerakan yang tidak terkoordinasi akan menyebabkan ras cemas saat melakukan pergerakan (Smeltzer & Bare, 2011)

Neuron motorik spinalis secara teratur melepaskan arus balik kolateral yang bersinaps dengan interneuron inhibitorik. Impuls yang berasal dari neuron motorik mengaktifkan interneuron inhibitorik untuk melepaskan mediator inhibisi yang menghentikan pelepasan implus dari neuro motorik. Hal ini akan menurunkan masukan  $Ca^{2+}$  akibatnya akan menurunkan jumlah transmitter eksitatorik yang dilepaskan. Potensial aksi diantarkan keseluruhan fibril yang terdapat di serabut otot melalui system T. Hal ini memicu pelepasan ion  $Ca^{2+}$  dari sisterna terminalis, yaitu kantung lateral reticulum sarkoplasma yang bersebelahan dengan sistem T.  $Ca^{2+}$  memicu kontraksi dengan mengikat troponin C (Ganong, 2012).

Pada keadaan otot beristirahat, troponin I terikat pada aktin dan tropomyosin menutupi tempat untuk mengikat kepala myosin di molekul aktin. Kompleks troponin-tropomiosin akan membentuk protein relaksasi yang menghambat atau menurunkan interaksi aktin dan myosin. Apabila ion  $Ca^{2+}$  yang dilepaskan oleh potensial aksi berikatan dengan troponin C, troponin I dan aktin kemudian

melemah. Ini mengakibatkan tropomiosin bergerak ke lateral. Apabila konsentrasi kalsium diluar sarkoplasma meningkat maka interaksi antara aktin myosin akan berhenti dan otot melemah. Sehingga terjadi penurunan kekuatan otot, otot menjadi lemah, sendi kaku, ROM menurun dan pada keadaan lebih lanjut dapat terjadi kontraktur. ATP kemudian terurai dan akan menimbulkan kontraksi (Ganong, 2012). Akibat adanya kontraksi akan menimbulkan rasa nyeri saat bergerak dan akan mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga menimbulkan rasa enggan untuk melakukan sebuah pergerakan (Axanditya, 2014).

e. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada gangguan mobilitas fisik antara lain :

Tabel 1  
Tanda Dan Gejala Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

(Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic. 2017)

f. Dampak

Dampak yang terjadi apabila gangguan mobilitas fisik tidak segera diatasi yaitu hemiplegia/hemiparesis, kontraktur dan spastisitas (Satyanegara, 2010).

### 1) Hemiplegia/Hemiparesis

Kelainan ini merupakan gangguan fungsi motorik karena terjadinya lesi pada bagian Upper Motor Neuron (UMN) yang mengakibatkan kelumpuhan pada separuh sisi tubuh, terutama pada bagian lengan dan tungkai.

### 2) Kontraktur

Kontraktur disebabkan oleh pemendekan otot dan sendi yang menyebabkan deformitas dan keterbatasan gerak sendi. Kontraktur terjadi karena transport  $Ca^{2+}$  ke dalam retikulum dihambat sehingga tidak terjadi relaksasi meskipun tidak ada potensial aksi.

### 3) Spastisitas

Spastisitas merupakan suatu keadaan peningkatan tonus otot dalam otot yang lemah. Pada awalnya tahanan diakibatkan oleh adanya tegangan yang cepat diikuti dengan relaksasi secara tiba-tiba.

### g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi sedini mungkin saat kondisi neurologis dan hemodinamik penderita sudah membaik atau stabil. Mobilisasi harus dilakukan secara rutin dan terus-menerus. Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan untuk rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah dampak yang timbul akibat gangguan mobilitas fisik. Latihan ROM adalah jenis latihan yang dilakukan untuk memperbaiki dan meningkatkan ketahanan gerak sendi normal (Mustaqib, 2013). Selain itu, ROM merupakan suatu latihan yang dilakukan pada sendi untuk dapat memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, pasien akan menggerakkan masing-

masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif (Sudoyo, 2010).

ROM pasif adalah latihan yang diberikan kepada pasien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi karena pasien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga pasien memerlukan bantuan perawat atau keluarga. ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Tujuan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk. Latihan ini merupakan salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme coping penderita.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan kegiatan menganalisis informasi, yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, kemudian nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dengan diagnosa keperawatan yang berfokus pada masalah atau resiko. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medic (Nanda, 2018). Pengkajian melibatkan beberapa langkah-langkah di antaranya yaitu pengkajian skrining.



Dalam pengkajian skrining hal yang pertama dilakukan adalah pengumpulan data. Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara (anamnesa), pengamatan (observasi), dan pemeriksaan fisik (*physical assessment*). Langkah selanjutnya setelah pengumpulan data yaitu lakukan analisis data dan pengelompokan informasi.

Selain itu, terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Dalam hal ini, masalah yang diambil termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat. Pengkajian pada masalah gangguan mobilitas fisik meliputi :

a. Identitas

Identitas pasien yang harus dikaji meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor rekam medis, tanggal MRS, diagnosa medis.

b. Data keluhan utama : keluhan utama merupakan faktor yang sangat mendorong pasien untuk mencari pertolongan. Keluhan yang utama pada pasien stroke non hemoragik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

c. Data riwayat penyakit sekarang : pasien stroke non hemoragik diawali gangguan neuromuskular. Gangguan neuromuscular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian

korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Rianawati & Rahayu, 2015)

d. Data riwayat penyakit keluarga : riwayat keluarga dihubungkan dengan adanya penyakit keturunan yang di derita seperti misalnya hiperkolesterol, hipertensi dan storke ringan yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik

e. Data fisiologis

Pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) yaitu :

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

b) Objektif : Rentang gerak (ROM) menurun

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

f. Kemampuan mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut:

Tabel 2  
Kemampuan Mobilitas

Tingkat	Kategori
<b>Aktivitas/Mobilitas</b>	
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain,
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

(Sumber: Hidayat, Aziz Alimul. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. 2012).

a. Kekuatan otot dan gangguan koordinasi

Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan skala, presentase kekuatan otot dan karakteristik.

Tabel 3  
Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi

Skala	Presentasi	Karakteristik
	kekuatan otot	
1	2	3
0	0	Paralissi sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitas dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

(Sumber: Hidayat, Aziz Alimul. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. 2012).

b. Perubahan psikologis

Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan oleh adanya gangguan mobilitas fisik antara lain: perubahan perilaku, peningkatan emosi, perubahan dan mekanisme coping.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik. Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala.

Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk jenis kategori diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi. Tanda dan gejala mayor gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dan secara objektif yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Tanda dan gejala mayor minor dari gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, secara objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, ostemalasia dan keganasan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

### **3. Perencanaan keperawatan**

Setelah merumuskan diagnosa dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien. Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian *computer-based*). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi

sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari tabel intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

Klasifikasi intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis dan termasuk dalam subkategori aktivitas dan istirahat yang memuat kelompok intervensi untuk memfasilitasi pasien dalam meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan tujuan. Dalam hal ini tujuan yang diharapkan pada klien dengan gangguan mobilitas fisik yaitu : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik antara lain : dukungan mobilisasi dan pengaturan posisi.

Tabel 4  
Perencanaan Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan dengan Gangguan Mobilitas Fisik

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kecemasan menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8) Gerakan terbatas menurun 9) Kelemahan fisik menurun	<b>Dukungan mobilisasi</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas 4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <b>Edukasi</b> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini



1	2	3	4
			<p>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p><b>Pengaturan posisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Monitor status oksigenasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif</p> <p>2) Hindari gerakan menempatkan klien yang dapat meningkatkan nyeri</p>

*Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018*

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak

implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Data Subjektif (S) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan, dan yang terakhir adalah planning (P) merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Dinarti, 2013).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan. Selain itu juga untuk menilai pencapaian tujuan, baik tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, dan mendapatkan informasi yang tepat dan jelas untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan (Deswani, 2011).