

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Stroke Non Hemoragik

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat suplai darah ke bagian otak. Sekitar 85% dari segala jenis stroke adalah stroke non hemoragik (Brunner & Suddarth, 2013). Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder (Wijaya and Putri, 2013).

2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Penyebab stroke dapat dibagi tiga, yaitu :

a. Thrombosis serebri

Smeltzer (2005) dalam Wijaya & Putri (2013) aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang menjadi penyebab paling umum dari stroke. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan local dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis Price & Wilson (2006) dalam Wijaya & Putri (2013). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi.

b. Emboli serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita

thrombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung Price & Wilson (2006) dalam Wijaya & Putri (2013).

3. Tanda dan gejala Stroke Non Hemoragik

Tanda dan gejala stroke cukup beragam bergantung pada arteri yang terkena serta daerah otak yang diperdarahi, intensitas kerusakan, dan luas sirkulasi kolateral yang terbentuk (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017). Gejala pada pasien stroke menurut Wijaya & Putri (2013) antara lain:

a. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik misalnya hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh), hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh), dan menurunnya tonus otot normal.

b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya disartria yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti, disfasia atau afasia yaitu kehilangan bicara yang terutama ekspensif/reprensif dan apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi meliputi homonimus hemianopsia, amorfosintesis, gangguan hubungan visual spasial dan kehilangan sensori.

4. Pemeriksaan penunjang Stroke Non Hemoragik

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala yang dialami, gejala mulai dirasakan dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. Salah satu pemeriksaan yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan tekanan darah dan denyut jantung serta pemeriksaan bruit di atas arteri karotid untuk memeriksa adanya aterosklerosis (Haryono and Utami, 2019). Menurut Batticaca (2011), pemeriksaan yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan klinis melalui anamnesis dan pengkajian fisik (neurologis) meliputi:

- a. Riwayat penyakit dahulu seperti hipertensi, jantung, DM, disritmia, ginjal dan pernah mengalami trauma kepala
- b. Riwayat penyakit keluarga seperti hipertensi, jantung dan DM
- c. Pengkajian pola aktivitas seperti pasien sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot dan gangguan tingkat kesadaran)
- d. Sirkulasi meliputi hipertensi, jantung, disritmia dan gagal ginjal kronis
- e. Pengkajian pola makan/minum meliputi nafsu makan berkurang, mual, muntah pada fase akut, hilang sensasi pengecapan pada lidah dan gangguan menelan
- f. Neurosensorik seperti sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motoric dan reaksi pupil tidak sama
- g. Kenyamanan pasien meliputi sakit kepala dengan intensitas yang berbeda dan gelisah
- h. Pernafasan seperti merokok sebagai faktor risiko dan tidak mampu menelan karena batuk
- i. Interaksi social meliputi masalah bicara dan tidak mampu berkomunikasi.

5. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Upaya yang dilakukan harus berfokus kepada kelangsungan hidup pasien dan pencegahan komplikasi lebih lanjut. Perawatan yang efektif menekankan pengkajian neurologi yang berkesinambungan, dukungan respirasi, pemantauan tanda-tanda vital secara terus menerus, pengaturan posisi tubuh yang seksama untuk mencegah aspirasi serta kontraktur, pemantauan yang cermat terhadap status cairan serta elektrolit, status gizi pasien dan waspada terhadap tanda-tanda bahwa pasien harus mengejan pada saat defekasi karena tindakan ini akan menaikkan tekanan intrakranial (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017). Menurut Wijaya & Putri (2013) penatalaksanaan stroke dibagi menjadi penatalaksanaan umum, medis dan khusus/komplikasi meliputi:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral decubitus bila disertai muntah dan dilakukan mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat, bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit
- 3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter
- 4) Kontrol tekanan darah dan pertahakan tetap normal
- 5) Suhu tubuh harus dipertahankan
- 6) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau terjadi penurunan tingkat kesadaran dianjurkan pemasangan NGT
- 7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Anti platelet/anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol)
- 3) Antikoagulan (heparin)
- 4) Antagonis serotonin (noftidrofuryl)
- 5) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)

c. Penatalaksanaan khusus/komplikasi

- 1) Penatalaksanaan factor risiko seperti anti hipertensi, anti hiperglikemia dan anti hiperurisemia.
- 2) Atasi kejang (antikonvulsan)
- 3) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitpl, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dll)
- 4) Atasi dekompresi (kraniotomi)

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Data mayor dan minor gangguan mobilitas fisik

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

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Objektif
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 Diagnostik. 2017)

3. Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) factor penyebab diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah:

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan kekuatan otot
- f. Keterlambatan perkembangan
- g. Kekuatan sendi
- h. Kontraktur
- i. Malnutrisi
- j. Gangguan musculoskeletal
- k. Gangguan neuromuskular

- l. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- m. Efek agen farmakologis
- n. Program pembatasan gerak
- o. Nyeri
- p. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- q. Kecemasan
- r. Gangguan kognitif
- s. Keengganan melakukan pergerakan
- t. Gangguan sensoripersepsi

Penyebab gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke yaitu gangguan neuromuskular (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Gangguan neuromuskular merupakan suatu kondisi progresif yang dikarakteristikkan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga hubungan antara sistem saraf dan otot akan terganggu (Rianawati *et al.*, 2015). Hal ini menyebabkan terjadinya kram, kesemutan, nyeri dan masalah pergerakan sendi.

4. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik disebabkan oleh gangguan neuromuskular yang terjadi akibat adanya penyumbatan pembuluh darah oleh thrombus atau emboli. Thrombus atau bekuan darah terbentuk akibat plak aterosklerosis pada dinding arteri yang akhirnya menyumbat lumen arteri. Sebagian thrombus dapat terlepas dan menjadi embolus yang berjalan lewat aliran darah dan dapat menyumbat pembuluh arteri yang lebih kecil (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017). Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat oleh thrombus dan emboli,

maka akan terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen selama lebih dari satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron area (Batticaca, 2011). Area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan 6 yang merupakan area motorik primer (Satyanegara, 2014). Kerusakan area motorik pada *upper motor neuron* (UMN) akan menyebabkan paresis atau keadaan gangguan parsial fungsi motorik dan kekuatan otot yang sering diungkapkan oleh pasien sebagai kelemahan (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017). Hal ini mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuh sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dapat dilakukan dengan cara mobilisasi atau rehabilitasi sedini mungkin ketika keadaan pasien membaik dan kondisinya sudah mulai stabil. Mobilisasi atau rehabilitasi dini di tempat tidur dilakukan khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah terkena stroke (Junaidi, 2011). Salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yaitu latihan *range of motion* (ROM). Menurut Potter & Perry (2005) dalam Istichomah (2020) latihan *range of motion* (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. ROM juga merupakan suatu latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot. Klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Istichomah, 2020).

ROM aktif adalah gerakan yang dilakukan oleh pasien menggunakan energi sendiri dan perawat harus memberikan motivasi serta membimbing pasien dalam melakukan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal, sedangkan ROM pasif adalah energi yang dikeluarkan pasien untuk latihan berasal dari orang lain (perawat dan keluarga) atau alat mekanik. Tujuan melakukan latihan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi dan memperbaiki tonus otot (Haryono and Utami, 2019).

Latihan genggam bola menjadi salah satu latihan ROM yang bisa diterapkan sebagai intervensi inovatif untuk meningkatkan kekuatan otot tangan pada pasien stroke. Latihan menggunakan benda yang ringan dapat mengurangi risiko cedera pada pasien (Lingga, 2013). Penerapan genggam bola dilakukan dengan cara atur posisi, memberikan gerakan pemanasan genggam bola seperti (Menggerakkan siku mendekati lengan atas atau Fleksi, meluruskan kembali lengan atas atau Ekstensi. Pada jari-jari tangan: Menggenggam atau Fleksi, membuka genggam tangan atau Ekstensi, meregangkan jari-jari tangan atau abduksi, merapatkan kembali atau Adduksi, mendekatkan ibu jari ketelapak tangan atau oposisi. Selanjutnya letakkan bola karet diatas telapak tangan, intruksikan menggenggam kuat atau mencengkram bola karet selama 5 detik kemudian kendurkan genggam tangan, lakukan pengulangan sebanyak 7 kali (Azizah and Wahyuningsih, 2020).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan untuk mengetahui berbagai permasalahan yang ada pada pasien dengan cara mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari pasien. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari pasien, observasi dengan pengamatan secara visual atau langsung, dan pemeriksaan fisik dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Hidayat, 2021).

Selain itu, terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi 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 DPP PPNI, 2017).

Gangguan mobilitas fisik termasuk dalam subkategori aktivitas dan istirahat. Pengkajian yang difokuskan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi:

a. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, waktu masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosis medis (Haryono and Utami, 2019).

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang muncul pada pasien stroke non hemoragik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan anamnesis yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan yang timbul dari keluhan utama diantaranya adanya keluhan mendadak pada saat melakukan aktivitas dan timbulnya gejala kelumpuhan separuh badan (Haryono and Utami, 2019).

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu digunakan untuk mendukung permasalahan pasien pada saat ini seperti riwayat penyakit jantung yang dapat menyebabkan terjadinya stroke non hemoragik.

e. Data fisiologis

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat. Perawat harus mengkaji tanda dan gejala yang muncul dari gangguan mobilitas fisik meliputi tanda gejala mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subyektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

b) Obyektif: kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

2) Gejala dan tanda minor

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

- b) Obyektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah
- f. Kekuatan otot

Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan skala dan karakteristik.

Tabel 2
Kekuatan otot

Skala	Presentse kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Paralisis 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 and Uliyah. *Kebutuhan Dasar Manusia*. 2015)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat dua jenis diagnosis keperawatan yaitu diagnosis negatif meliputi diagnosis aktual dan diagnosis risiko serta diagnosis positif. Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah

dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan Indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab, tanda/gejala, serta faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri dari penyebab dan tanda/gejala sedangkan pada diagnosis risiko hanya memiliki faktor risiko.

Diagnosis 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 diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan (Tim Pokja SDKI DPP 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 muskuluskeletal, 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. Tanda dan gejala 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

3. Rencana Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan dilanjutkan dengan membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan dan rencana tindakan keperawatan (Dinarti and Mulyati, 2017).

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. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan). Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan seperti meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu

label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan mengambil luaran keperawatan mobilitas fisik menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) adalah :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Kelemahan fisik menurun

b. Intervensi keperawatan

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama dukungan mobilisasi dan intervensi pendukung pengaturan posisi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Dukungan mobilisasi

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
 - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
 - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- b. Pengaturan Posisi
 - 1) Observasi
 - a) Monitor status oksigenasi
 - 2) Terapeutik
 - a) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif
 - b) Ubah posisi setiap 2 jam

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Pada tahap ini perawat membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan kenyataan yang ada pada klien (Dinarti and Mulyati, 2017). Evaluasi keperawatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP, yakni Subjektif (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien), Objektif (data yang didapat dari hasil pengamatan, penilaian dan pemeriksaan), *Assessment* (kesimpulan dari objektif dan subjektif) dan *Planning* (rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa) (Febriana, 2017). Adapun hasil yang diharapkan yaitu: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun.