

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep CVA**

##### **2.1.1 Pengertian CVA**

CVA atau stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang bisa timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara tepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu (Appulembang & Sudarta, 2022). CVA atau stroke merupakan gangguan potensial fatal dalam suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu yang relative lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat control sistem tubuh termasuk perintah dari semua gerak fisik (Mukhlis, 2022).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut Susilo (2021), CVA dapat dibedakan dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut:

###### **1. Stroke Iskemik**

Hampir 85% CVA disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri yang terdapat diluar tengkorak) yang menyebabkan

sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang terdapat di dalam tengkorak. Ini disebut sebagai infak otak atau CVA isemik. Pada orang berusia lanjut lebih dari umur 65 tahun, penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (mengerasnya arteri).

## 2. Stroke Hemoragik

CVA hemoragik disebabkan oleh pendarahan ke dalam jaringan otak (CVA hemoragik intraserebrum atau hemaom intraserebrum), atau ke dalam ruang subaraknoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragik subaraknoid). Ini merupakan jenis CVA yang paling mematiakn, tetapi relative hanya menyusun sebagian kecil dari CVA total: 10-15% untuk pendarahan intaserebrum dan 5% untuk pendarahan subaraknoid. Pendarahan dari sebuah arteri intakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) yang pecah atau karena suatu penyakit. Penyakit yang menyebabkan dinding arteri menipis dan rapuh merupakan penyebab tersering perdarahan intraserebrum.

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Hidayati (2018) penyebab CVA terdiri dari beberapa hal yaitu:

#### 1. Trombois serebra

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan isemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Hal ini dapat terjadi akibat penurunan aktifitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan isemik serebral.

Tanda dan neurologi sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

## 2. Hemoragi

Pebesaran intracranial atau intraserebral termasuk dalam peredaran dalam ruang subaraknoid atau ke jaringan otak itu sendiri. Pendarahan ini terjadi karena arterosklerosis dan hipertensi, akibat pecahnya pembuluh darah ke otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergesetan dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga terjadi infak otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

## 3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.

## 4. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokontraksi arteri otak disertai sakit kepala migran

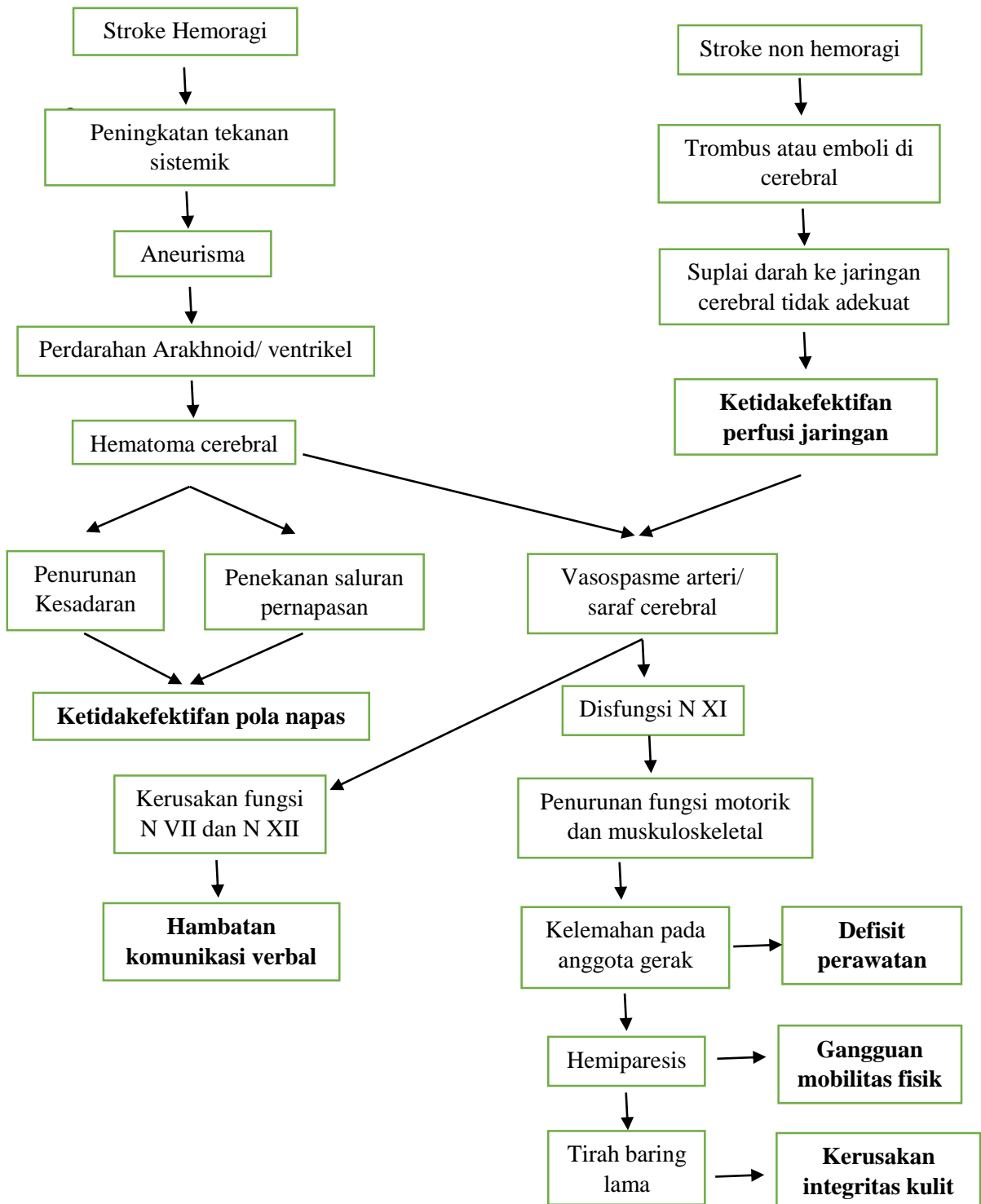
### 2.1.4 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan otak tidak memiliki cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak akan mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi pada waktu 3 samapai 10 menit. Isemik dalam waktu lama akan menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infak otak yang

disertai edema otak, sedangkan bagian tubuh yang terserang CVA secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. CVA sendiri disebabkan oleh adanya arterosklerosis. Arteriosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah menuju ke otak (Hidayati, 2018).

Arteriosklerosis juga bisa menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Arteriosklerosis juga bisa menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau thrombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arteriosklerosis bagian thrombus terlepas dari dinding arteri maka akan mengikat aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Firmansyah, 2020).

### 2.1.5 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway CVA

### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke bergantung pada arteri serebri yang terkena, fungsi otak yang dikendalikan atau diperantarai oleh keparahan kerusakan dan ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral. Menurut Firmansyah (2017) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan stabilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik
3. Punurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
4. Afasia (kesulitan dalam berbicara) afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia ini terjadi jika ada kerusakan area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu

afasia motorik, sensorik dan global. Fasia motorik atau ekspresif terjadi jika pada area broca yang terletak di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak bisa mengungkapkan dan kesulitan mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wirnicke yang terletak di daerah temporal. Pada afasia, pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan sehingga bicara tidak nyambung atau konheren. Pada afasi global pasien dapat merepson pembicaraan baik menerimamaupun merespon mengungkapkan pembicaraan

5. Disatria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga erjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalm memngunyah.
6. Gangguan penglihatan, pasien dapat mengalami gangguan penglihatan atau pandangan menjadi ganda. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau pariental yang dapat menghambat saraf optic pada korteks oksipital.
7. Disfagia, atau kesulitan menelan terjadi karena kersalakan nervus IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus

8. Inkontinensia, baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel
9. Vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri

#### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Utomo (2022), pemeriksaan penunjang pada penyakit stroke antara lain:

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.

2. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3. Sinar x tengorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arteriosklerosis)

5. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois/perdarahan intracranial.

#### 7. Pemeriksaan Foto Thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

#### 8. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pungsi lumbal: Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

2) Pemeriksaan darah rutin

3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

#### 2.1.8 Komplikasi

Menurut Yonata & Pratama (2021), komplikasi pada stroke antara lain:

1. Peningkatan tekanan intrakranial
2. Disritmia jantung
3. Kontraktur

4. Immobilisasi yang dapat menyebabkan infeksi pernapasan, decubitus, dan konstipasi
5. Paralisis yang dapat menyebabkan nyeri kronis, resiko jatuh, atropi
6. Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak
7. Nyeri kepala kronis seperti migrain
8. Malnutrisi

## **2.2 Konsep Ventilator**

### **2.2.1 Pengertian**

Ventilator adalah suatu sistem alat bantuan hidup yang dirancang untuk menggantikan atau menunjang fungsi pernafasan yang normal. Tujuan utama pemberian dukungan ventilator mekanik adalah untuk mengembalikan fungsi normal pertukaran udara dan memperbaiki fungsi pernafasan kembali ke keadaan normal (Trijayanti et al., 2021). Ventilator adalah suatu alat yang digunakan untuk membantu sebagian atau seluruh proses ventilasi untuk mempertahankan oksigenasi (Latipah, 2019). Ventilasi mekanik merupakan terapi defenitif pada klien kritis yang mengalami hipoksemia dan hiperkapnia. Ventilasi mekanik adalah alat pernafasan bertekanan negative atau positif yang dapat mempertahankan ventilasi dan pemberian oksigen dalam waktu yang lama (Trijayanti et al., 2021).

### **2.2.2 Fungsi**

Tujuan utama pemberian dukungan ventilator mekanik adalah untuk mengembalikan fungsi normal pertukaran udara dan memperbaiki fungsi

pernafasan kembali ke keadaan normal (Trijayanti et al., 2021). Pemasangan ventilaor memiliki beberapa fungsi diantaranya adalah sebagai berikut (Kuncoro, 2020):

1. Mengembangkan paru selama inspirasi
2. Dapat mengatur waktu, dari inspirasi ke ekspirasi
3. Mencegah paru untuk menguncup sewaktu ekspirasi
4. Dapat mengatur waktu, fase ekspirasi ke fase inspirasi

### 2.2.3 Indikasi

Terdapat indikasi pemasangan ventilator menurut Trijayanti et al., (2021), yaitu:

1. Kegagalan Ventilasi: Neuromuscular, central Neurous system disease, depresi system saraf pusat, musculoceletal diasease, dan ketidaknyamanan thoraks untuk ventilasi
2. Kegagalan pertukaran gas: Gagal nafas akut, gagal jantung kiri, penyakit paru- gangguan difusi, dan penyakit paruventilasi atau perfusi mismatach.

### 2.2.4 Jenis-jenis

Menurut sifatnya, ada 3 tipe ventilator, yaitu (Putri & Pujiastuti, 2024):

#### 1. Volume Cycled Ventilator

Prinsip dasar ventilator ini adalah cyclusnya berdasarkan volume. Mesin berhenti bekerja dan terjadi ekspirasi bila telah mencapai volume yang ditentukan. Keuntungan volume cycled ventilator adalah perubahan

pada komplain paru pasien tetap memberikan volume tidal yang konsisten.

## 2. Pressure Cycled Ventilator

Prinsip dasar ventilator type ini adalah cyclusnya menggunakan tekanan. Mesin berhenti bekerja dan terjadi ekspirasi bila telah mencapai tekanan yang telah ditentukan. Pada titik tekanan ini, katup inspirasi tertutup dan ekspirasi terjadi dengan pasif. Kerugian pada type ini bila ada perubahan komplain paru, maka volume udara yang diberikan juga berubah. Sehingga pada pasien yang setatus parunya tidak stabil, penggunaan ventilator tipe ini tidak dianjurkan.

## 3. Time Cycled Ventilator

Prinsip kerja dari ventilator type ini adalah cyclusnya berdasarkan waktu ekspirasi atau waktu inspirasi yang telah ditentukan. Waktu inspirasi ditentukan oleh waktu dan kecepatan inspirasi (jumlah napas permenit)  
Normal ratio I:E (inspirasi : ekspirasi ) 1 : 2.

### 2.2.5 Mode Operasional

Ventilator memiliki beberapa mode dalam pengoperasiannya, diantaranya adalah sebagai berikut (Kuncoro, 2020):

#### 1. Mode Control

Pada mode ini mesin secara terus menerus membantu pernafasan pasien. Ini diberikan pada pasien yang pernafasannya jelek, lemah atau bahkan apnea. Contoh mode control adalah:

- 1) CR (Controlled Respiration / Controlled Ventilation)
- 2) CMV (Controlled Mandatory Ventilation)

3) IPPV (Intermittent Positive Pressure Ventilation)

4) PEEP (Positive End-Expiratory pressure)

Mode yang digunakan dengan menahan tekanan akhir ekspirasi positif dengan tujuan untuk mencegah Atelektasis. Efek samping dapat menyebabkan venous return menurun, barotrauma dan penurunan curah jantung

5) Mode IMV (Intermittent Mandatory Ventilation) dan SIMV (Sincronized Intermittent Mandatory Ventilation)

Pada mode ini ventilator memberikan bantuan nafas secara selang seling dengan nafas pasien itu sendiri. Indikasi pada pernafasan spontan tapi tidal volume dan/atau frekuensi nafas kurang adekuat.

6) Mode ASB/PS (Assisted Spontaneous Breathing/ Pressure Support)

Mode ini diberikan pada pasien yang sudah bisa nafas spontan tetapi tidal volumenya tidak cukup karena nafasnya dangkal.

7) CPAP (Continuous Positive Air Pressure)

Pada mode ini mesin hanya memberikan tekanan positif dan diberikan pada pasien yang sudah bisa bernafas dengan adekuat. Tujuan pemberian mode ini adalah untuk mencegah atelektasis dan melatih otot-otot pernafasan sebelum pasien dilepas dari ventilator.

## 2. Mode Alarm

Ventilator digunakan untuk mendukung hidup. Sistem alarm perlu untuk mewaspadaikan perawat tentang adanya masalah. Alarm tekanan

rendah menandakan adanya pemutusan dari pasien (ventilator terlepas dari pasien), sedangkan alarm tekanan tinggi menandakan adanya peningkatan tekanan, misalnya pasien batuk, cubing tertekuk, terjadi fighting. Alarm volume rendah menandakan kebocoran. Alarm jangan pernah diabaikan atau tidak dianggap dan harus dipasang dalam kondisi siap.

#### 2.2.6 Komplikasi

Ventilator adalah alat untuk membantu pernafasan pasien, tapi bila perawatannya tidak tepat akan menimbulkan komplikasi. Menurut Trijayanti et al., (2021) komplikasi yang dapat muncul yaitu:

##### 1. Pada paru

- 1) Baro trauma: tension pneumothorax, emfisema sub cutis, emboli udara vaskuler
- 2) Atelektasis/kolaps alveoli diffuse
- 3) Infeksi paru
- 4) Keracunan oksigen
- 5) Jalan nafas buatan: kinking (tertekuk), terekestubasi, tersumbat.
- 6) Aspirasi cairan lambung
- 7) Tidak berfungsinya penggunaan ventilator
- 8) Kerusakan jalan nafas bagian atas

##### 2. Pada sistem kardiovaskuler Hipotensi, menurunnya cardiac output dikarenakan menurunnya aliran balik vena akibat meningkatnya tekanan intra thorax pada pemberian ventilasi mekanik dengan tekanan tinggi.

3. Pada sistem saraf pusat
  - 1) Vasokonstriksi cerebral Terjadi karena penurunan tekanan CO<sub>2</sub> arteri (PaCO<sub>2</sub>) dibawah normal akibat dari hiperventilasi.
  - 2) Oedema cerebral Terjadi karena peningkatan tekanan CO<sub>2</sub> arteri diatas normal akibat dari hipoventilasi.
  - 3) Peningkatan tekanan intra kranial
  - 4) Gangguan kesadaran
  - 5) Gangguan tidur.
4. Pada sistem gastrointestinal
  - 1) Distensi lambung ileus
  - 2) Perdarahan lambung.
5. Gangguan psikologi

## **2.3 Konsep Dekubitus**

### **2.3.1 Pengertian**

Dekubitus berasal dari bahasa latin *decumbree* yang berarti merebahkan diri yang didefenisikan sebagai suatu luka akibat posisi penderita yang tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Sulaiman, 2024). National pressure Ulcer Advisory panel (NPUAP), 1989 dalam Potter & perry, 2015) mengatakan dekubitus merupakan nekrosis jaringan lokal yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak tertekan diantara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu lama. Terjadi gangguan mikrosirkulasi jaringan lokal dan mengakibatkan hipoksia jaringan. Jaringan memperoleh oksigen dan nutrisi serta membuang sisa metabolisme melalui darah. Beberapa faktor yang

mengganggu proses ini akan mempengaruhi metabolisme sel dengan cara mengurangi atau menghilangkan sirkulasi jaringan yang menyebabkan iskemi jaringan (Mentari, 2018).

### 2.3.2 Faktor Resiko Dekubitus

Menurut Potter & Perry (2015), ada berbagai faktor yang menjadi predisposisi terjadi luka dekubitus pada pasien yaitu:

#### 1. Gangguan Input Sensorik

Pasien yang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan beresiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit dari pada pasien yang sensasinya normal. Pasien yang mempunyai persepsi sensorik yang utuh terhadap nyeri dan tekanan dapat mengetahui jika salah satu bagian tubuhnya merasakan tekanan atau nyeri yang terlalu besar. Sehingga ketika pasien sadar dan berorientasi, mereka dapat mengubah atau meminta bantuan untuk mengubah posisi.

#### 2. Gangguan Fungsi Motorik

Pasien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri beresiko tinggi terhadap dekubitus. Pasien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi, tidak mampu mengubah posisi secara mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut. Hal ini meningkatkan peluang terjadinya dekubitus. Pada pasien yang mengalami cedera medulla spinalis terdapat gangguan motorik dan sensorik. Angka kejadian dekubitus pada pasien yang mengalami cedera medula spinalis diperkirakan sebesar 85%.

### 3. Perubahan Tingkat Kesadaran

Pasien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari luka dekubitus. Pasien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan, tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu. Pasien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik. Selain itu pada pasien yang mengalami perubahan tingkat kesadaran lebih mudah menjadi bingung. Beberapa contoh adalah pada pasien yang berada di ruang operasi dan untuk perawatan intensif dengan pemberian sedasi.

#### 2.3.3 Tanda dan Gejala

1. Derajat I: Eritema tidak pucat pada kulit utuh, lesi luka kulit yang diperbesar. Kulit tidak berwarna, hangat, atau keras juga dapat menjadi indikator
2. Derajat II: Hilangnya sebagian ketebalan kulit meliputi epidermis dan dermis. Luka superficial dan secara klinis terlihat seperti abrasi, lecet, atau lubang yang dangkal.
3. Derajat III: Hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan atau nekrotik yang mungkin akan melebar kebawah tapi tidak melampaui fascia yang berada di bawahnya. Luka secara klinis terlihat seperti lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.
4. Derajat IV: Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai destruksi ekstensif, nekrosis jaringan; atau kerusakan otot, tulang, atau struktur

penyangga misalnya kerusakan jaringan epidermis, dermis, subkutaneus, otot dan kapsul sendi

#### 2.3.4 Komplikasi

Komplikasi sering terjadi pada luka dekubitus derajat III dan IV, walaupun dapat terjadi pada luka yang superfisial. Menurut Kurnia & Ayu (2020), komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

1. Infeksi, umumnya bersifat multibakterial baik aerobik maupun anaerobik.
2. Keterlibatan jaringan tulang dan sendi seperti periostitis, osteotitis, osteomielitis, dan arthritis septik.
3. Septikimia
4. Animea
5. Hipoalbuminea
6. Kematian

## 2.4 Konsep Mobilisasi Progresif Level 1

### 2.4.1 Pengertian

Menurut Badrujamaludin et al (2022), mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan sehingga mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari lama rawat dan mengurangi resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus. Mobilisasi progresif level 1 adalah tahap awal dalam program rehabilitasi yang bertujuan untuk memulihkan fungsi fisik pasien secara bertahap, khususnya pada pasien yang mengalami

keterbatasan mobilitas (misalnya pasien rawat inap di ruang intensif atau pascaoperasi) (Simajuntak, 2017).

Pada level ini, aktivitas mobilisasi masih terbatas pada aktivitas pasif dan perubahan posisi di tempat tidur, serta stimulasi gerakan ringan untuk menjaga sirkulasi dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Menurut Potter dan Perry (2015), mobilisasi dini merupakan bagian penting dari upaya mempercepat pemulihan pasien, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi durasi perawatan rumah sakit. Mobilisasi progresif level 1 menjadi fondasi penting sebelum pasien dapat melanjutkan ke tahapan mobilisasi yang lebih tinggi, seperti duduk di tepi tempat tidur (level 2), berdiri dengan bantuan (level 3), dan berjalan mandiri (level 5).

#### 2.4.2 Tujuan

Beberapa tujuan dari mobilisasi menurut Susan J.Garrison (2017), antara lain:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
6. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
7. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

### 2.4.3 Indikasi

Indikasi di perbolehkan untuk latihan rentang gerak menurut Potter (2015) yaitu:

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran Salah satu efek yang ditimbulkan pada anestesi umum adalah efek anesthesia yaitu analgesia yang di sertai hilangnya kesadaran.
2. Kelemahan otot salah satu efek dari trias anesthesia adalah efek relaksasi otot.
3. Fase rehabilitasi fisik Beberapa fisioterapis menempatkan latihan pasif sebagai preliminary exercise bagi pasien yang dalam fase rehabilitasi fisik sebelum pemberian terapi latihan yang bersifat motor relearning.
4. Klien dengan tirah baring lama Pemberian terapi latihan berupa gerakan pasif sangat bermanfaat dalam menjaga sifat fisiologis dari jaringan otot dan sendi pada pasien dengan tirah baring lama. Jenis latihan mobilisasi dapat di berikan sedini mungkin untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi, dan lain-lain.

### 2.4.4 Kontraindikasi

Kontra indikasi untuk latihan rentang gerak menurut (Suryani, 2019) yaitu:

1. Trombus/emboli pada pembuluh darah
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)
4. Trauma medulla spinalis atau trauma system saraf pusat

#### 2.4.5 Perbedaan Mobilisasi Progresif Level 1 dengan Level Lain

1. Mobilisasi Progresif Level 1
  - Kondisi pasien: Tidak sadar atau sangat lemah, biasanya menggunakan ventilator.
  - Aktivitas: Meninggikan kepala tempat tidur 45°, Memiringkan tubuh kanan–kiri setiap 2 jam, Latihan ROM pasif (oleh perawat)
2. Mobilisasi Progresif Level 2 (Semi-aktif)
  - Kondisi pasien: Sadar minimal, bisa mengikuti perintah sederhana
  - Kegiatan: Latihan ROM aktif–dibantu (perawat bantu sebagian), Duduk di tempat tidur dengan bantuan, Latihan pernapasan
3. Mobilisasi Progresif Level 3 (Aktif di tempat tidur)
  - Kondisi pasien: Sadar penuh atau hampir penuh
  - Kegiatan: Duduk tegak tanpa bantuan di tempat tidur, ROM aktif mandiri, Duduk di sisi tempat tidur (dangling)
4. Mobilisasi Progresif Level 4
  - Kondisi pasien: Mampu berdiri dengan bantuan.
  - Aktivitas: Berdiri di samping tempat tidur (dibantu), Latihan berpindah posisi tempat tidur–kursi, Latihan keseimbangan
5. Mobilisasi Progresif Level 5 (Mobilisasi aktif penuh)
  - Kondisi pasien: Stabil, mampu bergerak secara mandiri
  - Kegiatan: Berdiri dan berjalan mandiri atau dengan alat bantu, Latihan jalan di koridor, Latihan tangga (jika memungkinkan)

### 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019). Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah

keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Togubu, 2019). Asuhan keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

### 2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2019).

#### 1. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat. Pada kasus CVA banyak terjadi pada:

- Jenis kelamin: Paling banyak menderita CVA yaitu laki-laki tapi tidak menutup kemungkinan perempuan (Kozier, 2015)
- Umur: Usia yang paling rentang terkena CVA yaitu usia tua (usia lanjut). Usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke (Kozier, 2015).

#### 2. Alasan Masuk

Biasanya keluhan yang dialami oleh pasien yaitu kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran.

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada anggota gerak. Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain (LeMone, Atal, 2016)

#### b. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan.

#### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan anggota keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi ataupun CVA (Rohman & Walid, 2019).

### 4. Pemeriksaan Fisik

Tampilan, distress nyata, tingkat kesadaran: tanda-tanda vital antara lain suhu: warna aksesorius, pernapasan: suara paru (LeMone, Atal, 2016).

- Penampilan umum

Penampilan klien dimulai pada saat mempersiapkan klien untuk pemeriksaan.

- Kesadaran

Ukuran kesadaran dan juga respon seseorang terhadap rangsangan lingkungan. Dalam pemeriksaan kesadaran dikenal dengan istilah GCS atau Glaslow Coma Scale.

#### 5. Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital adalah prosedur pemeriksaan yang dilakukan yang bertujuan untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem penunjang kehidupan. Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) untuk mengetahui tanda klinis yang memiliki manfaat dalam menegakkan diagnosis penyakit dan menentukan perencanaan terapi medis yang tepat. Terdapat 4 komponen tanda vital utama yakni tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh. Pemeriksaan tanda vital dilakukan pada saat pertama kali anda datang ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan perawatan medis. Apabila anda dicurigai sedang menderita kondisi medis yang serius yang dapat mempengaruhi kehidupan maka tanda vital akan dipantau secara berulang dan terus dilakukan evaluasi untuk menilai perkembangan penyakit, hal ini akan terus dilakukan sampai didapatkan nilai ttv normal, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan sebagai berikut:

##### 1) Kepala

- Rambut

Pada pasien CVA biasanya terdapat luka tekan di kulit kepala. Terdapat tanda iritasi, ruam, kemerahan atau infeksi jamur. Dan biasanya terdapat benjolan atau hematoma.

- Mata

Pada pasien dengan stroke (Cerebrovascular Accident), pengkajian mata menjadi bagian penting untuk menilai adanya gangguan neurologis yang memengaruhi sistem penglihatan. Pemeriksaan dimulai dengan mengamati simetri bola mata, ukuran dan reaksi pupil terhadap cahaya, serta adanya deviasi atau pergerakan tidak normal seperti nistagmus. Pasien stroke sering mengalami hemianopsia, yaitu kehilangan sebagian lapang pandang, yang umumnya terjadi kontralateral terhadap sisi otak yang terkena.

- Telinga

Pada beberapa kasus stroke, pasien mungkin mengalami penurunan pendengaran unilateral, tinnitus, atau ketidakseimbangan yang berkaitan dengan sistem vestibular.

- Hidung

Pasien dapat mengalami penurunan atau kehilangan kemampuan mencium (anosmia), terutama jika terdapat kerusakan pada lobus frontal. Selain itu, pengkajian juga mencakup observasi terhadap kebersihan rongga hidung, adanya sekresi, tanda-tanda infeksi, serta hambatan jalan napas yang dapat memengaruhi pola pernapasan pasien.

- Mulut dan gigi

Kemampuan bicara kurang, keadaan bibir tidak simetris, kebersihan mulut dan gigi kurang. .

## 2) Thorax

### - Paru-paru

Inspeksi: Gerakan dinding dada simetris, pola napas normal, tidak tampak penggunaan otot bantu napas.

Palpasi: adanya nyeri tekan, fremitus traktil menurun.

Perkusi: Terdengar bunyi redup (Dullnes) adanya jaringan yang lebih padat atau konsolidasi paru-paru.

Auskultasi: Suara napas rhonci kemungkinan karena akumulasi sekret.

### - Jantung

Inspeksi: Tidak tampak pulsasi abnormal pada area precordial.

Palpasi: Ictus cordis terba, tidak ada massa (pembengkakan) dan ada atau tidaknya nyeri tekan.

Perkusi: Perkusi jantung pekak (adanya suara perkusi jaringan yang padat seperti pada daerah jantung)

Auskultasi: Terdengar suara jantung I dan suara jantung II (terdengar bunyi lub dup lub dup) dalam rentang normal.

### - Abdomen

Inspeksi: Abdomen datar, simetris, tidak distensi, tidak tampak gerakan peristaltik berlebihan, biasanya terdapat lesi.

Auskultasi: Bising usus normal (4–6 kali/menit), tidak terdengar bising patologis

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar

Perkusi: Terdengar suara tympany (suara berisi cairan)

- Punggung Tidak ada kelainan bentuk punggung, terdapat terdapat luka pada punggung karena tirah baring yang cukup lama.

- Ekstremitas

Atas: Pada pasien CVA terdapat kelemahan pada ekstremitas atas

Bawah: ada atau tidaknya gangguan terhadap ekstremitas bawah seperti kelemahan. Tampak hemiparesis pada sisi kiri (ekstremitas atas dan bawah), postur tidak simetris, tidak ada edema (Suratun, dkk, 2018).

- Genetalia: pada pasien stroke biasanya menggunakan kateter

- Integumen: Turgor kulit tidak baik, kulit kering. Biasanya terdapat luka decubitus karena tirah baring yang cukup lama, Tonus otot menurun pada sisi kiri (flaksid), suhu kulit normal, tidak ada nyeri tekan.

- Fungsi Saraf Kranial:

a) Nervus Olfaktorius (N.I): Penciuman, pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

b) Nervus Optikus (N.II): Disfungsi persepsi visual karena gangguan sensori primer diantara mata dan korteks visual

c) Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil. Jika stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi maka otot okularis mengalami penurunan

- d) Nervus Troklearis (N.IV): gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping. Jika stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi maka otot okularis mengalami penurunan
- e) Nervus Trigeminus (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang. Pada pasien stroke terdapat penurunan kemampuan koorfinasi gerakan mengunyah.
- f) Nervus Abdusen (N.VI): gerakan ocular, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan ke bawah dan ke samping. Jika stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi maka otot okularis mengalami penurunan.
- g) Nervus Fasialis (N.VII): fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah, kerusakan akan menyebabkan asimetris wajah dan poresis.
- h) Nervus Akustikus (N.VIII): Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang dalam keadaan normal
- i) Nervus Glosfaringeus (N.IX): reflek gangguan faringeal. Kemampuan menelan kurang baik
- j) Saraf fagus (N.X): Bicara. Pasien kesulitan membuka mulut
- k) Nervus Aesorius (N.XI): kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid menurun, kerusakan akan menyebabkan ketidak-mampuan mengangkat bahu.

- 1) Nervus Hipoglossus (N.XII): fungsi motoric lidak, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah.

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang ditulis tanggal pemeriksaan, jenis pemeriksaan, hasil dan satuannya. Pemeriksaan penunjang terdiri dari: pemeriksaan lab, foto rotgen, rekaman kardiografi (Rohman & Walid, 2019).

#### 7. Terapi

Pada terapi tulis nama obat lengkap, dosis, frekuensi pemberian dan cara pemberian, secara oral, parenteral, dan lain-lain (Rohman & Walid, 2019)

#### 8. Analisa Data

Analisa data dalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Jahromi, 2019)

### 2.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosa Keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018):

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (D.0066)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis (D.0054)
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D.0119).

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan. Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan klien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu dalam proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan dari diagnosa keperawatan diatas adalah:

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Gangguan integritas kulit/jaringan didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) (D.0129).

a. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam integritas kulit meningkat (L.05042).

b. Kriteria hasil :

1. Elastisitas meningkat
2. Hidrasi meningkat
3. Perfusi jaringan meningkat
4. kerusakan lapisan kulit menurun
5. Kemerahan menurun
6. Suhu kulit membaik
7. Sensasi membaik
8. Tekstur membaik.

c. Intervensi:

Perawatan integritas kulit (I.11353)

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit  
(mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)
2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive

7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
9. Anjurkan minum air yang cukup
10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

#### Perawatan Luka (1.14564)

1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
6. Bersihkan jaringan nekrotik
7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
8. Pasang balutan sesuai jenis luka
9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien

12. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari
13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu
15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
16. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
18. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

2. Diagnosa Keperawatan 2

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) (D.0066).

- a. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat (L.06049).
- b. Kriteria hasil:
  1. Tingkat kesadaran meningkat
  2. Fungsi kognitif meningkat
  3. Sakit kepala menurun
  4. Gelisah menurun
  5. Tekanan darah membaik

6. Tekanan nadi membaik
7. Pola nafas membaik
8. Respon pupil membaik
9. Refleks neurologis membaik
10. Tekanan Intrakranial membaik

c. Intervensi:

Manajemen Peningkatan Intrakranial (1.06194)

1. Identifikasi penyebab peningkatan tik
2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK
3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
4. Berikan posisi semi fowler
5. Cegah terjadinya kejang
6. Pertahankan suhu tubuh normal
7. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
8. Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu

3. Diagnosa Keperawatan 3

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, kelemahan, parestresia, paralisis (D.0054).

- a. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042).
- b. 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. Kelemahan fisik menurun

c. Intervensi:

Dukungan ambulasi (1.06171)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
7. Ajarkan ambulasi sederhana

Dukungan mobilisasi (1.05173)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Ajarkan mobilisasi sederhana

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neurosmuskular, kelemahan umum (D.0119).

a. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118).

b. Kriteria hasil :

1. Kemampuan berbicara meningkat
2. Kemampuan mendengar meningkat
3. Kontak mata meningkat
4. Afasia menurun
5. Disfasia menurun
6. Apraksia menurun
7. Disleksia menurun
8. Pelo menurun
9. Gagap menurun
10. Respon perilaku membaik
11. Pemahaman komunikasi membaik

c. Intervensi:

Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (1.13492)

1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
2. Monitor kognitif, anatomis, fisiologis dengan bicara
3. Gunakan metode komunikasi alternative
4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
5. Ulangi apa yang disampaikan pasien
6. Berikan dukungan psikologis
7. Anjurkan berbicara perlahan
8. Rujuk ke ahli patologi atau terapis

## Promosi Komunikasi: Defisit Pendengaran (1.13493)

1. Periksa kemampuan pendengaran
2. Monitor akumulasi serumen berlebihan
3. Gunakan bahasa sederhana
4. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar
5. Pertahankan kontak mata saat komunikasi
6. Hindari kebisingan saat komunikasi

### 2.5.4 Implementasi Keperawatan

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Supratti & Ashriady, 2019).

### 2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Supratti & Ashriady, 2019).

## **2.6 Efektivitas Pemberian Intervensi Mobilisasi Progresif Level 1 Terhadap Pencegahan Dekubitus**

Mobilisasi progresif level 1 terbukti efektif untuk mencegah timbulnya luka dekubitus yang dibuktikan oleh beberapa penelitian berikut:

1. Hasil penelitian Nugroho et al (2020) yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I: Terhadap Risiko Dekubitus Dan Perubahan Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Terpasang Ventilator Di Ruang Icu Rsud Dr. Moewardi Surakarta” menunjukkan bahwa “Mobilisasi progresif level I dapat mencegah terjadinya dekubitus dan mempertahankan nilai saturasi oksigen pada pasien kritis yang terpasang ventilator”.
2. Hasil penelitian dari Padmiasih, (2020) yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Dengan Ventilasi Mekanik Di Ruang ICU RSD Mangusada” menunjukkan bahwa hasil analisis dengan uji Wilcoxon didapatkan bahwa nilai p-value=0,046 yang berarti nilai  $p \leq 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian mobilisasi progresif terhadap tingkat kejadian dekubitus pada pasien dengan ventilasi mekanik di Ruang ICU RSD Mangusada
3. Hasil penelitian dari Fikriyyah et al (2023) yang berjudul “Penerapan Mobilisasi Progresif Level I pada Pasien dengan Risiko Dekubitus yang Terpasang Ventilator” menunjukkan bahwa Pada kelompok intervensi resiko dekubitus prepost test menunjukkan skor skala braden 13.53 menjadi 14.53. Kemudian pada kelompok kontrol resiko dekubitus prepost test menunjukkan skor skala braden 12.60 menjadi 11.00. Selain itu, pada

kelompok intervensi tidak terjadi dekubitus dan pada kelompok kontrol didapatkan 4 pasien yang terkena dekubitus pada hari ketiga. Mobilisasi progresif level I secara signifikan dapat mencegah dekubitus ( $U=21;p=0,00$ ) dan meningkatkan saturasi oksigen lebih besar secara signifikan ( $U=28;p=0,000$ ) yang artinya terdapat perubahan skor risiko ulkus dekubitus pada kedua pasien yang terlibat. Selanjutnya disimpulkan bahwa penerapan mobilisasi progresif level 1 dapat mencegah atau menurunkan risiko terjadinya ulkus dekubitus pada pasien yang berisiko.