

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PENYAKIT *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)

1. Definisi

Chronic Kidney Disease adalah gangguan fungsi ginjal irevesible, dimana kemampuan ginjal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan, dan elektrolit gagal yang mengakibatkan uremia (GOOD, 2015)

CKD (*Chronic Kidney Disease*) atau gagal ginjal kronis (GGK) didefinisikan sebagai kondisi dimana ginjal mengalami penurunan fungsi secara lambat, progresif, irreversibel, dan samar (insidius) dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme, cairan, dan keseimbangan elektrolit, sehingga terjadi uremia atau azotemia (Mahardika, 2019)

Gagal ginjal kronis adalah salah satu masalah kesehatan di dunia dengan biaya pengobatan yang tinggi. Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan gangguan fungsi gagal ginjal yang progresif dan iraversibel dimana tubuuh gagal ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan retensi urin dan sampah nitrogen lain dalam darah (Mahardika, 2019)

2. Klasifikasi Chronic Kidney Disease (CKD)

CKD adalah istilah umum untuk bermacam-macam gangguan yang mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal melalui pemeriksaan *Glomerulus Filtration Rate* (GFR). Klasifikasi CKD pada umumnya didasarkan pada dua parameter laboratorium yaitu eGFR dan albuminaria antarlain:

Kategori eGFR	(mLmin/1.73m²)
Grade 1	>90
Grade 2	60-89
Grade 3a	45-59
Grade 3b	30-40
Grade 4	15-29
Grade 5	<15

Tabel 1 kategori eGFR

3. Etiologi

Penyebab dari CKD antarlain:

- a) Penyakit peradangan (*glomerulonefritis*)
- b) Penyakit vaskuler hipertensi (*nefrosklerosis, stenosis arteri renalis*)
- c) Infeksi saluran kemih (*pielonefritis kronis*)

- d) Nefropati obstruktif misalnya saluran kemih bagian atas: kalkuli neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Saluran kemih bagian bawah: hipertropi prostat, striktur uretra, anomali kongenital pada leher kandung kemih dan uretra.
- e) Penyakit metabolik (DM, *gout*, *hiperparatiroidisme*)
- f) Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesik, nefropati timbal
- g) Penyakit *kongenital* dan *herediter* (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
- h) Gangguan jaringan penyambung (SLE, sclerosis, HSP)

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari penyakit CKD antara lain:

- a) Hipertensi/ darah tinggi
- b) Turgor kulit menurun
- c) Asidosis metabolik
- d) Penurunan konsentrasi
- e) Gangguan pernafasan
- f) Oedema

5. Patofisiologi

Proses terjadinya CKD menggunakan 2 sistem pendekatan. Pertama sudut pandang tradisional mengatakan bahwa semua unit nefron terserang penyakit namun dalam stadium yang berbeda-beda, dan bagian-bagian spesifik dari nefron tersebut yang berkaitan dengan fungsi tertentu dapat benar-benar rusak atau berubah strukturnya. Kedua dikenal dengan nama Hipotesa Briker atau hipotesa nefron utuh, yang mengatakan bahwa bila nefron terserang penyakit, maka seluruh intinya akan hancur, tetapi sisa nefron yang masih utuh tetap bekerja seperti biasa (Mahardika, 2019)

Uremia akan muncul bila bagian nefron yang rusak semakin banyak sehingga keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat dipertahankan lagi. Nefron yang masih normal atau utuh akan melakukan adaptasi fungsional pada kondisi ini untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh meskipun terjadi penurunan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus). Patofisiologi CKD ini dapat diuraikan dari segi hipotesa nefrosis, meskipun penyakitnya terus berlanjut, namun jumlah cairan yang harus diekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis tidak berubah, walaupun jumlah nefron yang masih berfungsi sudah menurun banyak (GOOD, 2015)

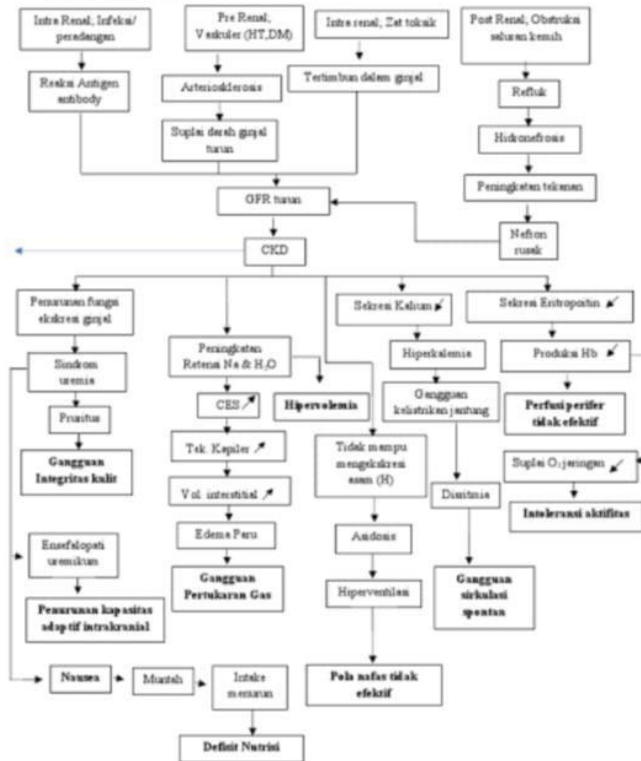
K/DOQI merekomendasikan pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan LFG:

- a) Stadium satu, kelainan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal (>90 ml/menit/1,73 m²)

- b) Stadium dua, kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 60-89 mL/menit/1,73 m²
- c) Stadium tiga, kelainan ginjal dengan LFG antara 30-59 mL/menit/1,73 m²
- d) Stadium empat, kelaian ginjal dengan LFG antara 15-29 mL/menit/1,73 m²
- e) Stadium lima, kelainan ginjal dengan LFG <15 mL/menit/1,732

6. Patwhays

G. PATHWAY CKD



7. Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan dari penyakit CKD atau GGK adalah:

- a) Penyakit tulang
- b) Penyakit kardiovaskuler
- c) Anemia
- d) Disfungsi seksual (Iqbal, 2022)

8. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan lab. darah

1) Hematologi

Hb, Ht, Eritrosit, Lekuosit, Trombosit

2) RFT (Renal Fungsi Test)

Ureum dan kretinin

3) LFT (Liver Fungsi Test)

4) Elektrolit

Klorida, kalsium, kalium

5) Koagulasi, studi

PTT, PTTK

6) BGA

b) Urine

1) Urine rutin

2) Urine khusus

c) Pemeriksaan kardiovaskuler

1) ECG

2) ECO

d) Radidiagnostik

1) USG abdominal

2) CT scan abdominal

- 3) BNO/IVP, FPA
- 4) Renogram
- 5) RPG (retio pielografi)

9. Masalah keperawatan/kolaborasi

Diagnosa menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dengan gejala dan tanda subjektif, mengeluh Lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah. Gejala dan tanda objektif, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah melakukan aktivitas, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

- a) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- c) Resiko deficit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutien
- d) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas

10. Pentalaksanaan

- a) Dialisis (cuci darah)

Dialisis dapat dilakukan dengan mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti *hiperkalemia*, *pericarditis*, serta kejang. Dialisis memperbaiki *abnormalitas biokimia*, yang menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan serta membantu penyembuhan luka.

b) Koreksi Hiperkalemi

Mengendalikan kalium darah sangat penting oleh karena hiperkalemi dapat menimbulkan kematian mendadak. Hal pertama yang harus diingat ialah jangan menimbulkan hiperkalemia. Selain dengan pemeriksaan darah, hiperkalemia juga dapat didiagnosis dengan EEG serta EKG.

c) Koreksi Anemia

Pengendalian gagal ginjal pada keseluruhan akan dapat meninggikan Hb. Tranfusi darah hanya dapat diberikan bila adanya indikasi yang kuat, contoh adanya infusensi coroner.

d) Koreksi Asidosis

Pemberian asam melalui makanan serta obat-obatan yang harus dihindari. Natrium Bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral.

e) Pengendalian Hiperetensi

Pemberian obat beta bloker, alpa metildopa dan vasodilatator perlu dilakukan Mengurangi intake garam dalam mengendalikan hipertensi

harus berhati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium.

f) Transplantasi Ginjal

Dengan pencangkokan ginjal yang sehat pasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru

B. KONSEP INTOLERANSI AKTIVITAS

1. Pengertian

Aktivitas fisik ialah suatu kegiatan yang menyebabkan peningkatan penggunaan energi atau kalori oleh tubuh. Aktivitas fisik dalam kehidupan sehari-hari dapat dikategorikan ke dalam pekerjaan, olahraga, kegiatan dalam rumah tangga ataupun kegiatan lainnya (Ariyanto et al., 2020). Aktifitas fisik ialah suatu gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka dan membutuhkan energi, termasuk aktivitas yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian dan kegiatan rekreasi (WHO, 2017) (Kusumo, 2020). Aktivitas fisik ialah segala bentuk pergerakan badan yang diproduksi oleh otot skeletal yang membutuhkan pengeluaran tenaga dan energi (Fres, 2022).

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI, 2016). Penderita dengan masalah intoleransi aktivitas biasanya dibatasi dalam melakukan aktivitas fisik. Intoleransi aktivitas menimbulkan gejala-gejala yang biasa terjadi yaitu,

mengeluh sering merasa lemah (kelemahan), sesak nafas atau pucat, nadi dan tekanan darah terhadap respons aktivitas abnormal, dispnea saat atau setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman saat dan setelah melakukan aktivitas, frekuensi jantung dan tekanan darah meningkat >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah melakukan aktivitas, gambaran EKG *iskemia*, dan *sianosis* sehingga mengalami kesulitan saat melakukan pergerakan (Simamora et al., 2023)

2. Etiologi

Penyebab dari intoleransi aktivitas menurut (Tim Pokja SDKI 2017)

antara lain:

a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Yaitu terjadi apabila suplai darah tidak lancar atau tersumbat diparu-paru (darah tidak masuk dan tersumbat ke jantung), menyebabkan timbulnya cairan diparu-paru yang dapat menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenisasi pada arteri berkurang dan mengalami ketidakseimbangan dan terjadi peningkatan karbondioksida yang akan membentuk asam di dalam tubuh

b. Tirah baring

Tirah baring adalah kata persamaan dari bedrest, yang memiliki arti istirahat dengan cara berbaring di tempat tidur dalam jangka waktu

tertentu untuk penyembuhan. Kondisi ini jika terlalu lama juga bisa menyebabkan dekubitus.

c. Kelemahan,

Kelemahan yaitu kelemahan pada kardiovaskuler pada manusia

DX	SLKI	SIKI
-----------	-------------	-------------

d. Imobilitas

Imobilitas adalah ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas mobilitas ditempat tidur, transfer atau ambulasi selama tiga hari atau lebih. pasien.

e. Gaya hidup monoton

Gaya hidup monoton adalah sesuatu atau keadaan yang berulang-ulang sehingga menjadi rutinitas yang rutin/terus-menerus.

1. Masalah Keperawatan

Perencanaan Keperawatan (NCP)

Tabel 2. Rencana Keperawatan (NCP)

<p>Intoleransi aktivitas (D.0056)</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="652 594 974 1402"> <thead> <tr> <th data-bbox="652 594 836 667">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="836 594 901 667">IR</th> <th data-bbox="901 594 974 667">ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="652 667 836 890">Saturasi oksigen</td> <td data-bbox="836 667 901 890"></td> <td data-bbox="901 667 974 890"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="652 890 836 1255">Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td> <td data-bbox="836 890 901 1255"></td> <td data-bbox="901 890 974 1255"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="652 1255 836 1402">Kecepatan berjalan</td> <td data-bbox="836 1255 901 1402"></td> <td data-bbox="901 1255 974 1402"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 	Kriteria Hasil	IR	ER	Saturasi oksigen			Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari			Kecepatan berjalan			<p>Tindakan</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi deficit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan,
Kriteria Hasil	IR	ER												
Saturasi oksigen														
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari														
Kecepatan berjalan														

	5. Meningkatkan	<p>bukan defisit yang dialami.</p> <p>2. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial.</p> <p>3. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih.</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas fisik (misalnya ambulasi,</p>
--	-----------------	--

		<p>mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan</p> <p>5. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi dan gerak</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu.</p> <p>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual,</p>
--	--	--

		<p>dan kognitif</p> <p>dalam menjaga</p> <p>fungsi dan</p> <p>kesehatan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi</p> <p>dengan terapi</p> <p>okupasi dalam</p> <p>merencanakan dan</p> <p>memonitor</p> <p>program aktivitas,</p> <p>jika perlu</p> <p>2. Rujuk pada pusat</p> <p>atau program</p> <p>aktivitas</p> <p>komunitas, jika</p> <p>perlu.</p>
--	--	--

2. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016)

a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh Lelah

Objektif: Frekuensi jantung >20% dari kondisi istirahat

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif:

- 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
- 2) Merasa tidak nyaman setelah aktivitas
- 3) Merasa lemah

Objektif:

- 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah melakukan aktivitas
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

3. Kondisi Terkait

a. Anemia

Anemia atau kekurangan sel darah merah adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein yang membawa

oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Sel darah merah itu sendiri mengandung hemoglobin yang berperan untuk mengangkut oksigen dari paru – paru dan mengantarkan ke seluruh bagian tubuh.

b. Gagal Jantung Kongesif

Kondisi kronis ketika jantung tidak mampu memompa darah sebagaimana mestinya. Gagal jantung dapat terjadi jika jantung tidak dapat memompa (sistolik) atau mengisi (diastolik) secara memadai.

c. Penyakit Jantung Koroner

Adalah jenis penyakit jantung ketika arteri jantung tidak dapat mengalirkan cukup darah yang kaya oksigen ke jantung.

d. Penyakit Katup Jantung

Yaitu gangguan yang terjadi pada satu atau lebih pada katup jantung, Dimana organ tersebut tidak dapat berfungsi secara normal. Kondisi ini biasanya ditandai dengan suara bising jantung, nyeri dada, sesak nafas, dan nyeri kepala.

e. Aritmia

Adalah sebuah gangguan yang sangat berkaitan dengan kondisi kardiovaskular, seperti tekanan darah tinggi, gagal jantung, penyakit katup jantung, dan penyakit arteri koroner. Gejala aritmia tidak bisa

dianggap sepele karena gangguan irama jantung ini bisa meningkatkan risiko stroke, bahkan menjadi penyebab kematian mendadak.

f. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

Adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati, ditandai oleh keterbatasan aliran udara persisten, bersifat progresif, dan disertai dengan respons inflamasi kronik pada saluran napas paru akibat gas atau partikel berbahaya. Eksaserbasi dan komorbid berkontribusi terhadap perburukan penyakit. Penyakit paru obstruktif kronik merupakan proses inflamasi paru kronik, termasuk bronkitis kronis dengan fibrosis disertai obstruksi saluran napas kecil, dan emfisema dengan pelebaran rongga udara disertai destruksi parenkim paru, penurunan elastisitas paru, dan obstruksi saluran napas kecil (Suradi et al., 2015). PPOK adalah sekelompok penyakit paru menahun yang berlangsung lama dan disertai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara (Zaini Miftach, 2018)

g. Gangguan Metabolik

Adalah keadaan klinis yaitu terdapatnya sekumpulan kelainan metabolik antara lain obesitas, kelainan kadar lemak darah terutama kolesterol High Density Lipoprotein (HDL) dan trigliserida, serta peningkatan tekanan darah dan kadar glukosa darah puasa, yang dapat meningkatkan risiko terhadap berkembangnya penyakit kardiovaskuler dan DM tipe 2. Faktor gaya hidup, terutama aktivitas fisik dan asupan,

dianggap sebagai faktor utama yang berkontribusi terhadap kejadian sindrom metabolik.(Hasdiana, 2018)

h. Gangguan Muskuloskeletal

Adalah gangguan kronik pada otot, tendon, dan syaraf yang disebabkan oleh penggunaan tenaga secara repetitif, pergerakan yang cepat, penggunaan tenaga yang besar, kontak dengan tekanan, postur janggal atau ekstrim, getaran dan temperatur yang rendah.

4. Komplikasi

Kompikasi yang terjadi pada pasien intoleransi aktivitas antara lain

a. Stroke

Stroke ialah kondisi yang terjadi ketika sebagian sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang ada di otak. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga berhenti, sehingga sebagian otak tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Agromedia, 2009).

b. Infeksi system syaraf

Infeksi terhadap Susunan Saraf Pusat (SSP) merupakan penyakit yang serius dan dapat menimbulkan kematian dan disabilitas berat jika tidak terdeteksi dan tertangani secara tepat. Infeksi SSP dapat berupa

ensefalitis, meningitis, mielitis, ataupun dalam bentuk kombinasi seperti meningoensefalitis (PERDOSSI, 2016)

c. Gangguan tulang otot

Seperti kram otot, distrofi otot, tendinitis, atrofi otot, fibromyalgia

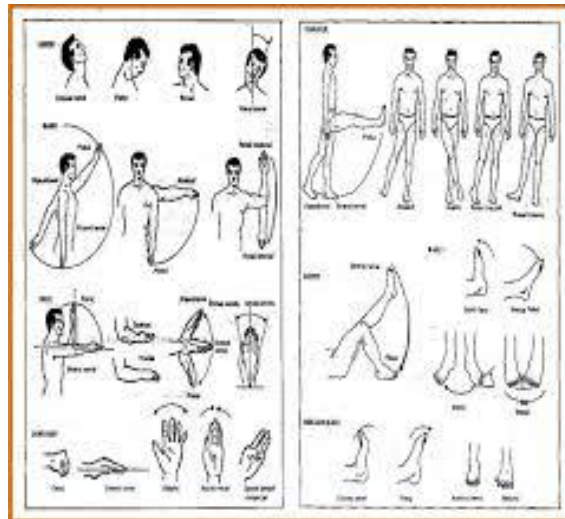
5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan intoleransi aktivitas menurut (Tim Pokja SIKI,2017), memfasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami, memfasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial, memfasilitasi aktivitas fisik rutin (misalnya ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri). Memfasilitasi pasien untuk mengganti aktivitas saat mengalami keterbatasan waktu, energi dan gerak. Memfasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot. Memfasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (misalnya kegiatan kegiatan keagamaan khusus). Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu

C. Konsep mobilisasi dini

1. Pengertian

Mobilisasi dini ialah kebijakan untuk secepat mungkin untuk membimbing penderita turun dari tempat tidur dan berjalan. Mobilisasi dini ialah proses aktivitas yang dilakukan sesudah pembedahan, mulai dari olahraga ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun dari tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi (Brunner & Suddarth, 2016). Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas, mudah dan teratur dalam rangka memenuhi kebutuhan aktivitas untuk memelihara kesehatannya (Setyoadi, 2021). Mobilisasi dini merupakan aspek penting dari fungsi fisiologis karena penting untuk mempertahankan otonomi.

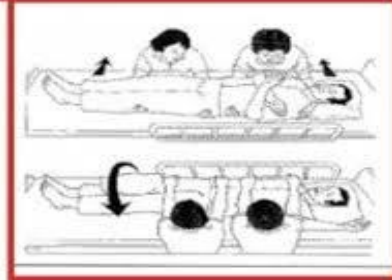


Mobilisasi dini harus dilakukan secara bertahap. Adapun tahapan menurut Clark, E. Diane, Lowman, D. John, Griffin, L. Russell, Matthews, M. Helen, Reiff, A. Donald, (2013), mobilisasi dini dibagi menjadi 4 tahapan yaitu:

- a. Tahap pertama

Pasien diajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30, 45°, 60°, dan 90°.

1. Latihan Miring Kanan dan Miring kiri



b. Tahap kedua

Pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur

c. Tahap ke tiga

Pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.

d. Tahap ke empat

Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

3. Tujuan

Tujuan dilakukan mobilisasi adalah untuk mencegah komplikasi postoperasi, meningkatkan kapasitas fungsional dan mengurangi lama rawat inap (Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, et al, 2019).

Standar Operasional Pelaksanaan (SOP) dari mobilisasi dini adalah:

- a. Melakukan verifikasi/memvalidasi identitas pasien
- b. Memberikan salam terapeutik
- c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien/keluarga
- d. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan
- e. Mencuci tangan dan menjaga privacy pasien
- f. Melatih menarik nafas dan coughing dalam yang dapat dilakukan sambil terletang
- g. Melakukan gerakan dorsalfleksi dan plantarfleksi pada kaki (gerakan pompa betis)
- h. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi
- i. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur
- j. Melakukan gerakan miringke kiri dan kanan secara bergantian
- k. Meninggikan posisi kepala dan badan dengan menggunakan bantal
- l. Melakukan gerakan ROM aktif
- m. Duduk sendiri
- n. Mampu berjalan sendiri
- o. Mengevaluasi hasil tindakan

- p. Berpamitan dengan pasien
- q. Mencuci tangan
- r. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan (tools dan sop mobilisasi terlampir)

4. Hubungan atau mekanisme penerapan mobilisasi dini dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas.

Pasien harus segera dilakukan tirah baring atau imobilisasi dini untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen. Mobilisasi dini sebagai upaya rehabilitasi jantung dilakukan sebagai tindakan perawat dalam melaksanakan peran rehabilitatif. Hal ini bertujuan untuk menghasilkan suatu perubahan fisiologis dan psikologis yang bermanfaat dengan meningkatkan kapasitas fungsional karena dapat mengembalikan pasien pada kehidupan atau pekerjaan semula. Apabila tirah baring/imobilisasi yang dilakukan terlalu lama akan menimbulkan berbagai masalah antarlain meningkatkan mortalitas, memperlama waktu perawatan, dan menambah biaya perawatan. Imobilisasi yang terlalu lama juga dihubungkan dengan perubahan kardiovaskuler. Tiga perubahan utama adalah hipotensi ortostatik, meningkatnya beban kerja jantung, dan pembentukan thrombus. Peran keluarga disini juga akan sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan fisiologis maupun psikologis kepada pasien. Peran keluarga sebagai motivator, edukator, dan perawat keluarga

sangat diperlukan pasien untuk mengurangi tingkat kesakitan pasien (Fitriana, 2018)

Mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi hingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh (Gusty, 2011)

5. Pathways

