

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Berdasarkan UU No. 13 tahun 1998 lansia merupakan orang yang berusia di atas 60 tahun. Penuaan merupakan bukan sebuah penyakit tetapi sebuah proses yang terjadi secara bertahap dan terus menerus. Pada proses penuaan akan terjadi penurunan fungsi tubuh yang mengakibatkan daya tahan tubuh juga menurun. UU No. 13 tahun 1998 tujuan dalam pelaksanaan pembangunan nasional adalah mewujudkan masyarakat yang adil serta makmur berdasarkan asas-asas dasar yang tercantum dalam konstitusi dan UUD 1945, menciptakan kondisi social masyarakat semakin berkembang dengan baik dan harapan hidup semakin baik, menjadikan lansia yang produktif dan berperan aktif dalam menjalankan kehidupan social bermasyarakat. Meningkatkan kesejahteraan social lansia dengan melestarikan nilai keagamaan dan budaya (Damayanti et al., 2020)

2.1.2 Klasifikasi Lansia

a) WHO mengklasifikasikan lansia menjadi 4 kelompok, antara lain :

1. Berusia 45-59 tahun ialah umur pertengahan (*middle age*)
2. Berusia 60-74 tahun ialah Lansia (*elderly*)

3. Berusia 75-90 tahun ialah lansia tua (*old*)
4. Berusia diatas 90 tahun ialah usia sangat tua (*very old*)

b) Departemen RI mengklasifikasikan lansia kedalam 3 kelompok, yaitu :

1. Virilitas (*prasenium*) adalah masa dimana lansia menunjukkan kemasakan jiwa, berusia 55-59 tahun.
2. Usia lanjut dini (*senescen*) merupakan sekelompok orang berusia 60 hingga 64 tahun yang mulai menua sejak dini.
3. Lansia berisiko tinggi mengalami penyakit degenerative yang berada di rentang usia 65 tahun (Aqidah, 2023).

2.1.3 Perubahan Lansia

Seorang lansia akan mengalami sebuah perubahan dalam dari segi kesehatan fisik dan mental, yang dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Penurunan fungsi kognitif pada lansia akan menyebabkan salah satu tanda penuaan. Fungsi kognitif lansia yang menurun adalah penyebab terbesar penurunan kemampuan lansia dalam menjalankan kehidupan sehari-hari, sehingga lansia cenderung ketergantungan kepada orang lain dalam merawat diri (Juwita et al., 2023)

2.2 Konsep Stroke

2.2.1 Pengertian Stroke

Terobosan aliran darah ke bagian tertentu di otak menyebabkan perubahan pada otak yang mengakibatkan terjadinya stroke. Kegagalan

sirkulasi yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dikenal dengan istilah stroke (Esti & Johan, 2020).

Gangguan kerang darah otak (GPDO), disebut juga stroke, adalah suatu kondisi dimana fungsi sebagian otak terganggu sehingga menyebabkan kurangnya neurologi dan kepalmudaan saraf (Rivky & Wicaksono, 2020)

2.2.2 Etiologi Stroke

1. Trombosit Serebral

Trombosit serebral terjadi ketika terjadi gangguan pada pembuluh darah, yang dapat menyebabkan iskemia pada otak sehingga terjadi edema dan kongesti pada daerah sekitarnya. Yang dapat menyebabkan trombosit serebral adalah terjadinya aterosklerosis, hiperkoagulasi, arteritis dan emboli.

2. Hemoragi (perdarahan)

Perdarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di daerah subarachnoid atau pada struktur otak itu sendiri dikenal dengan istilah perdarahan intrakranial atau intraserebral. Hipertensi dan aterosklerosis dapat merusak pembuluh darah. Aliran di otak terjadi ketika pembuluh darah pecah. Infark di otak, edema dan herniasi di otak merupakan konsekuensi potensial dari stres di otak.

3. Hipoksia Umum

Penangan darah tinggi, serangan jantung di paru-paru dan aritmia, gangguan sirkulasi ke otak, adalah beberapa penyebab paling umum dari hipoksia.

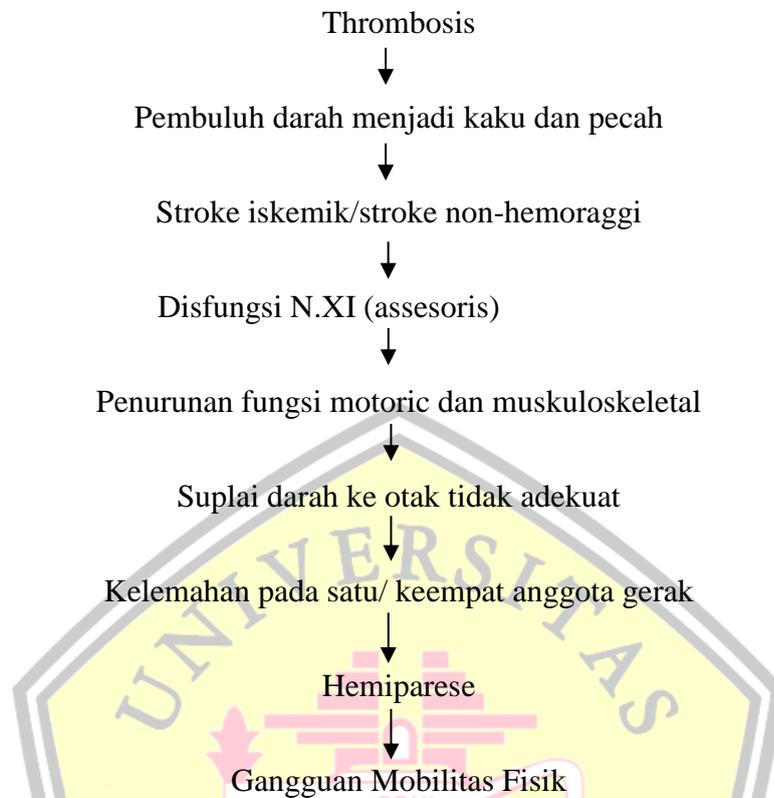
4. Hipoksia Setempat

Kejang serebral, yang diikuti dengan perdarahan subarachnoid dan vasokonstriksi arteri oksipital, menyebabkan nyeri pada tengkorak dan migrain, menyebabkan hipoksia lokal (Esti & Johan, 2020)

2.2.3 Patofisiologi Stroke

Thrombus menyebabkan stroke yang bukan disebabkan oleh kehilangan darah ke otak menurun dari proses stenosis hingga kaskade molekuler yang bersifat multi fisiologi. Keseluruhan dari mekanisme patofisiologis memiliki sifat yang kompleks dan hasil akhir adalah kematian neuronal yang diiringi oleh hilangnya fungsi neuron yang normal. Pada daerah penumbra menjadi sasaran pemberian terapi pada orang dengan stroke. Kecepatan dan ketepatan dalam menegakkan diagnosis stroke akan berdampak pada keberhasilan dari suatu terapi, prognosis dan kemungkinan terjadi komplikasi pada seseorang. Dari pengetahuan tentang mekanisme seluler 13 pada otak, seorang tenaga kesehatan dapat membuat keputusan klinis secara tepat untuk menetapkan terapi pada pasien stroke non hemoregik tipe thrombus (Rivky & Wicaksono, 2020).

2.2.4 Pathway



2.2.5 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan kedalam dua kelompok Artinya stroke iskemik menyebabkan stroke hemoragik. Komplikasi penyakit pembuluh darah dapat menyebabkan stroke iskemia, tsengamnya antara lain pandangan darah yang turun secara tiba-tiba, takikardia, pucat, dan nafas tidak teratur. Pada stroke hemoragik dikarenakan perdarahan pada intracranial yang dapat ditandai dengan tekanan darah yang meningkat dengan systole >200 mmhg, bradikardi, wajah keunguan, sianosis dan nafas snoring (Rivky & Wicaksono, 2020).

2.2.6 Komplikasi Stroke

Selain berdampak pada otak, stroke juga memiliki dampak pada masalah emosional dan mengakibatkan beberapa komplikasi antara lain :

- a. Pembekuan darah pada kaki yang lumpuh dan mengalami bengkak.
- b. Pneumonia terjadi karena ketidakmampuan batuk dan menelan sehingga terjadi penumpukan cairan.
- c. Penurunan kekuatan otot sendi sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik.
- d. Nyeri pada bahu karena otot disekitar bahu yang rusak karena gerakan saat di tolong orang lain.
- e. Radang otak
- f. Infeksi saluran kimia pada kantong kemih
- g. Demensia atau terganggunya proses berfikir dan daya ingat.
- h. Melakukan perubahan gaya hidup bila mempunyai disabilitas yang dapat berujung pada depresi.
- i. Deficit perawatan diri
- j. Decubitus karena lama berbaring yang menimbulkan luka pada tubuh.

2.2.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke antara lain:

- a. Stroke iskemik : muncul secara tiba-tiba yang berlangsung selama beberapa menit dan dapat hilang tanpa pengobatan, dapat muncul serangan berulang yang dapat memperberat dan tetap tempatnya.

1. *Reversible ischemic neurologic deficit (RIND)* muncul selama lebih dari 24 jam.
 2. *Progressing stroke* yang terjadi semakin lama semakin memberat karena terganggunya aliran darah.
 3. Permanen dan menetap
- b. Stroke non hemoregik. Suatu proses yang kompleks yang didasari oleh factor risiko. Terdapat factor yang bisa dirubah serta factor tidak bisa dirubah.
1. Factor tidak bisa diubah: umur, jenis kelamin, ras dan genetic.
 2. Factor yang bisa diubah
 - a. Hipertensi
 - b. Merokok
 - c. Aktivitas fisik
 - d. Diabetes mellitus
 - e. Obesitas
 - f. Hiperlipidemia
 - g. Nutrisi
 - h. Sindrom metabolic
 - i. Inflamasi
 - j. Penyalahgunaan zat
 - k. Kontrasepsi oral
 1. *Obstructive sleep apnea* (Novera, 2021)

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi serebral
mengidentifikasi stroke dengan penekanan khusus pada perdarahan atau obstruksi.
- b. SPECT (*single photon emission computed tomography*)
Mengidentifikasi luas dan daerah yang abnormal pada otak.
- c. CT Scan
Menunjukkan letak edema, posisi hematoma secara pasti.
- d. MRI
Menentukan posisi dan besarnya perdarahan otak dengan gelombang magnetic. Dapat mengetahui lesi dan infark hemoragik.
- e. EEG
Bertujuan mengetahui kendala pada jaringan infark.
- f. Pemeriksaan lapatorium
 1. Lumbang fungsi
 2. Pemeriksaan darah rutin
 3. Pemeriksaan kimia darah
 4. Pemeriksaan darah lengkap (Novera, 2021).

2.3 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.3.1 Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Ambarwati, Mobilitas adalah kemampuan untuk bergerak bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan dalam kehidupan sehari-hari.

Hilangnya kemampuan seseorang dalam bergerak akan menyebabkan orang tersebut tergantung dalam menjalankan perawatan kesehatan dan kehidupan sehari-hari (Adha, 2017).

2.3.2 Penyebab Terjadinya Gangguan Mobilitas Fisik

1. Rusaknya integritas struktural sambungan
2. Perubahan metabolisme
3. Kurangnya kekuatan fisik
4. Mengurangi kontrol atas otot
5. Kurangi jumlah massa otot
6. Kurangi kekuatan ototen
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi
11. Masalah dengan sistem muskuloskeletal
12. Masalah neuromuskular
13. indeks massa tubuh diatas 75% berhubungan dengan usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program untuk batas gerak
16. Nyeri
17. Kurangnya informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif

20. Tidak ada yang akan melakukan apa pun

21. Gangguan sensoripersepsi. (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

2.3.3 Manifestasi Klinis

Gejala gangguan mobilitas antara lain:

a. Tanda dan gejala mayor

1) Subjektif

a) Mengeluh membuat sulit bergerak ekstremitas

2) Objektif

a) Kekuatan otot turun

b) Rentang gerak ROM turun

b. Tanda dan gejala minor

1) Subjektif

a) Nyeri saat bergerak

b) Tidak melaksanakan gerak

c) Merasa ragu saat gerak

2) Objektif

a) Sendi kaku

b) Gerak tidak terkontrol

c) Gerakan terbatas

d) Fisik lemah (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

2.3.4 Kondisi Klinis terkait

1. Keganasan
2. Stroke
3. Osteomalasia
4. Cedera medulla
5. Osteoarthritis
6. Trauma
7. Fraktur (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

2.3.5 Komplikasi Gangguan Mobilitas Fisik

Komplikasi yang terjadi pada gangguan mobilitas fisik antara lain abnormalitas tonus, orthoastatic hypotension, deep vein thrombosis dan kontraktur. Pembekuan darah karena kaki yang lumpuh akan menyebabkan cairan mengumpul dan bengkak. Kondisi tersebut mengakibatkan embolisme paru karena terdapat bekuan pada arteri paru. Dapat menyebabkan decubitus karena bedrest pada daerah pinggul, pantat dan tumit. (Bakara & Warsito, 2016)

2.3.6 Latihan ROM

Latihan *Range of Motion* (ROM) ialah latihan gerakan sendi yang memungkinkan otot-otot tubuh mengembang dan bergerak, menggunakan setiap sendi dengan cara yang mirip dengan gerakan normal, baik secara

aktif maupun pasif (Potter dan Perry, 2005). Latihan ROM memiliki berbagai manfaat seperti:

- a. Berarti atau menjaga kekuatan dan kelenturan jenis otot tertentu
- b. Gangguan ringan pada fungsi jantung dan paru-paru
- c. Tujuannya untuk mencegah persendian menjadi kaku, tidak simetris atau kaku.

2.3.7 Jenis Latihan ROM

a. Latihan Aktif ROM

Latihan gerak ini dilaksanakan dengan menggerakkan setiap sendi sesuai dengan frekuensi gerakan yang normal. Semua sendi, mulai dari kepala hingga ujung kaki, digerakkan secara aktif.

b. Latihan Aktif Asistif

Latihan dilaksanakan sesuai kemampuan pasien, dengan bantuan perawat.

c. Latihan Pasif ROM

Latihan melibatkan perawat atau anggota staf lain yang membimbing pasien dengan mengubah gerakan mereka sesuai dengan rentang gerak mereka.

2.3.8 Indikasi dan Kontraindikasi Latihan ROM

1. Indikasi

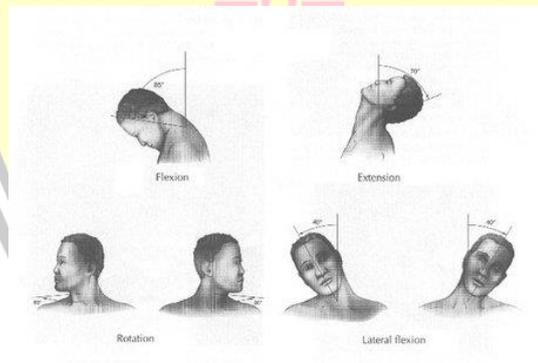
- a. Stroke atau pasangan tingkat samawadiya
- b. Kelemahan otot

- c. Fase rehabilitasi fisik
 - d. Klien dengan tirah baring lama
 - e. Mempertahankan keadaan normal jaringan lunak dan sendi sangat penting.
2. Kontra Indikasi
- a. Orang yang mempunyai masalah pada jantung dan paru-paru
 - b. Bisul dan radang sendi
 - c. Cedera di sekitar persendian

2.3.9 Gerakan Latihan ROM

1. Kepala

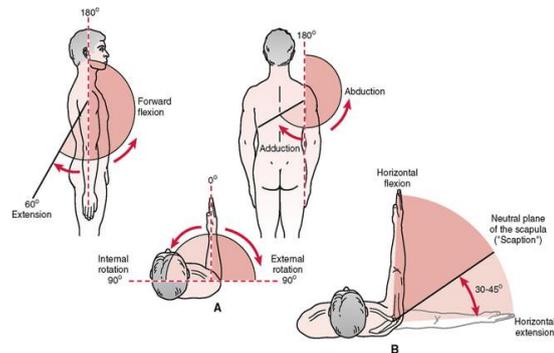
Kepala : Saat membalikkan tubuh ke arah tubuh, regangkan tubuh ke samping dan regangkan kembali ke posisi sebelumnya.



Gambar 2. 1 gerakan kepala

2. Tangan

Bahu: Naikkan lengan dan punggung.

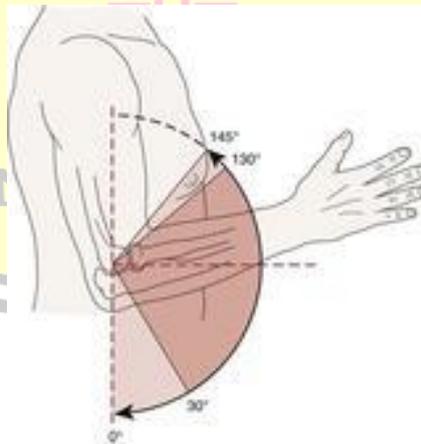


Abduksi adduksi : Dekatkan paha ke arah tubuh

Gambar 2. 2 gerakan bahu

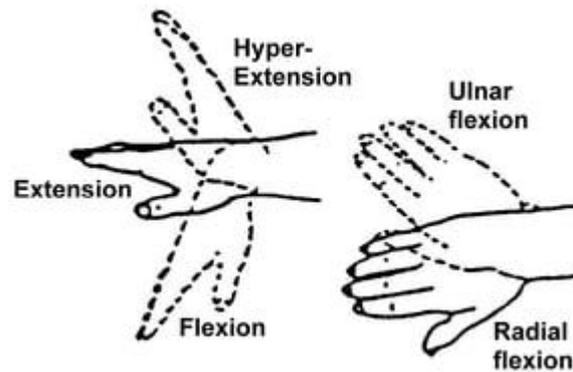
Siku: Bengkok siku sedemikian rupa sehingga usus jari menyentuh dagu.

Setelah selesai melakukannya, kembalikan posisinya.



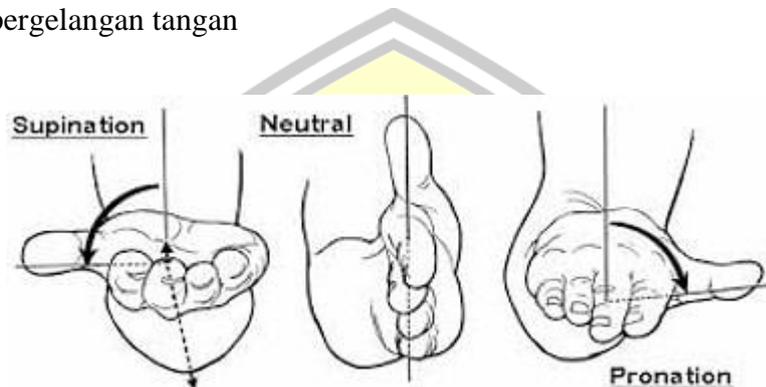
Gambar 2. 3 gerakan siku

Pergelangan tangan: dibelokkan baik ke atas maupun ke bawah



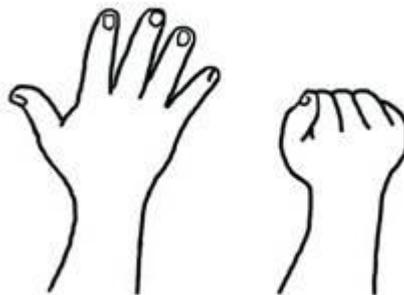
Gambar 2. 4 gerakan pergelangan tangan

Memutar pergelangan tangan



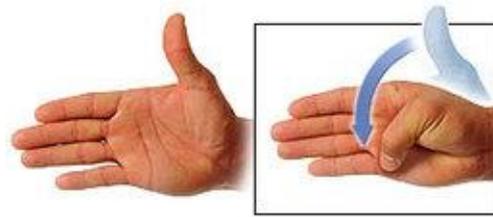
Gambar 2. 5 gerakan memutar pergelangan tangan

Gerakan jari jari tangan : Setelah melalui proses mengepaling tangan, maka kembali ke posisi semula.



Gambar 2. 6 gerakan jari tangan

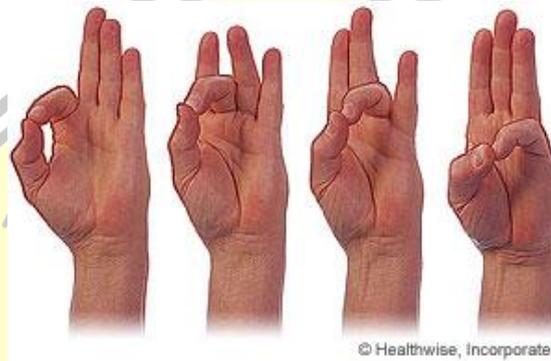
Gerakan jari jari tangan : Memutar jari jari tangan



© Healthwise, Incorporated

Gambar 2. 7 gerakan jari-jari tangan

Oposisi : Pusatkan setiap jari dengan ibu jari.

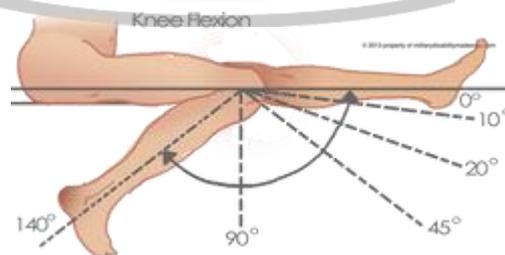


© Healthwise, Incorporated

Gambar 2. 8 gerakan oposisi

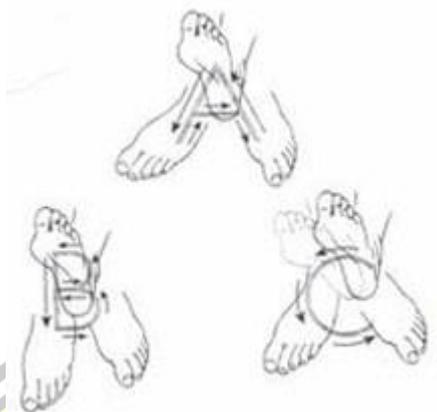
3. Kaki

Goyangkan atau bawa kecapai ke arah tanah. Kembali ke posisi dengan lutut atau kaki.



Gambar 2. 9 gerakan tekuk lutut

Putar bantalan telapak tangan baik ke dalam maupun ke luar. Menekuk ke bawah dengan jari dan kembali ke posisi. Jalin kedua jari masing-masing tangan. telapak kaki ke samping dalam dan luar.



Gambar 2. 10 gerakan memutar telapak kaki

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Stroke

2.4.1 Pengkajian

Melakukan pembahasan nama pasien, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan dan nomor rekam medis. Mengkaji keluhan yang dirasakan oleh klien dengan gangguan mobilitas fisik pada stroke, biasanya pasien mengeluh sulit dalam menggerakkan ekstremitas, penurunan kemampuan dalam menggerakkan tubuh.

2.4.2 Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki dan tangan.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien stroke sering melaporkan nyeri saat bergerak. epilepsi atau gangguan lain pada fungsi otak. Pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki dan tangan.

c. Riwayat kesehatan Dahulu

Melakukan pengkajian apakah terdapat riwayat hipertensi, pengobatan dalam hipertensi dan riwayat stroke sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga tersebut biasanya menderita diabetes, hipertensi atau stroke sebelumnya.

2.4.3 Age Related Changes (Perubahan terkait menua), Risk Factor (Faktor Resiko), Negatif Fungsional Change (Perubahan Fungsional Negatif) :

a. Status Fisiologi

Meliputi postur tulang belakang lansia, tekanan darah dengan nilai >130/70 mmHg karena faktor usia, nadi >100 x/menit karena lansia dengan tekanan darah yang tinggi cenderung akan mengalami takikardi dan akan mengakibatkan resiko jatuh, status gizi lansia.

b. Pengkajian Head To Toe

1. Kepala dengan hasil pemeriksaan bersih, mengalami kerontokan pada rambut karena lansia.
2. Mata dengan hasil pemeriksaan konjungtiva tidak tampak anemis, sclera normal, tidak terdapat katarak dan strabismus.

3. Hidung dengan hasil simetris, tidak ada peradangan maupun gangguan pada penciuman.
4. Mulut dan tenggorokan dengan mukosa tidak diperiksa secara lengkap, tidak ada peradangan maupun stomatitis, kesulitan mengunyah karena berkurangnya jumlah gigi yang disebabkan oleh factor usia.
5. Telinga dengan hasil pemeriksaan bersih, tidak ada peradangan, pendengaran sudah berkurang karena factor usia.
6. Leher dengan hasil pemeriksaan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.
7. Abdomen dengan hasil pemeriksaan bentuk normal, tidak ada rasa sakit pada tekan, suara usus normal.
8. Genetalia dengan hasil pemeriksaan kebersihan terjaga, tidak ada hemoroid.
9. Ekstremitas dengan hasil pemeriksaan kekuatan otot tangan kanan dengan nilai 2, tangan kiri nilai 4, kaki kanan dengan skor 2 dan kaki kiri skor 4. Terjadinya tremor, sehingga dengan pengurangan nilai kekuatan otot dan tremor maka akan menjadi penyebab dari resiko jatuh.

Nilai Kekuatan Otot Pada Ekstremitas (0-5) :

Skala 5 : ketika seluruh gerakan dapat dilaksanakan dengan tahanan otot yang maksimal tanpa berulang-ulang dengan mengakibatkan lelah

Skala 4 : bisa melaksanakan *Range Of Motion* (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan

Skala 3 : bisa melaksanakan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi), tetapi tidak dapat melawan tahanan.

Skala 2 : dimungkinkan untuk melakukan ROM secara keseluruhan dengan menggunakan dukungan atau dukungan untuk menopang kaki.

Skala 1 : ada kemungkinan untuk mengalami kontraksi minimal pada otot tertentu daripada mengalami gerakan apa pun.

Skala 0 : tidak ada gerakan di tubuh.

10. Refleks

Tabel 2. 1 Penilaian Reflek Biceps, Triceps, Knee, Achilles

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	+
Achilles	+	+

11. Penilaian rentang gerak sendi

Tabel 2. 2 Penilaian rentang gerak sendi

	Kanan	Kiri
Kaki	2	4
Tangan	2	4

12. Integument dengan hasil pemeriksaan kebersihan terjaga, warna anemis, lembab.

c. Pengkajian psikososial spiritual

Pada pasien penderita stroke mengalami kecemasan. Dengan pengukuran skala depresi geriatrik dengan nilai 5-9 yang menunjukkan kemungkinan mengalami depresi. Penilaian depresi menurut Beck At & Beck Rw

dengan nilai 5-7 menunjukkan depresi ringan, nilai 8-15 merupakan depresi sedang sedangkan 16 keatas merupakan hasil dari depresi berat

d. Pengkajian tingkat kerusakan intelektual/aspek kognitif lansia yang meliputi :

1. *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*

Meliputi pertanyaan tanggal, hari, bulan, nama presiden, alamat, umur, presiden sebelumnya, nama ibu, dan hasil pengurangan. Untuk lansia penderita stroke cenderung akan menghasilkam nilai 4-5 yang artinya fungsi intelektual kerusakan ringan yang disebabkan oleh factor usia (Anwari et al., 2023).

2. *Mini Mental State Examination (MMSE)*

orang yang terkena stroke mendapatkan nilai 24-30 yang artinya normal/tidak ada gangguan kognitif (Ulya, 2017).

3. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

Pasien cenderung suka mengkonsumsi makanan asin dengan kadar garam yang tinggi sehingga memiliki tekanan darah tinggi yang menyebabkan stroke (Hargiyati, 2022).

4. Pengkajian fungsional berdasarkan Barthel Indeks

Pasien penderita stroke yang disebabkan oleh penyakit hipertensi akan mengalami penurunan fungsi kemandirian (Hargiyati, 2022).

5. Pengkajian keseimbangan untuk lansia

Pada penderita stroke tidak bisa langsung bangun dari tempat duduk sehingga membutuhkan bantuan dalam aktivitas pada saat

melakukan perputaran leher pasien menolak yang cenderung alasannya takut jatuh, pasien tidak mampu untuk membungkuk, tidak bisa mengangkat salah satu kaki karena tremor, pasien tidak mampu untuk jalan dalam garis lurus, pasien berjalan dengan sempoyongan. Dengan pemeriksaan tersebut maka pasien akan mendapatkan nilai 11-15 yang artinya resiko jatuh tinggi (Lilyanti et al., 2022).

6. *The Time Up And Go Test (TUG TEST)*

Pada pemeriksaan ini pasien cenderung akan mendapatkan nilai 20-29 detik dikarenakan pasien tidak mampu berdiri langsung dari tempat duduk yang artinya pasien tersebut membutuhkan pegangan dari kursi dan bantuan dalam beraktivitas, pasien juga tidak bisa jalan lurus, dan pasien mengalami waspada pada saat berjalan karena tremor (Lijang et al., 2023). Hasil pemeriksaan dalam penilaian TUG TEST didapatkan nilai 27 detik dengan interpretasi memiliki risiko jatuh sedang dan membutuhkan bantuan saat beraktivitas.

7. Pengkajian lingkungan

Pengkajian lingkungan meliputi:

- a. Pemukiman :Ukuran suatu bangunan, jenis bangunan, atap, dinding, lantai, kebersihannya, ventilasi, penerangan, penempatan perabot dan perlengkapan rumah.
- b. Sanitasi : Cara mendapatkan air, cara membersihkan jamban, jenis jamban, jarak dari sumber air, cara membersihkan sampah, siapa

yang menangani sampah, ada atau tidaknya polusi di dalam ruangan, dan cara merawat hewan di penangkaran.

- c. Fasilitas : Peternakan, perikanan, taman, ruang pertemuan, sarana hiburan, sarana ibadah.
- d. Keamanan : sistem untuk keamanan lingkungan, termasuk kesiapsiagaan terhadap kebakaran dan bencana.
- e. Transportasi : jalan masuk ke dalam rumah dan jenis transportasi yang tersedia.
- f. Komunikasi : metode komunikasi dan penyebaran informasi.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis perdarahan merupakan penilaian terhadap bagaimana pasien bereaksi terhadap risiko terjatuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
Diagnosis perdarahan yang dapat dimbuli adalah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular yang ditandai dengan sefagar sulit mengerjakan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan ROM menurun.

2.4.3 Analisa Data

Tabel 2. 3 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah				
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengaku sulit menggerakkan kedua tangan dan kakinya. - pasien mengeluh nyeri saat bergerak <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="416 891 804 969"> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak - ROM menurun - fisik lemah - gerakan terbatas - nyeri saat bergerak - cemas saat bergerak - sendi kaku - stroke 	2	4	2	4	<p>Stroke</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplai darah ke otak tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemiparese</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
2	4						
2	4						

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Masalah mobilitas fisik terkait dengan penyakit neuromuskular (SDKI)	Mobilitas fisik dilakukan Setelah menjalani perawatan selama tiga hari dua puluh empat jam, diharapkan terjadi peningkatan mobilitas. Seiring dengan tujuan untuk hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan aliran ekstremitas 2. Peningkatan kekuatan pada otot 3. Ginjal dan nyeri pada punggung bawah 4. Kelemahan fisik 5. Peningkatan pergerakan tendon 	Pengamatan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cari tahu apakah ada nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Observasi kekuatan otot dan pergerakan sendi Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4. Ikutsertakan keluarga untuk membantu pasien dalam kekeperangan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dan proses mobilisasi. 6. Mendorong mobilisasi dini 7. Pelajari gerakan-gerakan sederhana yang perlu dilakukan (seperti tertidur) <i>Evidence Based Nursing Practice</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya terapi ROM 2. Diberikan Terapi Genggam Bola 3. Mobilisasi 4. Rangsangan Tastil

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Suatu proses keperawatan yang dilakukan untuk mencapai kriteria hasil dari asuhan keperawatan. Implementasi keperawatan terdiri dari melakukan, membantu dan memberikan arahan dalam kinerja aktivitas di kehidupan sehari-hari. Pada proses ini membantu pasien memenuhi kebutuhan setiap harinya serta kebutuhan dalam merawat kesehatan yang terdiri dari mengobservasi, tindakan keperawatan yang bersifat mandiri, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien dan melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan lainnya. (Novera, 2021)

2.4.6 Evaluasi

Menilai respon pada klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan, mengevaluasi kemajuan klien, kemandirian klien dan perkembangan klien dalam mempertahankan dan menjaga kesehatannya. Evaluasi klien sudah ditetapkan kriteria hasil dan tujuan pada intervensi yang dibuat sebelumnya (Novera, 2021).

S : keluhan yang dirasakan oleh pasien

O : suatu data yang didapatkan oleh perawat yang didapatkan saat observasi secara langsung.

A : intepetasi makna dari data objektif dan subjektif untuk mengevaluasi target.

P : suatu rencana pembedahan untuk dilanjutkan, dihentikan, diubah atau ditambah dengan rencana sebelumnya.