BAB II

TINJUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Cerebrovascular Accident* (CVA)

2.1.1. Pengertian *Cerebrovascular Accident* (CVA)

Cva merupkan kehilangan fungsi otak secara cepat dan mendadak, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah di otak (hemoragik) (Nurtanti & Ningrum, 2018). Gangguan tersebut menimbulkan gejala-gejala seperti kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Bakara & Warsito, 2016).

CVA (*Cerebrovascular Accident*) merupakan penyakit yang terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan berhentinya suplai oksigen ke bagian otak tiba-tiba atau gangguan status hemodinamik yang tidak stabil yang berlangsung selama 24 jam dan di tandai dengan wajah lumpuh sebelah, bicara pelo, lumpuh anggota gerak bahkan sampai koma dan dapat mengancam jiwa (Junaidi, 2011).

2.1.2. Etiologi *Cerebrovascular Accident* (CVA)

Menurut Anwairi (2020), faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor presdisposisi dan faktor presipitasi.

1. Faktor predisposisi: Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak), embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), aterosklerosis .
2. Faktor presipitasi: Hipertensi, penyakit jantung, kolestrol tinggi, obesitas, diabetes mellitus, polistermia (kelebihan produksi eritrosit), gaya hidup yag buruk, seperti: merokok, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi.

2.1.3. Klasifikasi *Cerebrovascular Accident* (CVA)

Menurut Handayani & Dominica (2018), stroke dibagi menjadi 2, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Diperkirakan stroke non hemoragik (iskemik) mencapai 85% dari jumlah stroke yang terjadi

1. Cva Iskemik

   Stroke iskemik (non hemoragik) terjadi bila pembuluh darah yang memasok darah ke otak tersumbat. Jenis stroke ini yang paling umum (hampir 90% stroke adalah iskemik). Kondisi yang mendasari stroke iskemik adalah penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah (disebut aterosklerosis). Kolesterol, homocysteine dan zat lainnya dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring waktu, plak menumpuk. Hal ini sering membuat darah sulit mengalir dengan baik dan menyebabkan bekuan darah (trombus) Gejala stroke iskemik ini dapat bervariasi pada seseorang yang mengalaminya, tergantung pada lokasi arteri di bagian otak yang terpengaruh.

2. Cva hemoragik

   Stroke hemoragik disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam atau di sekitar otak, menghalangi suplai darah ke jaringan otak yang dituju. Selain itu, darah mengalir masuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya, mengganggu atau mematikan fungsinya.

   a. Perdarahan intra serebral (PIS) Pendarahan otak disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah Otak membuat darah mengalir keluar dari pembuluh darah, dan kemudianmenjadi jaringan otak (Junaidi, 2011). Penyebab ICH biasanya Dinding yang rusak akibat tekanan darah tinggi yang berkepanjangan pembuluh darah, salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stres fisik, emosi, tekanan darah tinggi Pembuluh darah pecah tiba-tiba. sekitar 60-70% ICH disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Alasan lain adalah deformitas Pembuluh darah kongenital, koagulopati. Faktanya, 70% kasus mengakibatkan fatal, terutama jika perdarahannya banyak (besar) (Rahmadhani, Diana, Lestari, & Riesmiyatiningdyah, 2020)

b. Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA) Perdarahan subarachnoid adalah keluarnya darah ke dalam ruang subarachnoid Dari situs lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber lain perdarahan subarachnoid ruang subarachnoid primer) (Rahmadhani et al., 2020) Penyebab paling umum PSA primer adalah ruptur aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% Aneurisma yang menyebabkan PSA berupa aneurisma sakular kongenital, hemangioma (6-20%), koagulopati (iatronik/antikoagulan), abnormal Hematologi (misalnya, trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), Tumor, infeksi (misalnya, vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, tuberkulosis), idiopatik atau tidak diketahui (25%), dan trauma kepala (Junaidi, 2011). Sebagian besar kasus PSA terjadi tanpa penyebab eksternal, tetapi Sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. aktivitas fisik Menonjol, misalnya: angkat beban, membungkuk, batuk atau bersin Terlalu keras, tegang, dan melakukan hubungan seksual (intercourse).

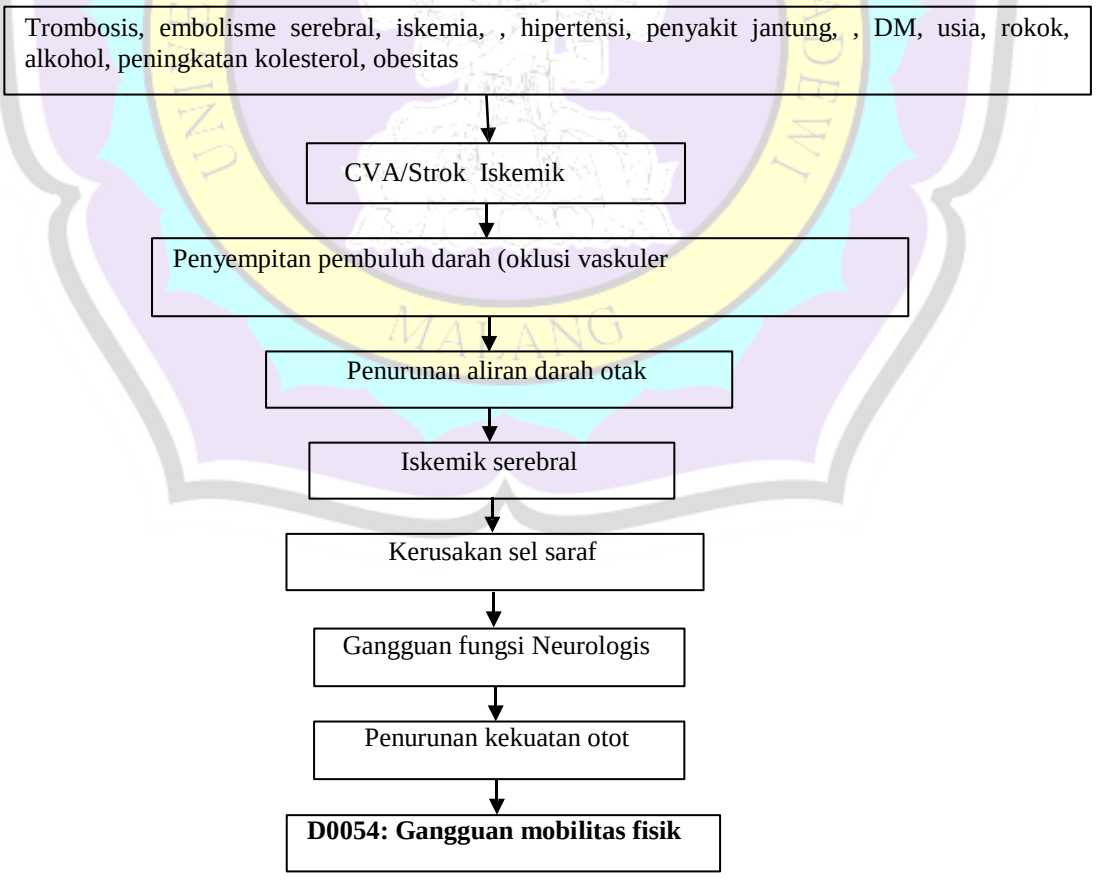
2.1.4. Patofisiologi *Cerebrovascular Accident* (CVA)

Secara umum, stroke terbagi menjadi dua, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke iskemia. Hal tersebut didasarkan pada atas penyebab dan tanda klinis yang dilihat maupun didapatkan. Stroke iskemia secara terminologi merupakan stroke yang disebabkan karena adanya penurunan bahkan tidak adanya sirkulasi darah. Hal tersebut menyebabkan sel-sel neuron mengalami penurunan karena kekurangan bahan yang didapat dari sirkulasi darah. Bahan- bahan yang seharusnya diperoleh oleh sel neuron seperti glukosa. Jika terjadi kekurangan glukosa, maka sel neuron tidak akan dapat memproduksi sumber energi utama yang berasal dari metabolism anaerob. Penyebab stroke iskemia yang paling sering atau umum adalah penyakit oklusi pembuluh arteri besar, penyakit pembuluh darah kecil, dan kardioemboli. Terjadinya stroke hemoragik serebral dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu angiopati amiloid. Angiopati amiloid terjadi ketika deposit amiloid di pembuluh darah menyebabkan dinding pembuluh melemah. Faktor kedua dipengaruhi oleh tekanan darah tinggi, yang juga dapat menyebabkan pembuluh darah melemah. Stroke hemoragik biasanya disebabkan oleh peningkatan tekanan darah atau tekanan darah tinggi. Selain itu, stroke hemoragik dipengaruhi oleh beberapa faktor lain.

Peningkatan tekanan darah atau aliran darah yang cepat ke otak menyebabkan pembuluh darah pecah. Pecahnya pembuluh darah pada stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di parenkim otak pecah, menyebabkan hematoma oleh efek massa neurotoksisitas komponen darah dan inisiasi degradasi, menyebabkan kerusakan jaringan. Derajat hematoma dapat meningkatkan tekanan intrakranial di otak. Menyebabkan lisis sel darah merah, menyebabkan Hb sitotoksik, menyebabkan pelepasan komponen Hb (heme dan besi), dan menyebabkan pembentukan radikal bebas melalui oksidasi. Oksidasi ini dapat merusak protein, asam nukleat, karbohidrat dan lemak serta dapat menyebabkan nekrosis (Soewarno & Annisa, 2017).

Menurut Aditama & Muntamah (2024), bahwa pasien stroke menyebabkan kerusakan jaringan otak yang dapat mengganggu saraf pusat motorik dan keseimbangan yang akan mengganggu kemampuan otak untuk mengontrol gerakan tubuh sehingga kesulitan dalam menjaga keseimbangan tubuh saat berjalan atau melakukan aktivitas lain. seperti berjalan, berpindah posisi, mandi, berpakaian, atau makan.

2.1.5. WOC



Gambar 2.1 Gangguan mobilitas fisik

2.1.6. Manifestasi klinis

Pasien cva non Hemoragik pada umumnya akan mengalami gangguan sensoris dan motoris yang mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot ,perubahan status mental secara mendadak ,serta hilangnya koordinasi,hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (hemiparesis) (Oxyandi & Utami,2020).Maneifestasi klinis juga dapat di tandai dengan kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak ,gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan ,perubahan status mental yang mendadak ,afasia (bicara tidak lancer),ataksia (gangguan gerak) anggota badan.

2.1.7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Bakhtiar & Rochana (2020), bahwa pemeriksaan penunjang cva hemoragik yaitu:

1. Angiografi Serebral: identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri
2. Single-photon emission computed tomography (SPECT): untuk mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan)
3. Computed tomography: Pemindaian ini menunjukkan, antara lain, lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaa ini harus segera (kurang dari 12 jam) dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subaraknoid. Bila hasil CTScan tidak menunjukan adanya perdarahan subaraknoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya xanthochro xanthochromia.
4. MRI: Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan.MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.

5. Ultrasonografi Doppler Karotis

   Untuk menilai adanya penyempitan atau sumbatan pada arteri karotis sebagai faktor risiko stroke iskemik

6. Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, hitung darah lengkap.

2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut Saidi & Andrianti (2021), adapun penatalaksanaan terapi farmakologis yaitu:

1. Penatalaksanaan Medis (terapi farmakologi)
   a. Mitigasi cedera iskemik serebral Intervensi pertama berfokus pada mempertahankan sebanyak mungkin area iskemik dengan menyediakan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang cukup dengan mengontrol atau memodifikasi aritmia dan tekanan darah.
   b. Pemberian Deksametason
   c. Dengan menaikkan kepala, yang mengontrol hipertensi dan menurunkan tekanan intrakranial, sebesar 15-30 derajat untuk mencegah kepala menekuk atau berputar berlebihan.
   d. Perawatan
      1) Antikoagulan: Heparin untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut
      2) Antitrombotik: Pemberian ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian trombolitik atau emboli
      3) Diuretik: Untuk mengurangi edema serebral
   e. Pembedahan Endarterektomi arteri karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah di otak.
2. Penatalaksanaan

   Keperawatan terapi non-farmakologi (Saidi & Andrianti, 2021)

   a. Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.

b. Jaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai.
c. Mempertahankan tanda vital stabil
d. Istirahat di tempat tidur
e. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
f. Hindari demam, batuk, sembelit, dan minum berlebihan.

2.1.9. LATIHAN RENTANG GERAK

Latihan Rentang Gerak (Range of Motion/ROM)

Latihan rentang gerak (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan sendi dalam bergerak secara optimal. ROM terbagi menjadi dua jenis, yaitu ROM aktif dan ROM pasif (Potter & Perry, 2017).

1. Latihan ROM Aktif

   Latihan ROM aktif adalah gerakan sendi yang dilakukan secara mandiri oleh pasien dengan menggunakan kekuatan ototnya sendiri. Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki sirkulasi, serta mempertahankan fungsi sendi. ROM aktif biasanya diberikan pada pasien yang masih mampu menggerakkan anggota tubuh secara mandiri (Kozier et al., 2018).

2. Latihan ROM Pasif

   Latihan ROM pasif merupakan gerakan sendi yang dilakukan tanpa usaha atau kontraksi otot dari pasien, melainkan dibantu sepenuhnya oleh perawat atau keluarga. Latihan ini diberikan kepada pasien dengan keterbatasan mobilitas, misalnya pada pasien stroke dengan hemiparese atau hemiplegia, pasien tirah baring lama, atau pasien dengan kelemahan otot berat.

Menurut Smeltzer et al. (2020), tujuan utama latihan ROM pasif adalah mencegah terjadinya kontraktur, kekakuan sendi, dan atrofi otot, serta mempertahankan elastisitas jaringan lunak. Selain itu, latihan ini juga membantu

memperlancar sirkulasi darah, mengurangi risiko trombosis vena dalam, dan mempertahankan fungsi pernapasan serta metabolisme.

Latihan pasif dilakukan secara perlahan pada seluruh sendi besar maupun kecil, meliputi bahu, siku, pergelangan tangan, jari, panggul, lutut, pergelangan kaki, dan jari kaki. Gerakan dilakukan sesuai rentang gerak normal dengan pengulangan 5–10 kali setiap sendi, 2–3 kali sehari sesuai toleransi pasien. Perawat harus memperhatikan kenyamanan pasien dan menghindari gerakan yang menimbulkan nyeri (Potter & Perry, 2017).

Dengan demikian, baik latihan ROM aktif maupun pasif sama-sama penting dalam asuhan keperawatan pasien stroke. ROM aktif diprioritaskan bagi pasien yang masih mampu bergerak mandiri, sedangkan ROM pasif diperlukan bagi pasien dengan keterbatasan gerak agar komplikasi imobilisasi dapat dicegah.

2.1.11.Pengukuran Hasil Pengkajian Tentang Gerak

Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik, meliputi kekuatan otot, rentang gerak sendi (Range of Motion), koordinasi, keseimbangan, dan gaya berjalan. Hasil pengkajian digunakan untuk menentukan tingkat kemandirian pasien dan kebutuhan intervensi keperawatan

Komponen Gerak	Aspek yang Dinilai	Cara Pengukuran / Observasi	Skala Penilaian (1–4)	Keterangan
Kekuatan otot	Kemampuan otot menahan beban	Tes manual dengan tahanan ringan–kuat	1 = Lemah sekali 2 = Lemah 3 = Cukup kuat 4 = Kuat	Dilakukan pada lengan, tungkai, dan punggung
Range of Motion (ROM)	Fleksi, ekstensi, rotasi, abduksi, adduksi	Gunakan goniometer atau observasi visual	1 = Terbatas berat 2 = Terbatas sedang 3 = Terbatas ringan 4 = Normal	Bandingkan dengan rentang gerak normal
Koordinasi gerak	Kemampuan mengatur gerak tubuh	Tes jari ke hidung, jalan lurus	1 = Tidak mampu 2 = Kurang terkoordinasi 3 = Cukup baik 4 = Baik	Observasi langsung

Keseimbangan	Menjaga posisi tubuh	Tes berdiri satu kaki, duduk tanpa sandaran	1 = Tidak seimbang 2 = Kurang stabil 3 = Cukup stabil 4 = Stabil	
Gaya berjalan (Gait)	Pola dan kestabilan langkah	Observasi cara berjalan	1 = Tidak mampu 2 = Pincang / tidak stabil 3 = Sedikit tidak seimbang 4 = Normal	Digunakan untuk menilai mobilitas umum

Interpretasi Hasil

• Skor Total 16–20: Gerak normal, tidak ada gangguan.

• Skor 11–15: Terbatas ringan, perlu latihan mobilisasi.

• Skor 6–10: Terbatas sedang, perlu bantuan sebagian.

• Skor ≤5: Terbatas berat, membutuhkan bantuan penuh.

2.1.12. Teknik Gerakan ROM

LATIHAN PASIF

a. **Latihan pasif anggota gerak atas** (Latihan ini di bantu oleh perawat,terapis atau keluarga)

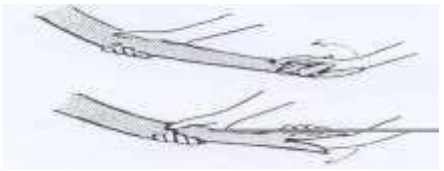
1) Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu.



1) Gerakan menekuk dan meluruskan siku.



2) Gerakan memutar pergelangan tangan



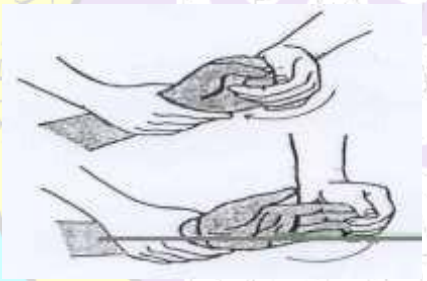
3) Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan.



4) Gerakan memutar ibu jari.



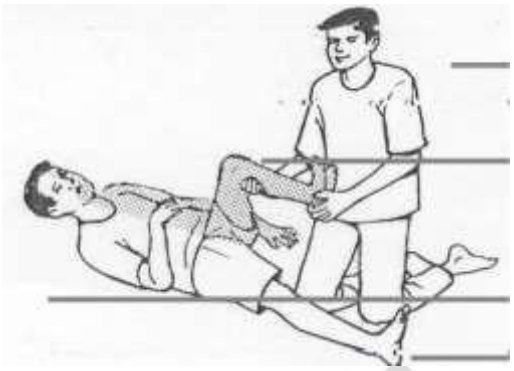
5) Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.



b. **Latihan Pasif Anggota Gerak Bawah** 1) Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha.



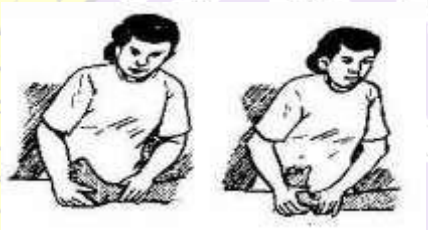
2) Gerakan menekuk dan meluruskan lutut.



3) Gerakan untuk pangkal paha.



4) Gerakan memutar pergelangan kaki



2.2. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut PPNI (2016), gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan terjadinya pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, hambatan dalam melakukan aktifitas (Potter, P.,& Perry, 2010).

2.2.2. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan musculoskeletal, nyeri dan salah satu yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu osteoarthritis yang merupakan peradangan pada sendi yang menyebabkan nyeri pada sendi (PPNI, 2016)

2.2.3. Gejala Dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut PPNI (2016), subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat gejala dan tanda dari gangguan mobilitas fisik terdiri dari dua yaitu:

1. Gejala dan tanda mayor

   Gejala dan tanda mayor secara subjektif yaitu **mengeluh sulit menggerakan ekstremitas dan secara objektif yaitu kekuatan otot menurun ,rentang gerak ROM menurun**

2. Gejala dan tanda minor

   Gejala dan tanda minor secara bergerak dan secara objektif yaitu **sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.**

2.2.4.Skor ROM (Range of Motion) Rentang Gerak

Berikut adalah tabel penilaian Skor ROM (Range of Motion) yang menggambarkan kemampuan rentang gerak sendi tubuh manusi

Bagian Tubuh	Gerakan yang Dinilai	Rentang Normal (°)	Skor ROM	Keterangan
Bahu	Fleksi (mengangkat ke depan)	0 – 180°	4	Normal
Siku	Fleksi (menekuk)	0 – 150°	3	Sedikit terbatas
Pergelangan tangan	Ekstensi	0 – 70°	2	Terbatas
Pinggul	Fleksi	0 – 120°	4	Normal
Lutut	Fleksi	0 – 135°	3	Terbatas ringan
Pergelangan kaki	Dorsofleksi	0 – 20°	1	Terbatas berat

Keterangan Skor:

4 = Gerak penuh (normal)

3 = Terbatas ringan

2 = Terbatas sedang

1 = Terbatas berat

0 = Tidak dapat digerakkan

2.2.4. Skala Kekuatan Otot

Tabel 2.1 Skala kekuatan otot

Skala	Presentase kekuatan otot	Karakteristik
0	0	Tidak ada pergerakan otot sama sekali
1	10	Ketika palpasi terdapat kontraksi namun tidak ada pergerakan
2	25	Terdapat Gerakan namun tidak ada lawan terhadap gravitasi
3	50	Pergerakannya mampu melawan gravitasi
4	75	Gerakannya bisa menahan kekuatan penahan secara penuh
5	100	Dapat bergerak dan melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.4 Defenisi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistic dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan restruktur.

2.2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

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 pasien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon pasien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001)

a. Keluhan utama

   Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan otot anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat penyakit sekarang

   Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain itu gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.

c. Riwayat penyakit dahulu

   Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

d. Riwayat penyakit keluarga

   Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi diabetes mellitus atau ada riwayat stroke dari generasi terdahulu.

e. Pengkajian psikososiospiritual

   Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitis dan perilaku klien.

f. Pemeriksan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (head to toe). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga maupun kelompok terhadap suatu proses kehidupan/masalah tentang kesehatan secara aktual atau potensial yang kemungkinan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut (Taqiyyah & Jauhar, 2013).

Sebelum merumuskan diagnosa keperawatan, perawat mengidentifikasi masalah perawatan kesehatan umum klien. Untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, perawat harus lebih dahulu menentukan apa masalah kesehatan klien dan apakah masalah tersebut potensial atau aktual. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada data pengkajian (PPNI, 2017) salah satunya adalah: GANGGUAN MOBILITAS FISIK (D.0054). Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017),

3. Perencanaan (Intervensi)

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	**Perencanaan Keperawatan**	
	Tujuan & Kriteria Hasil (L.05042)	**Intervensi (I.05173)**
Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik	**Dukungan mobilisasi** **Observasi:** 1. fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
D.0054	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat	

Pengertian :	Kriteria Hasil:					
Keterbatasan dalam gerakan fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
	1	Pergerakan ekstremitas				
		1	2	3	4	5
	2	Kekuatan otot				
		1	2	3	4	5
		Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
	3	Rantan Gerak (ROM)				
		1	2	3	4	5
	4	Gerakan terbatas				
		1	2	3	4	5
	5	Kelemahan fisik				
		1	2	3	4	5

3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Melakukan kompres hangat jahe dan ROM)
2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017),

2. **Implentasi**

   Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2010).

3. **Evaluasi**

   Evaluasi adalah fase keempat dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan aktivitas yang di rencanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi ini akan menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan ataupun dirubah. Evaluasi keperawatan adalah tahap

terakhir dari proses keperawatan. kegiatan Kegiatan evaluasi ini merupakan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah proses implementasi keperawatan dengan tujuan yang diharapkan dalam perencanaan dan kritetia hasil evaluasi yang telah diharapkan dapat tercapai. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam SOAP (subyektif, obyektif, *assessment, planning*) (Taqiyyah & Jauhar, 2013).