

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan dasar manusia**

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki kebutuhan dasar untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Kebutuhan dasar manusia memiliki banyak kategori atau jenis. Salah satunya adalah kebutuhan fisiologi (seperti oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, dan latihan). Kegagalan pemenuhan kebutuhan dasar menimbulkan kondisi yang tidak seimbang, sehingga diperlukan bantuan terhadap pemenuhannya kebutuhan dasar tersebut(Wahyu Ilahi et al., n.d.)

Kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritasasuhan keperawatan. Abraham Maslow, membagi kebutuhan dasar manusia kedalam lima tingkat, sebagai berikut:

- a. Kebutuhan Fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, makan, minum, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman, kebutuhan ini di bagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas amcaman terhadap tubuh seperti penyakit, kecelakaan, atau bahaya

dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman baru dan asing, misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama, karena terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang baru.

- c. Kebutuhan Sosial (Cinta dan Kasih Sayang), Kebutuhan ini memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan dan mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan Harga Diri, perasaan di hargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.
- e. Kebutuhan Aktualisasi Diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat optimal. Kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persarafan dan muskuloskeletal yang menunjukkan penggabungan ilmu pengetahuan dan keterampilan.  
(Sulistiyowati, 2020)

Aktivitas artinya “kegiatan atau keaktifan” (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik, merupakan suatu aktivitas.

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persyarafan, otot dan tulang, sendi serta faktor pendukung lainnya. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Istirahat sama pentingnya dengan kebutuhan aktivitas, setiap individu membutuhkan istirahat untuk memulihkan kembali kesehatannya , istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar (Wartonah, 2010).

## 2. Konsep Dasar Aktivitas

Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadikan salah satu faktor independen dalam suatu penyakit kronis yang bisa menyebabkan kemartian secara global. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan didalam tubuh.(Ernawati, S.Kep, 2021)

### 1) Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas rangka (tulang), otot dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan dan aktivitas manusia. Rangka memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati dan medulla spinalis.
- c) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligamen.
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak. Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

Sementara otot berperan dalam proses pergerakan, memberi bentuk pada postur tubuh dan memproduksi panas melalui aktivitas kontraksi otot.

- e) Otot, secara umum berfungsi untuk kontraksi dan menghasilkan gerakan-gerakan. Otot ada tiga macam, yaitu otot rangka, otot polos, dan otot jantung. Otot rangka terdapat pada sistem skletal dan merupakan otot yang paling berperan dalam aktivitas fisik. Otot rangka berfungsi dalam membantu pengontrolan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas.
- f) Tendon adalah sekumpulan jaringan fibrosa padat yang merupakan perpanjangan dari pembungkus otot dan membentuk ujung-ujung otot yang mengikatkannya pada tulang. Tendon ini dibatasi oleh membran sinovial yang berfungsi untuk memberikan pelicin agar pergerakan tendon menjadi mudah.
- g) Ligamen adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur, dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendian dan menjaga kestabilan.
- h) Kartilago Kartilago terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Fungsi kartilago antara lain:
  - (1) Mengurangi gesekan dan berperan sebagai bantalan antar tulang di persendian.
  - (2) Membantu menopang berat badan saat tubuh melakukan kegiatan seperti berlari, membungkuk, atau melakukan peregangan.
  - (3) Sebagai perekat tulang-tulang di tubuh.
  - (4) Menjalankan fungsi sesuai organ yang dibentuknya.  
Contoh, telinga yang seluruhnya terdiri dari kartilago berfungsi untuk mendengar.

(5) Sendi, persendian memfasilitasi pergerakan dengan memungkinkan terjadinya kelenturan. Ada tiga jenis sendi, yaitu sendi sinartroses (sendi yang tidak bergerak, seperti batas tulang tengkorak). sendi amfiartroses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan. seperti tulang vertebrae), dan sendi diartroses (sendi yang bebas pergerakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher).

## 2) Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saral pusat.
- b) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.
- c) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan ke mudian memberikan respon melalui saraf eferen.
- d) Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskannya ke otot rangka.

Mekanika tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari. Mekanika tubuh adalah penggunaan organ tubuh secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Penggunaan mekanika tubuh yang tepat dapat mengurangi risiko cedera sistem muskuloskeletal.

Mekanika tubuh adalah suatu istilah yang digunakan tubuh dan bagian-bagiannya secara efisien, aman dan terkoordinasi untuk memindahkan suatu obyek dan melakukan pekerjaan sehari-hari. Dalam hal ini difokuskan pada penggunaan body mechanics oleh perawat/bidan pada saat mengatur posisi pasien di atas tempat tidur,

memindahkan pasien diantara tempat tidur, kursi roda dan brankar. Mekanika tubuh meliputi tiga elemen dasar yaitu sebagai berikut

- 1) Body alignment (postur tubuh). Susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain.
- 2) Balance/keseimbangan. Keseimbangan bergantung pada interaksi antara center of gravity dan base of support.
- 3) Coordinated body movement (gerakan tubuh yang terkoordinasi), yaitu mekanika tubuh berinteraksi dalam fungsi musculoskeletal dan sistem saraf.

### **3. Gangguan Aktivitas**

Gangguan aktivitas adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, baik secara fisik maupun mental. Gangguan aktivitas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti:

- 1) Penyakit atau cedera, gangguan aktivitas dapat disebabkan oleh penyakit atau cedera yang mempengaruhi kemampuan fisik atau mental, seperti stroke, cedera kepala, atau penyakit degeneratif.
- 2) Kondisi mental, gangguan aktivitas juga dapat disebabkan oleh kondisi mental, seperti depresi, kecemasan, atau gangguan bipolar.
- 3) Faktor lingkungan: Faktor lingkungan, seperti lingkungan yang tidak mendukung atau kurangnya sumber daya, juga dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas.
- 4) Faktor usia: Gangguan aktivitas juga dapat disebabkan oleh faktor usia, seperti penurunan kemampuan fisik atau mental yang terkait dengan penuaan.

Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan

tonus otot. Tonus otot sendiri adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan kontraksi otot rangka. Penggunaan mekanika tubuh secara benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Sedangkan dampak penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbulnya kelelahan dan gangguan dalam sistem musculoskeletal dan risiko terjadinya kecelakaan pada sistem musculoskeletal. Seseorang salah dalam berjongkok atau berdiri, maka akan memudahkan terjadinya gangguan dalam struktur musculoskeletal, misalnya kelainan pada tulang vertebrata.(Haswita, S.Kp., 2021)

a) Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Jenis-jenis mobilisasi sebagai berikut :

- 1) Mobilitas penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegi dapat mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:
  - (a) Mobilitas sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya

semen-tara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya di lokasi sendi dan tulang.

- (b) Mobilitas permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut but disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomilitis karena tergang-gunya sistem saraf motorik dan sensorik.

#### Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

- 1) Gaya Hidup. Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- 2) Proses penyakit/Cedera. Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam eks-tremitas bagian bawah.
- 3) Kebudayaan. Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat; sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- 4) Tingkat Energi. Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.
- 5) Usia dan status perkembangan. Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

b) Imobilisasi

Imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang menganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Jenis-jenis imobilisasi sebagai berikut:

- 1) Imobilisasi fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan.
- 2) Imobilisasi intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir.
- 3) Imobilitas emosional, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.
- 4) Imobilitas sosial, merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya, sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial.

Dampak dari imobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil) dan perubahan perilaku. Masalah-masalah pada kesejajaran tubuh dan mobilisasi banyak kondisi patologis yang mempengaruhi kesejajaran tubuh dan mobilisasi yaitu:

1) Kelainan postur

Kelainan postur yang didapat atau kongenital mempengaruhi efisiensi sistem muskuloskeletal. Misalnya tortikolis, skoliosis, lordosis, kifosis, kifolordosis, kifoskoliosis, footdrop, pigeon toes.

2) Gangguan perkembangan otot

Distrofi muskular adalah sekumpulan gangguan yang menyebabkan degenerasi serat otot skelet. Contohnya distrofi otot dan distrofi otot Duchenne.

3) Kerusakan sistem saraf pusat

Kerusakan komponen sistem saraf pusat yang mengatur pergerakan volunter mengakibatkan gangguan kesejajaran tubuh dan mobilisasi. Jalur motorik pada serebrum dapat dirusak oleh trauma karena cedera kepala, iskemia karena cedera cerebrovaskular (stroke), atau infeksi bakteri karena meningitis. Gangguan motorik langsung berhubungan dengan jumlah kerusakan pada jalur motorik. Misalnya seseorang yang mengalami hemoragik serebral kanan disertai nekrosis total, mengakibatkan kerusakan jalur motorik kanan dan hemiplegia pada tubuh bagian kiri.

4) Trauma langsung pada sistem musculoskeletal. Trauma langsung pada sistem musculoskeletal menyebabkan memar, kontusio, salah urat dan fraktur. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang. Fraktur terjadi karena deformitas tulang (misalnya fraktur patologis karena osteoporosis, penyakit plaget dan osteogenesis imperfekta).

#### **4. Gangguan Aktivitas Pada Penderita Parkinson**

Penyakit parkinson diakui sebagai salah satu gangguan neurologis yang paling umum, mempengaruhi sekitar 1% dari orang yang lebih tua dari 60 tahun. Insiden dan prevalensi penyakit Parkinson meningkat dengan usia, dan usia rata-rata onset adalah sekitar 60 tahun. Onset pada orang yang lebih muda dari 40 tahun relatif jarang. Pada penderita parkinson, gejala yang paling umum ditandai dengan tremor dan *bradikinesia* (Pergerakan lambat) (Da et al., 2024)

Keadaan penderita pada umumnya diawali oleh gejala yang non spesifik, yang didapat dari anamnesis yaitu kelemahan umum,

kekakuan pada otot, pegal-pegal atau kram otot, distonia fokal, gangguan ketrampilan, kegelisahan, gejala sensorik (parestesia) dan gejala psikiatrik (ansietas atau depresi). Gambaran klinis penderita parkinson:

1) Tremor

Biasanya merupakan gejala pertama pada penyakit parkinson dan bermula pada satu tangan kemudian meluas pada tungkai sisi yang sama. Kemudian sisi yang lain juga akan turut terkena. Kepala, bibir dan lidah sering tidak terlihat, kecuali pada stadium lanjut. Frekuensi tremor berkisar antara 4-7 gerakan per detik dan terutama timbul pada keadaan istirahat dan berkurang bila ekstremitas digerakan. Tremor akan bertambah pada keadaan emosi dan hilang pada waktu tidur.

2) Rigiditas

Pada permulaan rigiditas terbatas pada satu ekstremitas atas dan hanya terdeteksi pada gerakan pasif. Pada stadium lanjut, rigiditas menjadi menyeluruh dan lebih berat dan memberikan tahanan jika persendian digerakan secara pasif. Rigiditas timbul sebagai reaksi terhadap regangan pada otot agonis dan antagonis. Salah satu gejala dini akibat rigiditas ialah hilang gerak asosiatif lengan bila berjalan. Rigiditas disebabkan oleh meningkatnya aktivitas motor neuron alfa. Penderita parkinson sering mengeluhkan adanya kekakuan dalam menggerakan anggota tubuhnya ataupun dalam menggelengkan kepala. Kekakuan pada otot dan sendi juga ditandai dengan tulisan tangan menjadi kecil-kecil (micrographia).

3) Bradikinesia

Gerakan volunter menjadi lambat dan memulai suatu gerakan menjadi sulit. Ekspresi muka atau gerakan mimik wajah berkurang (muka topeng). Gerakan-gerakan otomatis yang terjadi tanpa disadari waktu duduk juga menjadi sangat kurang. Bicara menjadi lambat dan monoton dan volume suara

berkurang (hipofonia). Bradikinesia menyebabkan langkah menjadi kecil, yang khas pada penyakit parkinson. Pada stadium yang lebih lanjut sikap penderita dalam posisi kepala difleksikan ke dada, bahu membongkok ke depan, punggung melengkung kedepan, dan lengan tidak melenggang bila berjalan.

4) Wajah Parkinson

Seperti telah diutarakan, bradikinesia mengakibatkan kurangnya ekspresi muka serta mimik. Muka menjadi seperti topeng, kedipan mata berkurang, disamping itu kulit muka seperti berminyak dan ludah sering keluar dari mulut.

5) Bicara

Rigiditas dan bradikinesia otot pernafasan, pita suara, otot faring, lidah dan bibir mengakibatkan berbicara atau pengucapan kata-kata yang monoton dengan volume yang kecil dan khas pada penyakit parkinson. Pada beberapa kasus suara berkurang sampai berbentuk suara bisikan yang lamban. Bicara yang pelan. Kualitas berbicara mengarah pada kelembutan, serak dan monoton. Beberapa pasien dengan penyakit Parkinson mengeluh merasakan lidahnya berat dan kekacauan berbicara, tak jarang penderita parkinson mengalami *drooling* mengeluarkan air liur, biasanya disebabkan oleh kelemahan, kesulitan menelan dan postur tubuh yang membungkuk.

6) Disfungsi otonom

Disfungsi otonom pada pasien penyakit parkinson memperlihatkan beberapa gejala seperti disfungsi kardiovaskular (hipotensi ortostatik, aritmia jantung), gastrointestinal (gangguan dismotilitas lambung, gangguan pencernaan, sembelit dan regurgitasi), saluran kemih (frekuensi, urgensi atau inkontinensia), seksual (impotensi atau hypersexual drive), termoregulator (berkeringat berlebihan atau intoleransi panas atau dingin). Prevalensi disfungsi otonom ini

berkisar 14-18%. Patofisiologi disfungsi otonom pada penyakit parkinson diakui akibat degenerasi dan disfungsi nukleus yang mengatur fungsi otonom, seperti nukleus vagus dorsal, nukleus ambiguus dan pusat medullary lainnya seperti medulla ventrolateral, rostral medulla, medulla ventromedial dan nukleus rafe kaudal.

Pada dasarnya parkinson merupakan keadaan dimana neurodegeneratif yang berkembang pesat sehingga mematikan sel dopamin dan sel substansial nigra di otak. Sekumpulan sel dimana berfungsi mengendalikan gerakan tidak diinginkan atau involuntar kurang dapat mengendalikan gerakan-gerakan tanpa disadari. Dopamin sendiri merupakan neurotransmitter yang berperan dalam mengatur gerakan dan koordinasi otot. Pada penderita parkinson, kadar dopamin dalam tubuh menurun, yang mengakibatkan terjadinya gerakan pada tubuh yang tidak disadari oleh penderitanya.

**Tabel 1 Of Motion (ROM) Aktif-Pasif**

	<b>POLTEKKES KEMENKES TANJUNGKARANG</b>	<b>No. Dokumen : SOP.KDM.001</b>
	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b>	
	<b>MELATIH ROM PASIF DAN AKTIF</b>	
<b>Unit Laboratorium Keperawatan</b>		<b>Petugas/Pelaksana: Perawat, dosen, CI, mahasiswa</b>
<b>Pengertian</b>	Melakukan latihan pergerakan rentang sendi (ROM) sesuai dengan rentang gerak sendi penuh tanpa menyebabkan ketidaknyamanan. Latihan ROM dilakukan secara aktif, pasif atau aktif dengan bantuan	
<b>Indikasi</b>	Klien immobilisasi	
<b>Tujuan</b>	1. Mencegah atropi otot dan kontraktur sendi 2. Klien mampu mendemonstrasikan latihan ROM secara mandiri	
<b>Persiapan alat</b>	-	
<b>Persiapan pasien</b>	1. Lakukan tindakan dengan 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun) 2. Lakukan perkenalan diri dan identifikasi pasien 3. Jelaskan tujuan yang akan dilakukan 4. Jelaskan prosedur pelaksanaan 5. Buat informed consent	
<b>Persiapan lingkungan</b>	1. Jaga privasi pasien dengan memasang sketsel/sampiran 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman	
<b>Pelaksanaan</b>	1. Jelaskan prosedur dan waktu : tiap gerakan diulangi maksimal 5 kali atau tiap ekstremitas 5-7 menit (sesuai kondisi klien) dan latihan dilakukan 2 kali sehari 2. Lindungi privasi klien, perlihatkan hanya ekstremitas yang dilatih 3. Atur ketinggian tempat tidur senyaman mungkin 4. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja 5. Mulai latihan ROM dari kepala hingga seluruh bagian tubuh 6. Lakukan gerakan perlahan-lahan maksimal 5 kali, sokong penuh gerakan dengan perlahan tapi jangan berbalik menjadi nyeri, lelah atau tertahan	

- |  |  |
|--|--|
|  | <p>7. Kepala : bila memungkinkan posisikan duduk dengan gerakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotasi : Palingkan kepala ke kanan dan ke kiri</li> <li>• Fleksi dan ekstensi : Gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit didengakkan</li> <li>• Fleksi lateral : Gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampi bersentuhan</li> </ul> <p>8. Leher : posisi duduk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotasi : Putar leher setengah lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah yang berlawanan</li> </ul> <p>9. Tubuh : posisi duduk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fleksi dan ekstensi : Tundukkan tubuh ke depan, luruskan tubuh dan sedikit rentangkan ke belakang</li> <li>• Fleksi lateral : Rebahkan tubuh ke samping kiri, luruskan, lalu rebahkan ke samping kanan</li> </ul> <p>10. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur posisi lengan pasien menjauhi sisi tubuh dengan siku menekuk dengan lengan</li> <li>• Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan lain memegang pergelangan tangan klien</li> <li>• Tekuk tangan pasien ke depan</li> </ul> <p>11. Fleksi dan ekstensi siku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur lengan pasien menjauhi sisi tubuh klien dengan telapak tangan mengarah ke tubuh klien</li> <li>• Letakkan tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lain</li> <li>• Tekuk siku klien sehingga klien mendekat ke bahu</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>12. Pronasi dan supinasi lengan bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk</li> <li>• Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang pergelangan pasien dengan tangan lain</li> <li>• Tekuk siku klien sehingga tangan klien mendekat ke bahu</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>13. Pronasi dan supinasi lengan bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk</li> <li>• Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang tangan lain dengan tangan satunya</li> <li>• Putar lengan bawah klien sehingga telapak</li> </ul> |
|--|--|

	<p>klien menjauhi klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kembalikan ke posisi awal</li> <li>• Putar lengan bawah klien sehingga telapak tangan klien menghadap kearah klien</li> <li>• Kembali ke posisi semula</li> </ul> <p>14. Fleksi bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur posisi tangan klien di sisi tubuhnya</li> <li>• Letakkan satu tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya</li> <li>• Angkat lengan klien pada posisi awal</li> <li>• Abduksi dan aduksi bahu</li> <li>• Atur posisi lengan klien di samping badannya</li> <li>• Letakkan satu tangan di atas siku dan pegang tangan klien dengan tangan yang lainnya</li> <li>• Gerakkan tangan klien menjauhi dari tubuhnya ke arah perawat</li> <li>• Kembalikan ke posisi awal</li> </ul> <p>15. Rotasi bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur posisi lengan klien menjauhi dari tubuh dengan siku menekuk</li> <li>• Letakkan satu tangan atas klien dekat siku dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya</li> <li>• Gerakkan lengan bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>16. Fleksi dan ekstensi jari-jari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegang jari-jari klien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki erat-erat</li> <li>• Bengkokkan jari-jari kaki ke bawah</li> <li>• Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang</li> <li>• Kembalikan ke posisi awal</li> </ul> <p>17. Infersi dan efersi kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegang seluruh bagian atas kaki klien satu jari dan pegang pegang pergelangan kaki dengan tangan lainnya</li> <li>• Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki yang lain</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>18. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan satu tangan pada telapak kaki klien dan satu tangan lainnya di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks</li> <li>• Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari kaki ke arah dada klien</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>19. Fleksi dan ekstensi lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan satu tangan di bawah lutut klien</li> </ul>
--	--

	<p>dan pegang tumit klien dengan tangan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angkat kaki, tekuk lutut dan pangkal paha</li> <li>• Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin</li> <li>• Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>20. Rotasi pangkal paha</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan satu tangan pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut</li> <li>• Putar kaki menjauhi dada</li> <li>• Putar kaki mengarah ke perawat</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>21. Abduksi dan aduksi pangkal paha</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan satu tangan lainnya pada tumit</li> <li>• Jaga posisi kaki klien tetap lurus, angkat kaki 8 cm dari tempat tidur gerakkan kai menjauhi badan klien</li> <li>• Gerakkan kaki mendekati badan klien</li> <li>• Kembalikan ke posisi awal</li> </ul> <p>22. Observasi sendi-sendi klien dan wajah untuk tanda-tanda kepayahan, nyeri selama gerakan</p> <p>23. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman dan selimuti</p> <p>24. Kembalikan pelindung tempat tidur</p> <p>25. Mencuci tangan</p> <p>26. Dokumentasi respon dan toleransi klien</p>
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon klien selama latihan ROM (kesakitan, kelelahan)</li> <li>2. Keterlibatan klien dalam latihan ROM secara mandiri</li> <li>3. Observasi rentang gerak sendi dan bandingkan dengan rentang gerak sendi normal</li> </ol>

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama didalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis , menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan tidak sama dengan pengkajian medis. Pengkajian keperawatan ditujukan pada respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Tahap pengkajian ini

terdiri dari 4 komponen antara lain pengelompokan data, analisis data, perumusan diagnosa keperawatan. (Oktavianus, 2014)

Identitas meliputi : Nama, Umur (lebih sering pada kelompok usia lanjut, pada usia 50-an dan 60-an), Jenis kelamin (lebih banyak pada laki-laki), Pendidikan, Alamat Pekerjaan, Agama, Suku bangsa, Tanggal dan jam MRS, Nomor register, dan Diagnosis Medis.

a) Keluhan utama

Hal yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah gangguan gerakan, kaku otot, hilangnya refleks postural dan nyeri.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian dalam riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan menggunakan metode PQRST. Pada anamnesis klien sering mengeluhkan adanya tremor, sering kali pada salah satu tangan dan lengan, kemudian kebagian yang lain dan akhirnya bagian kepala, walaupun tremor ini tetap unilateral. Karakteristik tremor dapat berupa :lambat, gerakan membalik (pronasi-supinasi) pada lengan bawah dan telapak tangan. Keluhan lainnya pada penyakit meliputi adanya perubahan pada sensasi wajah, sikap tubuh, dan gaya berjalan. Adanya keluhan regiditas deserebrasi, berkeringat, kulit berminyak dan sering menderita dermatitis peboroik, sulit menelan, konstipasi, serta gangguan kandung kemih yang diperberat oleh obat-obat antikolinergik dan hipertron prostat.

- 1) P: Provokatif, yaitu membuat terjadinya timbulnya keluhan pada pasien parkinson seperti mengalami kelemahan otot, atau bahkan adanya bengkak pada kaki.
- 2) Q: Quality, yaitu seberapa berat keluhan terasa.
- 3) R: Regional, yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan pada pasien parkinson terjadi kelemahan anggota gerak dibagian esktremitas atas dan bawah.

- 4) S: Severity of scale, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat. Kelemahan anggota gerak dirasakan sedang.
  - 5) T: Time, yaitu kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, berapa sering dirasakan atau terjadi, apakah secara bertahap, apakah keluhan berulang-ulang, bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi. Kelemahan anggota gerak terjadi secara tiba-tiba atau pada saat pasien sedang melakukan aktivitas.
- c) Riwayat kesehatan keluarga

Walaupun penyakit parkinson tidak ditemukan hubungan sebab genetik yang jelas tetapi pengkajian adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus diperlukan untuk melihat adanya komplikasi penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit.

- d) Alergi

Seperti reaksi tak umum terhadap makanan, obat, hewan, tanaman, atau produk rumah tangga.

- e) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Untuk mendapat informasi tentang masalah kesehatan yang potensial. Pada pemeriksaan fisik sebiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau *head to toe*. Klien dengan penyakit parkinson umumnya tidak mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardia, hipotensi, tremor, dan *disathrya*.

- 1) Keadaan umum: baik/buruk, kesadaran (composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, koma)
- 2) Suara/bicara: kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, bicara pelan, kesulitan untuk berbicara.

- 3) Tanda-tanda vital: tekanan darah cenderung rendah, denyut nadi bervariasi.
- 4) Kulit: jika kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit tampak jelek. Disamping itu perlu dikaji kembali karena pada penderita parkinson akan mengalami postural instability dan kekakuan otot.
- 5) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger* (bentuk kuku abnormal yang berbentuk bulat), dan *sianosis* (kebiruan)
- 6) Rambut: umumnya tidak ada kelainan.
- 7) Kepala: umumnya bentuk kepala penderita parkinson normal tidak ada kelainan
- 8) Muka: umumnya memiliki ekspresi wajah seperti topeng.
- 9) Leher: kaku kuduk (kekakuan) jarang terjadi.
- 10) Pemeriksaan dada : pernafasan didapatkan suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.
- 11) Pemeriksaan abdomen : didapatkan penurunan peristaltik usus akibat tirah baring yang lama, dan kadang terdapat kembung.
- 12) Pemeriksaan ekstremitas : Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kelelahan otot, tremor dan kaku pada seluruh gerakan memberikan risiko pada trauma fisik bila melakukan aktivitas.
- 13) Pemeriksaan Neurologis
  - 1) Pemeriksaan nervus kranialis : umumnya terdapat gangguan nervus kranialis VII (fasialis : otot lidah penggerak sisi lidah, otot-otot wajah, dan selaput lendir rongga mulut) dan nervus kranialis XII (hipoglosus : lidah, cita rasa, dan otot lidah). Tidak ada gangguan rasa pengecapan dan penciuman, paralisis

- (kelumpuhan) atau parese (gerakan) wajah, penurunan ekspresi wajah.
- 2) Pemeriksaan motorik: hampir selalu terjadi kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu sisi atau semua sisi tubuh, kelemahan, genggaman tidak sama, *apraksia* (kesulitan gerakan mulut ketika berbicara), *disfonia* (berbicara pelan, tidak jelas, puncak nada rendah, kurang terdengar).
  - 3) Pemeriksaan sensorik: dapat terjadi hemihipestasi (kurangnya rangsangan saat disentuh salah satu sisi) dan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (seperti bagian tangan kanan, kaki kanan, dan tangan kiri, kaki kiri).
  - 4) Pemeriksaan refleks : Terdapat kehilangan refleks postural, apabila klien mencoba untuk berdiri, klien akan berdiri dengan kepala cenderung kedepan dan berjalan dengan gaya berjalan seperti didorong atau diseret. Kesulitan dalam berputar dan hilangnya keseimbangan (salah satunya kedepan atau kebelakang) dapat menimbulkan sering jatuh.
- f) Pemeriksaan Penunjang
- 1) Pemeriksaan radiologi
    - a) EEG (Elektroensefalografi) : melalui pemeriksaan EEG, diharapkan akan didapatkan perlambatan dari gelombang listrik otak yang bersifat progresif.
    - b) CT scan kepala : melalui pemeriksaan CT scan kepala, diharapkan akan didapatkan gambaran terjadinya atropi kortikal difus, dengan sulki melebar dan hidrosefalus eks vakuo.
    - c) Pemeriksaan laboratorium
      - (a) X-ray spinal: Menentukan adanya lesi dan kerusakan vertebra.

- (b) Myelografi: Mengidentifikasi adanya kejang, derajat tumor.
- (c) Lumbal Pungsi: Menganalisa cairan serebrospinalis, peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya tumor.
- d) Pergerakan sendi (Move)
 

Pergerakan sendi dikenal dengan dua istilah yaitu pergerakan aktif dan pasif. Pergerakan aktif merupakan pergerakan sendi yang dilakukan oleh pasien sendiri sedangkan gerakan pasif merupakan pergerakan sendi dengan bantuan pengkajian. Pada pergerakan dapat diperoleh informasi mengenai hal hal berikut:

  - (1) Evaluasi gerak sendi secara aktif dan pasif. Apakah gerakan menimbulkan rasa sakit, apakah gerakan ini disertai dengan adanya krepitasi.
  - (2) Stabilitas sendi titik terutama ditentukan oleh integritas kedua permukaan sendi dan keadaan ligumen yang mempertahankan sendi.
  - (3) Pengkajian stabilitas sendi dapat dilakukan dengan memberikan tekanan pada ligamen kemudian gerakan sendi diamati (Uliyah, 2014).
  - (4) Pemeriksaan kekuatan otot
- e) Pemeriksaan dengan cara menilai bagian ekstremitas dan memberi tahanan atau mengangkat serta menggerakan bagian otot yang akan dinilai, dalam memeriksa tonus otot perawat menggerakan lengan atau tungkai di sendi lutut dan siku pasien, perawat perlu menggunakan kedua tangannya. Pemeriksaan tonus otot yang meningkat berati membuat perawat kesulitan karena dalam melakukan pergerakan butuh 24 sedikit tahanan (Muttaqin,2019)

**Tabel 2 Nilai Kekuatan Otot**

Nilai Kekuatan otot (Tonus otot)	Keterangan
0 (0%)	Paralisis,tidak ada kontraksi otot sama sekali
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakkan anggota badan melawan tekanan pemeriksa
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan mampu melawan tekanan
5 (100%)	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNIT. P., SDKI. 2016). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2016) Edisi diagnose keperawatan yang muncul yaitu :

- a) Gangguan mobilitas fisik
- b) Gangguan komunikasi verbal
- c) Defisit perawatan diri

**Tabel 3 Rencana Tindakan Keperawtan**

Diagnosis	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>1. <b>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot menurun</li> <li>• Rentang gerak(ROM) menurun</li> </ul> <p>Gejaladan Tanda Minor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri saat beregerak</li> <li>• Enggan melakukan pergerakan</li> <li>• Merasa cemas saat beregerak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sendi kaku</li> <li>• Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b> <b>Definisi:</b> Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> </li> <li>• <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan peregerakan</li> </ol> </li> <li>• <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)</li> </ol> </li> </ul>

<p>2. <b>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</b></p> <p>Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memperoses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol</p> <p>Gejaladan Tanda MayorDS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu berbicara atau mendengar</li> <li>• Menunjukkan respon tidak sesuai</li> </ul> <p>Gejaladan Tanda MinorDS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia</li> <li>• Disfasia</li> <li>• Apraksia</li> <li>• Disleksia</li> <li>• Disartia</li> <li>• Aftonia</li> <li>• Dislalia</li> <li>• Pelo</li> <li>• Gagap</li> <li>• Tidak ada kontak mata</li> <li>• Sulit memahami komunikasi</li> <li>• Sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>• Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat</li> <li>2. Aktivitas yang tepat meningkat</li> <li>3. Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat</li> <li>4. Teknik konservasi energi meningkat</li> <li>5. Teknik pernapasan yang efektif meningkat</li> </ol>	<p><b>Promosi Komunikasi :Defisit Bicara (L.13492)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor progres kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa)</li> <li>3. Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara.</li> <li>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> </li> <li>• <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</li> <li>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>4. Ulangi apa yang disampaikan</li> <li>5. Gunakan juru bicara, jika perlu</li> </ol> </li> <li>• <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</li> </ol> </li> </ul>
---	--	--

<p><b>3. Defisit Perawatan Diri (D. 0109)</b></p> <p>Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p><b>Gejaladan Tanda Mayor DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menolak melakukan perawatan</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ul> <p><b>Gejaladan Tanda Minor DS: -</b></p> <p><b>DO: -</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kemampuan mandi meningkat</li> <li>Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>Kemampuan makan meningkat</li> <li>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> <li>Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.</li> <li>Monitor tingkat kemandirian</li> <li>Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol> </li> <li><b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan yang terapeutik(mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>Siapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> </li> <li><b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</li> <li></li> </ol> </li> </ul>
---	--	--

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatmen yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2016). Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan pendokumentasian tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus, yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendeklegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Tujuan dari evaluasi:

- 1) Mengevaluasi status kesehatan pasien
- 2) Menentukan perkembangan tujuan perawatan
- 3) Menentukan efektivitas dan rencana keperawatan yang telah ditetapkan
- 4) Sebagai dasar untuk menentukan diagnosis keperawatan sudah tercapai atau tidak, atau adanya perubahan diagnosis.

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi

Parkinson Disease adalah sindrom neurodegeneratif yang melibatkan beberapa motorik dan nonmotor sirkuit saraf. Hilangnya sel-sel neuron di area tertentu dalam otak, termasuk substantia nigra atau yang disebut “*black substance*”. Neuron di substansia nigra menghasilkan neurotransmitter pembawa pesan kimiawi yang memungkinkan sel-sel neuron untuk berkomunikasi yang disebut dopamin (Fajar Susanti et al., n.d.)

Parkinson Disease merupakan gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh proses degenerasi ganglia basalis pada sel substansia nigra pars compacta (SNC) dan ditandai dengan karakteristik seperti tremor saat istirahat, kekakuan otot dan sendi (rigidity), kelambanan gerak dan bicara (bradikinesia) serta instabilitas posisi tegak (postural instability) (Hall-Tierney et al., 2020).

Penyakit Parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif sistem ekstrapiramidal yang merupakan bagian dari parkinsonism yang secara patologis ditandai oleh adanya degenerasi ganglia basalis terutama di substansia nigra pars kompakte (SNC) yang disertai adanya inklusi sitoplasmik eosinofilik (lewy bodies). Parkinsonism adalah suatu sindrom yang ditandai oleh tremor pada waktu istirahat, rigiditas, bradikinesia dan hilangnya refleks postural akibat penurunan dopamin dengan berbagai macam sebab. Berdasarkan penyebabnya, penyakit parkinson dibagi menjadi 4 jenis yaitu:

1. Idiopati (primer) merupakan penyakit parkinson secara genetik.
2. Simptomatik (sekunder) merupakan penyakit parkinson akibat infeksi, obat, toksin, vaskular, trauma, hipotiroidea, tumor, hidrosefalus tekanan normal, hidrosefalus obstruktif.
3. Parkinson plus (multiple system degeneration) merupakan parkinsonism primer dengan gejala-gejala tambahan. Termasuk demensia lewy bodies, progresif supranuklear palsi,

atrofi multi sistem, degenerasi striatonigral, degenerasi olivoponto serebelar, sindrom Shy-Drager, degenerasi kortikobasal, kompleks parkinson demensia ALS (Guam), neuroakantositosis.

4. Parkinsonism herediter, terdiri dari penyakit wilson, penyakit huntington, penyakit *Lewy bodies*.

## **2. Etiologi/Penyebab Parkinson**

Parkinson adalah keadaan neuro degeneratif yang berkembang pesat sehingga mematikan sel dopamin dan sel substansial nigra di otak. Sekumpulan sel dimana berfungsi mengendalikan gerakan tidak diinginkan atau involuntar kurang dapat mengendalikan gerakan-gerakan tanpa disadari. Penyebab matinya sel SNC tidak dapat dijelaskan secara pasti namun berbagai faktor probabilitas yang menyebabkan diantaranya faktor genetik, lingkungan, usia, cedera crano cerebral, stress secara emosional. Etiologi penyakit parkinson belum diketahui, atau idiopatik. Terdapat beberapa dugaan, di antaranya ialah: infeksi oleh virus yang non-konvensional (belum diketahui), reaksi abnormal terhadap virus yang sudah umum, pemaparan terhadap zat toksik yang belum diketahui, serta terjadinya penuaan yang prematur atau dipercepat penyakit parkinson disebabkan oleh rusaknya sel-sel otak, tepatnya di substansia nigra. Suatu kelompok sel yang mengatur gerakan-gerakan yang tidak dikehendaki (involuntary). Akibatnya, penderita tidak bisa mengatur/menahan gerakan-gerakan yang tidak disadarinya. Mekanisme bagaimana kerusakan itu belum jelas benar. Beberapa hal yang diduga bisa menyebabkan timbulnya penyakit parkinson adalah sebagai berikut:

### **1. Usia**

Penyakit Parkinson adalah penyakit neurodegeneratif yang paling lazim setelah penyakit Alzheimer, dengan insidens di Inggris kira-kira 20/100.000 dan prevalensinya 100-160/100.000. Prevalensinya kira-kira 1% pada umur 65 tahun dan meningkat 4-5% pada usia 85 tahun.

## 2. Genetik

Komponen genetik pada penyakit Parkinson telah lama dibicarakan, karena kebanyakan pasien memiliki penyakit sporadis dan penelitian awal pada orang kembar memperlihatkan persamaan rata-rata rendah dari concordance pada kembar monozigot dan dizigot. Pandangan bahwa genetik terlibat pada beberapa bentuk penyakit Parkinson telah diperkuat, bagaimanapun, dengan penelitian bahwa kembar monozigot dengan onset penyakit sebelum usia 50 tahun memiliki pembawa genetik yang sangat tinggi, lebih tinggi dari kembar dizigot dengan penyakit *early-onset*.

## 3. Periode

Fluktuasi jumlah penderita penyakit Parkinson tiap periode mungkin berhubungan dengan hasil pemaparan lingkungan yang episodik, misalnya proses infeksi, industrialisasi ataupun gaya hidup.

## 4. Faktor Lingkungan

- a) Xenobiotik, berhubungan erat dengan paparan pestisida yang dapat menimbulkan kerusakan mitokondria.
- b) Pekerjaan, lebih banyak pada orang dengan paparan metal yang lebih tinggi dan lama.
- c) Infeksi, paparan virus influenza intrauterino diduga turut menjadi faktor predisposisi penyakit parkinson melalui kerusakan substansia nigra. Penelitian pada hewan menunjukkan adanya kerusakan substansia nigra oleh infeksi Nocardia asteroides.
- d) Diet, konsumsi lemak dan kalori tinggi meningkatkan stres oksidatif, salah satu mekanisme kerusakan neuronal pada penyakit parkinson. Sebaliknya, kopi merupakan neuroprotektif.
- e) Ras angka kejadian Parkinson lebih tinggi pada orang kulit putih dibandingkan kulit hitam.

- f) Trauma kepala Cedera kranio serebral bisa menyebabkan penyakit parkinson, meski peranannya masih belum jelas benar.
- g) Stress dan depresi, beberapa penelitian menunjukkan depresi dapat mendahului gejala motorik. Depresi dan stres dihubungkan dengan penyakit parkinson karena pada stres dan depresi terjadi peningkatan turnover katekolamin yang memacu stres oksidatif.

### 3. Patofisiologi

Secara umum dapat dikatakan bahwa penyakit parkinson terjadi karena penurunan kadar dopamin akibat kematian neuron di substansia nigra pars compacta (SNc) sebesar 40-50% yang disertai dengan inklusi sitoplasmik eosinofilik (Lewy bodies) dengan penyebab multifaktor. Lesi utama bisa menjadikan neuron pigmen hilang khususnya yang ada di substansia nigra. Substansia nigra adalah seperangkat nukleus yang ada di otak tengah untuk memproyeksikan serabut korpus setriatum. Termasuk neurotransmitter Mayor di wilayah otak serta komponen lainnya dalam sistem saraf pusat yaitu dopamin dimana berfungsi untuk memperlambat gerakan dalam sentra kendali gerakan. Meskipun secara normal dopamin memiliki kadar yang tinggi pada beberapa bidang otak, namun bagi pengidap Parkinson dopamin berkurang di bagian substansia nigra serta korpus striatum. (W. Huang et al., 2021)

Konsentrasi dopamin yang menipis di basal ganglia berkorelasi erat terhadap timbulnya tremor, otot kaku dan bradikinesia. Terjadi penurunan aliran darah serebral regional bagi penderita Parkinson, serta mengidap pula demensia tinggi. Data biokimia serta patologis menjelaskan bahwasanya pasien demensia sekaligus mengidap Parkinson lebih risiko mengidap alzheimer (Gries et al., 2021)

Mayoritas pasien yang menderita penyakit tersebut tidak dapat dijelaskan penyebab pastinya, namun Parkinson arteriosklerosis cenderung menyerang golongan manula. Keadaan tersebut diperparah

dengan keracunan, ensefalitis dan juga toksisitas misalnya karbon monoksida dan mangan, hipoksia maupun efek dari obat. Parkinson Paskah and satalities spasme otot konjugasi mata sering disertai krisis oligurik, mata terfiksasi ke atas dalam waktu hitungan menit bahkan jam. Kini penyakit tersebut sudah jarang ditemui sebab banyak penderita Parkinson jenis tersebut yang telah meninggal (Elfira Husna et al., n.d.)

#### **4. Manafestesi Klinis**

Tanda utama penyakit parkinson adalah tremor, rigiditas, bradikinesia, instabilitas postural.

- a) Tremor rehat : gerakan membalikkan lengan bawah dan tangan ke satu sisi yang lambat serta gerakan ibu jari memutar pada jari tengah yang lain; tremor saat istirahat dan semakin kuat ketika pasien berkonsentrasi dan mengalami ansietas.
- b) Resistensi terhadap gerakan ekstermitas yang pasif mencirikan rigiditis otot, gerakan yang pasif menyebabkan ekstermitas bergerak dengan hentakan yang semakin intens; lengan bawah, tungkai bawah, wajah dan postur tubuh dapat mengalami kekakuan; kaku involunter pada ekstermitas yang pasif meningkat ketika ekstermitas lain bergerak secara aktif dan disadari.
- c) Hambatan pergerakan: Bradikinesia mencakup kesulitan memulai, mempertahankan, dan melaksanakan aktivitas motorik.
- d) Kehilangan refleks postural, gaya berjalan menyeret, hilang keseimbangan (kesulitan ketika berputar); masalah postural dan gaya berjalan menyebabkan pasien berisiko untuk jatuh (Brunner & Suddarth, 2016)

#### **5. Pemeriksaan diagnostik**

Pemeriksaan pendukung yang bisa diterapkan bagi penyakit parkinson yaitu:

1. EGC (Jika terdapat perambatan progresif), MRI, PET

2. Ct-Scan kepala jika terdapat atropi kortikal difuse, pelebaran Sulci hidrosefaloa eks vakuo. Parkinson merupakan gangguan kronis sehingga memerlukan penanganan holistik di beberapa bidang. Hingga sekarang masih belum terdapat terapi penyembuhan penyakit tersebut, namun operasi serta pengobatan dianggap bisa meredam gejalanya (Elfira Husna et al., n.d.)

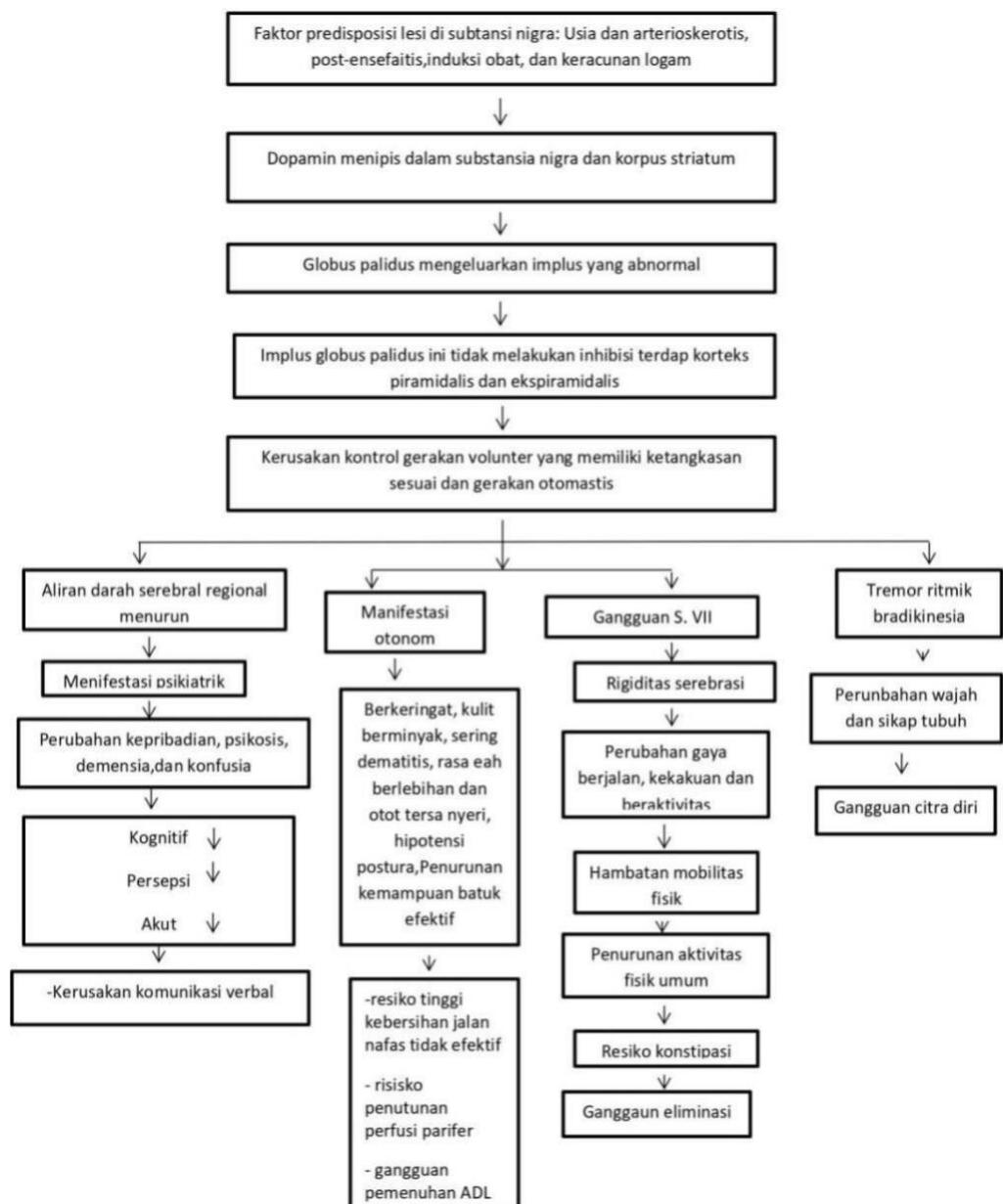
## 6. Penatalaksanaan

Penanganan Parkinson sifatnya perorangan dan simptomatik, pemberian obat bertujuan mengobati penyakit maupun mengimitasi dan mengganti dopamin sehingga Tremor, penghambatan dan rigiditas dapat berkurang. Perawatan untuk pasien Parkinson tujuan utamanya adalah agar perkembangan penyakit dapat diperlambat dan dihambat. Proses perawatan bisa dilaksanakan melalui cara memberikan obat serta terapi fisik misalnya dengan berjalan, terapi berbicara sehingga penderita diupayakan untuk tetap melaksanakan aktivitas normal dalam kesehariannya. (Elfira Husna et al., n.d.)

1. Terapi obat-obatan
2. Terapi fisik
3. Terapi Suara, tindakan signifikan dalam mengatasi gangguan suara karena menderita Parkinson yaitu melalui “*Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)*”. LSVT berorientasi memaksimalkan volume suara. Banyak penelitian menjelaskan bahwasanya alat elektronik dengan feedback terhadap indra pendengaran atau “*frequency auditory feedback (FAF)*” untuk meningkatkan kejernihan suara.
4. Terapi Gen, kemajuan zaman menghadirkan terapi gen yang melibatkan penggunaan virus tidak berbahaya untuk dikirimkan ke otak dengan istilah “*Subthalamic Nucleus*” (STN). Penggunaan gen berfungsi meningkatkan produksi enzim “*Glutamic Acid Decarboxylase*” (GAD) Untuk

- menstimulasi produksi neurotransmitter (GABA). GABA, berfungsi menjadi penghambat sel aktif abnormal di STN
5. Pencakokan Saraf, pencangkokan sel stem dengan cara genetik dan bertujuan meningkatkan dopamin maupun transformasi sel stem menjadi sel yang menciptakan dopamin sudah banyak dikembangkan. Percobaan awal dengan adanya “*randomized double-blind sham-placebo*” Melalui dicangkoknya dopamin energik gagal menunjukkan meningkatnya kualitas kehidupan penderita di bawah umur.
  6. Operasi, penemuan levodopa menjadikan jarangnya penderita Parkinson yang dioperasi. Operasi untuk penderita Parkinson yang parah dan pengobatan serta terapi kurang bisa menangani. Pengoperasian dilaksanakan secara talatoni serta stimulus talamic.
  7. Terapi Neuroprotektif, terapi ini bisa memelihara neuron agar sel tidak mati dan diinduksi progresivitas penyakit. Banyak digunakan di klinik yaitu monoamine oksidator inhibitor mencakup rasagiline dan selegine, agonis dopamin serta Komplek I mitochondrial fortifier coenzyme Q10.
  8. Nutrisi Vitamin C dan vitamin E dosis tinggi bisa mencegah rusaknya sel penderita Parkinson secara teori. Keduanya dibutuhkan untuk keberfungsian enzim superoksida dismutase serta katalase yang berfungsi menetralisir anion superoksida yang bisa menjadikan sel rusak.

## 7. Pathaway



Sumber: Pokja SDKI DPP PPNI, (2016)

Gambar 1 Pathway Parkinson