

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

- a. Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Aspiani, 2014). Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Azizah, 2011).

2. Batasan Lansia

1. Menurut *World Health Organization (WHO)*

- a. Usia lanjut : 60 - 74 tahun
- b. Usia tua : 75 - 89 tahun
- c. Usia sangat lanjut : >90 tahun

2. Menurut Depkes RI

- a. Kelompok menjelang usia lanjut (45 - 54 tahun), keadaan ini dinyatakan sebagai masa virilitas.
- b. Kelompok usia lanjut (54 – 64 tahun) sebagai masa presenium.

- c. Kelompok – kelompok usia lanjut (> 65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium(Aspiani, 2014).

B. Konsep Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah di otak. Stroke terjadi akibat gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. (Pinzon, 2013).

2. Etiologi

Stroke Non Hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak *aterosklerosis* dari arteri otak atau yang memberi *vaskularisasi* pada otak atau suatu *embolus* dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut diarteri otak. Jenis stroke ini merupakan stroke yang sering didapatkan sekitar 80% dari semua stroke.

3. Patofisiologi

Penurunan aliran darah menyebabkan iskemik yang akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam daerah tersebut akan mengalami edema dan lama kelamaan akan terjadi *nekrosis*. Lokasi yang tersering pada stroke trombosis adalah percabangan arteri *carotid* besar dan arteri *vertebra* yang berhubungan dengan arteri basiler.

4. Manifestasi Klinis

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara cedal atau pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut moncong atau tidak simetris
- g. Gangguan fungsi otak

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

- a. Membatasi atau memulihkan iskemia akut yang sedang berlangsung (3-6 jam pertama).
- b. Mencegah perburukan *neurologis* yang berhubungan dengan stroke yang masih berkembang.
- c. Tekanan darah yang tinggi pada stroke iskemik tidak boleh cepat-cepat diturunkan.
- d. Pertimbangkan observasi di unit rawat intensif pada klien dengan tanda klinis atau radiologis.

6. Komplikasi

- a. Komplikasi akut pada setroke
 - 1. Kenaikan tekanan darah

Kenaikan ini biasanya merupakan mekanisme kompensasi dalam upaya mengejar pasokan darah di tempat lesi.

2. Kadar gula darah

Penderita stroke seringkali merupakan penderita diabete militus, sehingga kadar gula darah pada setroke tinggi.

3. Gangguan jantung

Baik sebagai penyebab maupun komplikasi.

4. Gangguan respirasi

Baik akibat infeksi maupun akibat penekanan di pusat nafas.

b. Komplikasi kronis akibat setroke

1. Akibat baring ditempat tidur lama, bisa terjadi peneumonial, dekubitus, inkontinensia, dll.

2. Rekurensi stroke.

3. Gangguan sosial ekonomi.

4. Gangguan psikologik.

C. Konsep Resiko Jatuh

1. Pengertian Resiko Jatuh

Jatuh adalah kejadian yang tidak disadari dimana seseorang terjatuh dari tempat yang lebih tinggi ke tempat yang lebih rendah yang bisa disebabkan oleh hilangnya kesadaran, stroke, atau kekuatan yang berlebihan (Deniro, dkk, 2017).

Menurut (Koyabayashi, et.al, 2015) resiko jatuh adalah keadaan yang tidak dapat diperkirakan, dimana kondisi lansia berada dibawah lantai tanpa

sengaja dengan ada atau tanpa saksi. Jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor fisiologis dapat berakibat cedera. Insiden jatuh tentu akan merugikan pasien atau klien terutama secara fisik, disisi lain hal ini juga menyangkut kualitas pelayan dari sebuah rumah sakit (Wilkinson, 2011).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa resiko jatuh adalah kejadian yang kurang menyenangkan yang mengakibatkan lansia mendapatkan bahaya fisik ataupun cedera dan gangguan kesadaran.

2. Faktor Resiko

a. Faktor intrinsik

- 1) Gangguan jantung atau sirkulasi darah
- 2) Gangguan sistem anggota gerak
- 3) Gangguan penglihatan dan pendengaran
- 4) Gangguan psikologis
- 5) Gangguan gaya berjalan

b. Faktor ekstrinsik

- 1) Cahaya ruangan yang kurang terang
- 2) Lingkungan yang asing bagi lansia
- 3) Obat-obatan yang diminum (alkholol, antidepresan, dll)

(Untari, 2018).

3. Etiologi

- a. Kecelakaan (penyebab utama)
 1. Murni kecelakaan (terpeleset, tersandung)
 2. Gabungan (lingkungan yang jelek) dan kelainan akibat proses menua (mata kurang awas)
 - b. Nyeri kepala atau vertigo
 - c. Proses penyakit yang spesifik (kardiovaskular, stroke, serangan kejang, dan penyakit serebelum)
 - d. Idiopatik (tidak jelas sebabnya)
 - e. Sinkop (kehilangan kesadaran secara tiba-tiba) missal :
 1. *Drop attack* (serangan roboh)
 2. Penurunan aliran darah ke otak tiba-tiba
 3. Terpapar lama sinar matahari
- (Untari, 2018).

4. Pengukuran

Skala pengukuran jatuh menggunakan *Morse Fall Scale (MFS)*. Metode MFS ini dirancang dengan menciptakan lingkungan yang bebas dari bahaya, yaitu mengorientasikan pasien terhadap lingkungan dan pemberian instruksi yang jelas bagaimana cara menggunakan alat bantu jalan (Morse, 2016).

5. Pencegahan

Pencegahan pasien jatuh merupakan masalah yang begitu rumit, melintasi batas – batas etik kesehatan, pelayanan sosial, kesehatan masyarakat dan pencegahan kecelakaan. Dalam buku “*Preventing Falls in Hospitals : A Toolkit for Improving Quality of Care*” (2013).

Beberapa solusi pencegahan jatuh diantaranya latihan fisik, mengkonsumsi nutrisi yang seimbang dan menggunakan fasilitas disekitar dengan aman (Trombetti, 2011).Latihan fisik yang teratur dapat meningkatkan kekuatan dan ketangkasan, mencegah jatuh serta meningkatkan kemandirian lansia dalam beraktivitas sehari-hari (Zheng et al, 2012).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

1. Pengkajian

Menurut Suarni & Apriyani (2017) konsep asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan masalah Resiko Jatuh yaitu :

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu.

Pengkajian ini meliputi aspek spesifik, psikis, sosial, dan spiritual dengan melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.Pengkajian pada lansia di keluarga dilakukan dengan melibatkan keluarga sebagai orang terdekat yang mengetahui tentang masalah kesehatan lansia.

a. Identitas

Identitas klien yang biasa di kaji pada penyakit sistem persarafan adalah usia, karena ada beberapa penyakit persarafan banyak terjadi pada klien diatas usia 60 tahun.

b. Keluhan utama

Adanya penurunan kesadaran tiba-tiba, disertai gangguan bicara dan kelemahan ekstermitas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke rumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit hematologi sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerjaan yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit stroke, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e. Riwayat penyakit keluarga

Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik atau keturunan.

f. Pemeiksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan persarafan biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya apatis sampai somnolen.

3) Tanda-Tanda Vital

a. Suhu meningkat (>37 C).

b. Nadi meningkat (N : 70-82/menit).

c. Tekanan darah meningkat.

d. Pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat.

4) Pemeriksaan *Review Of System (ROS)*

a. Sistem pernafasan (*Breathing*)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas. Kadang disertai penumpukan sekresi, suara nafas stridor.

b. Sistem sirkulasi (*Bleeding*)

Didapatkan adanya peningkatannadi, sirkulasi perifer menurun, kaji adanya riwayat peningkatan tekanan darah, riwayat penyakit jantung.

c. Sistem persarafan (*Brain*)

Adanya penurunan kesadaran, gangguan persepsi sensori penglihatan, kehilangan sensori, gangguan kognitif, disartia,, dispasia.

d. Sistem perkemihan (*Bleder*)

Kaji adanya perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihannya.

e. Sistem pencernaan (*Bowel*)

Kaji adanya konstipasi, konsisten feses, frekuensi eliminsi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

f. Sistem muskuloskeletal

Didapatkn adanya hemiflegi, hemiparesa atau kelemahan pada satu sisi, kaji adanya nyeri berat tiba-tiba atau mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kontraktur atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

g. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan.

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan meneltn, mual/muntah, dan makan kesukaan.

3) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi jumlah jam tidur siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan aktifitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan. Pengkajian Indeks KATZ.

6) Pola hubungan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR Keluarga.

7) Pola sensori kognitif

Meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pengkajian status mental menggunakan tabel *Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)*.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran

diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka, dan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan tabel intervensi Depresi Back.

9) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

10) Pola mekanisme/penanggulangan stres dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual.

3. Diagnosa Keperawatan

a. Definisi Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

b. Komponen Diagnosa Keperawatan

Terdapat tiga komponen penting dan esensial dalam suatu perumusan diagnose keperawatan yang telah dirujuk sebagai bentuk PES.

- 1) “P” diidentifikasi sebagai masalah / problem kesehatan, “E” menunjukkan etiologi / penyebab problem, “S” menggambarkan sekelompok tanda gejala, atau apa yang dikenal sebagai batasan karakteristik. Ketiga bagian ini dipadukan dalam suatu pernyataan dengan menggunakan yang berhubungan dengan.
- 2) Kemudian diagnosis-diagnosis tersebut dituliskan dengan cara berikut : “Problem” yang dihubungkan dengan “Etiologi” dibuktikan dengan “tanda-tanda dan gejala” (batasan karakteristik).
- 3) Proplem dapat diidentifikasi sebagai respons manusia terhadap masalah-masalah kesehatan yang actual atau potensial sesuai dengan data-data yang didapat dari pengkajian yang dilakukan oleh perawat.
- 4) Etiologi ditunjukkan melalui pengalaman-pengalaman individu yang telah lalu, pengaruh genetika, faktor-faktor lingkungan yang ada saat ini, atau perubahan-perubahan faktor fisiologis.
- 5) *Sign & symptom* (tanda & gejala). Tanda dan gejala menggambarkan apa yang klien katakan dan apa yang diobservasi oleh perawat yang mengidentifikasikan adanya masalah tertentu(Sunaryo dkk, 2016).

c. Diagnosa Keperawatan Resiko Jatuh

Kemungkinan masalah keperawatan yang ditemukan yaitu :

- a. Resiko jatuh b.dlingkungan tidak aman (mis, licin, gelap, lingsungan asing)
- b. Hambatan mobilitas fisik b.d kehilangan keseimbangan.
- c. Kerusakan integritas kulit b.d penurunan imobilitas.

4. Intervensi

- a. Rencana (intervensi) keperawatan adalah langkah ketiga dari proses keperawatan. Intervensi diidentifikasi untuk memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien. Intervensi mempunyai maksud mengindividualkan keperawatan dengan memenuhi kebutuhan spesifik pasien serta harus meyertakan kekuatan-kekuatan pasien yang telah diidentifikasi bila memungkinkan (Sunaryo dkk, 2016).

Tabel2.1 Intervensi Keperwatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1.	Resiko jatuh b.dlingkungan tidak aman (mis, licin, gelap, lingkunga asing). Definisi : peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko jatuh menurun dengan kriteria : 1. Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil meningkat : a. Lingkungan aman (tidak licin, dan penerangan cukup) b. Kekuatanotot meningkat c. Perbaikan keseimbangan d. Pendengaran bagus 2. Ambulansi meningkat dengan kriteria hasil : a. menopang berat badan b. berjalan dengan langkah yang efektif (pelan, sedang, cepat) c. berjalan menanjak dan menurun d. berjalan jangka pendek, sedang, jauh e. berjalan mengitari ruangan,	Resiko Jatuh Observasi : 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale), jika perlu

		melewati rintangan	<p>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri <p>Edukasi Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Berikan kesempatan
--	--	--------------------	---

			<p>untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan 2. Anjurkan menyediakan alat bantu (mis. pegangan tangan, keset anti slip) 3. Anjurkan menggunakan alat pelindung (mis. restrain, rel samping, penutup pintu, pagar, pintu gerbang) 4. Ajarkan individu dan kelompok berisiko tinggi tentang bahaya lingkungan
2.	Nyeri akut b.d gejala terkait penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri akut teratasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri b. Meringis c. Sikap protektif Gelisah d. Kesulitan tidur Menarik diri e. Berfokus pada diri sendiri f. Diaforesis g. Perasaan depresi (tertekan) Perasaan takut mengalami cedera berulang Anoreksia h. Perineum terasa tertekan Uterus teraba membulat j. Ketegangan otot k. Pupil dilatasi l. Muntah m. Muntah n. Muntah 2. Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstermitas b. Kekuatan otot 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.

			<p>TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 3. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 5. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 6. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeuti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan
--	--	--	--

			<p>merasakan sensasi relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
3.	Hambatan mobilitas fisik b.d kehilangan keseimbangan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hambatan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas 2. Kekuatan otot 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (dudu di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah

			dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--	-----------------------------

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (Kozier, 2011). Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin Ali, 2014).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan diidentifikasi sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien (Suarni & Apriyani, 2017).

