

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan Hierarki kebutuhan dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

a. Kebutuhan Fisiologis (*physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Manusia memiliki 8 macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing

c. Kebutuhan Rasa Cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan dan mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)**

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri (Needs for Self Actualization)**

Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya. (Mubarak, 2007) Konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis. Karenanya, dengan memahami konsep kebutuhan dasar manusia Maslow, akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke tingkat kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar dibawahnya harus terpenuhi lebih dulu (Stevens P.J.M, dkk)

2. Konsep Dasar Aktivitas

Secara umum orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat menjadi lebih optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat (Buku Ajar Keperawatan Dasar).

3. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Sistem tubuh yang berperan membantu dalam aktivitas adalah sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan.

a. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Gabungan dari tiga organ tersebut yang dapat menyebabkan terjadinya aktivitas dan pergerakan.

1) Tulang (rangka)

Secara umum fungsi dari tulang (rangka) adalah sebagai berikut:

- 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 ligament
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah)

2) Sendi

Sendi adalah hubungan diantara tulang. Setiap sendi di klasifikasikan sesuai dengan struktur dengan tingkat mobilisasinya. Terdapat empat klasifikasi sendi, yaitu sinostatik, kartilago gonus, fibrosa dan sinovial.

a) Sendi sinostatik

Sendi sinostatik adalah sendi yang menghubungkan antara tulang. Sendi sinostatik ini adalah salah satu jenis sendi diam, jaringan tulang yang memberikan kekuatan dan stabilitas.

b) Sendi kartilago

Sendi kartilago atau sendi sinkondrosis ini berfungsi untuk menggabungkan komponen tulang. Sendi kartilago dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.

3) Sendi fibrosa

Sendi fibrosa adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligament atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah terbatas. Misalnya, sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula) adalah sendi sindesmotik.

4) Ligamen

Ligament adalah ikatan jaringan fibrosa yang berwarna putih, mengkilat, fleksibel mengikat sendi menjadi satu dan menghubungkan tulang dengan kartilago. Ligamen bersifat elastis sehingga membantu fleksibilitas sendi dan mendukung sendi.

5) Tendon

Tendon adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel, dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi. Tendon Achilles (tendon kalkaneus) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat di dalam tubuh.

6) Kartilago

Kartilago adalah jaringan penyambung yang tidak mempunyai vaskuler, yang terletak terutama di sendi dan toraks, trakea, laring hidung, dan telinga.

7) Otot

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktile otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung

filamen menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi.

8) Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf 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 kemudian memberikan respon melalui saraf eferen.
- d) Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskan ke otot rangka.

(Fundamental Of Nursing)

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas

Faktor yang mempengaruhi aktivitas diantaranya adalah :

a. Perumbuhan dan perkembangan

Usia serta perkembangan sistem muskuloskeletal dan persarafan akan berperan terhadap postur tubuh, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleks tubuh seseorang.

b. Kesehatan fisik

Gangguan pada sistem muskuloskeletal atau persarafan dapat menyebabkan dampak yang negatif pada pergerakan dan mekanika tubuh seseorang. Adanya penyakit, trauma, atau kecacatan dapat mengganggu sistem pergerakan dan struktur tubuh.

c. Status mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat memengaruhi seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi untuk melakukan perawatan hygiene. Demikian juga dengan stres yang berkepanjangan, kondisi ini

dapat menguras energi sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

d. Gaya hidup

Gaya hidup, perubahan pola hidup seseorang dapat menimbulkan stres dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam melakukan aktivitas, sehingga dapat mengganggu koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan neurologi, yang dapat menyebabkan perubahan mekanika tubuh.

e. Sikap dan nilai personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat memengaruhi aktivitas yang akan dilakukan oleh individu. Sebagai contoh, anak-anak yang tinggal dalam lingkungan keluarga yang senang melakukan kegiatan olahraga sebagai contoh rutinitas akan belajar menghargai aktivitas fisik.

f. Nutrisi

Nutrisi berfungsi bagi organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Apabila pemenuhan nutrisi tidak adekuat, hal ini dapat mengakibatkan kelelahan atau kelemahan otot yang akan mengakibatkan penurunan aktivitas atau pergerakan.

Sebaliknya, kondisi nutrisi yang berlebih dapat menyebabkan terbatasnya pergerakan tubuh sehingga individu menjadi mudah lelah.

g. Stress

Status emosi seseorang akan berpengaruh terhadap aktivitas tubuhnya. Perasaan tertekan, cemas, dan depresi dapat menurunkan semangat seseorang untuk beraktivitas. Kondisi ini ditandai dengan penurunan nafsu makan, perasaan tidak bergairah, dan pada akhirnya menyendiri.

h. Faktor sosial

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakkan tubuhnya. Sebaliknya, individu yang

jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas atau menggerakkan tubuhnya (Fundamental Of Nursing)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Anamnesis

Anamnesis pada kebutuhan aktivitas meliputi :

- 1) Identitas klien, meliputi: nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnose medis.
- 2) Keluhan utama, sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.
- 3) Riwayat penyakit sekarang, serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
- 4) Riwayat penyakit dahulu
Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, dan lainnya.
 - a) Riwayat penyakit keluarga, biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.
 - b) Pengkajian psikososialspritual
Pengkajian psikologi klien stroke meliputi beberapa dimensi yang mungkin perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien juga penting untuk

menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun masyarakat.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan brain atau otak yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan klien.

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

2) Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.

3) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

4) Pengkajian sistem motorik

Stroke merupakan penyakit saraf motorik atas, dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena saraf motorik atas bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada saraf di sisi yang berlawanan.

- a) Inspeksi umum didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- b) Fasikulasi didapat pada otot-otot ekstremitas.
- c) Hasil pemeriksaan tonus otot didapatkan menurun.

5) Pemeriksaan tonus otot

Dalam pemeriksaan tonus otot perawat menggerakkan lengan atau tungkai di sendi-sendi lutut dan siku klien, perawat perlu menggunakan kedua tangannya. Penilaian tonus yang meningkat berarti bahwa perawat memeriksa mendapat kesulitan untuk melakukan dan meluruskan lengan dan tungkai klien tidak dirasakan sedikit tahanan.

Pengkajian kekuatan otot dapat lebih detail sesuai kebutuhan. Salah satu pengujian yang lebih tepat yaitu pada proksimal ekstremitas atas dan bawah dengan membandingkan kedua sisinya. Kekuatan otot yang baik dapat dikaji melalui fungsi kontrol tangan dan kaki.

Pengkajian otot yang lain adalah sebagai berikut.

1. Klonus otot (kontraksi ritmik otot) dapat dibangkitkan pada pergelangan kaki atau tangan dengan dorsofleksi kaki mendadak dan kuat atau ekstensi pergelangan tangan.
2. Fasikulasi adalah kedutan kelompok otot secara involunter.
3. Lingkar ekstremitas harus diukur untuk memantau pertambahan ukuran akibat adanya edema atau perdarahan ke dalam otot, juga dapat dipergunakan untuk mendeteksi pengurangan ukuran

akibat atrofi. Ekstremitas yang sehat digunakan sebagai standar acuan. Pengukuran dilakukan pada lingkaran terbesar ekstremitas. Perlu diingat bahwa pengukuran harus dilakukan pada lokasi yang sama pada ekstremitas dan dengan ekstremitas pada posisi yang sama dengan otot dalam keadaan istirahat. Jarak dari tanda anatomis tertentu (misalnya: 10 cm dibawah aspek medial lutut untuk pengukuran otot betis) harus dicatat sehingga pengukuran selanjutnya dapat diperkirakan pada titik yang sama. Perbedaan ukuran yang lebih besar dari 1 cm dianggap bermakna.

Tabel 1 Kategori Tingkat Kemampuan Otot

Derajat	Kekuatan otot
Derajat 0	Paralisis total/ tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot
Derajat 1	Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi
Derajat 2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi
Derajat 3	Disamping dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pengkaji
Derajat 4	Kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan
Derajat 5	Kekuatan otot normal

Sumber : Noor Z, (2016).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien gangguan kebutuhan aktivitas adalah gangguan mobilitas fisik.

a. Gangguan mobilitas fisik

Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2016).

Penyebabnya adalah kerusakan integritas tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, gangguan kognitif, kekakuan sendi, dan kontraktur.

b. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) batasan karakteristik meliputi, gejala mayor dan gejala minor, yaitu:

Gejala dan tanda mayor:

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Kekuatan otot menurun
- 3) Rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala dan tanda minor:

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak
- 4) Sendi kaku
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Gerakan terbatas
- 7) Fisik lemah

c. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan musculoskeletal
- 12) Gangguan neuromuscular
- 13) Indeks masa tubuh (IMT) diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kecemasan
- 18) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisi
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensoripersepsi

d. Kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik

- 1) Stroke
- 2) Cidera medula spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

3. Intervensi

Menurut (SIKI, 2018) intervensi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas yaitu intervensi Dukungan Ambulasi dan intervensi Dukungan Mobilisasi.

- a. Definisi Dukungan Ambulasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah
- b. Definisi Dukungan Mobilisasi adalah mengajarkan perilaku untuk meningkatkan rentang gerak, kekuatan otot dan kemampuan bergerak

Tabel 2 Rencana keperawatan kebutuhan aktivitas (SIKI, 2018)

Diagnosa	Intervensi	Intervensi Pendukung
Gangguan mobilitas fisik	<p>Dukungan ambulasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memula ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivasi ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan ambulasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan perawatan diri 3. Dukungan perawatan diri : BAB/BAK 4. Dukunga perawatan diri : berpakaian 5. Dukungan perawatan diri : makan/minum 6. Dukunga perawatan diri : mandi 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi teknik ambulasi 9. Edukasi teknik transfer 10. Konsultasi via telepon 11. Latihan otogenik 12. Manajemen energy 13. Manajemen lingkungan 14. Manajemen <i>mood</i> 15. Manajemen nutrisi 16. Manajemen nyeri 17. Manajemen medikasi 18. Manajemen program latihan 19. Manajemen sensasi perifer

	<p>berjalan sesuai toleransi)</p> <p>Dukungan Mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<p>20. Pemantauan neurologis</p>
--	---	----------------------------------

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi.

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter&Perry,2009).

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan. Implementasi atau Pelaksanaan Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian kegiatan sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

5. Evaluasi

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

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), (2019) kriteria hasil dari intervensi mobilitas fisik adalah:

Setelah dilakukan intervensi dukungan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Pergerakan ekstremitas meningkat
- b. Kekuatan otot meningkat
- c. Rentang gerak (ROM) meningkat

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja.

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya, penyebab lain yang jelas vascular. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak.

Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiprase sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga memungkinkan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemisfer kiri, mengalami hemiprase kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustrasi

2. Etiologi

- a. Kekurangan suplai oksigen yang menuju otak
- b. Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah
- c. Adanya sumbatan bekuan darah di otak.

Dikutip dalam buku asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persyarafan oleh Arif Muttaqin tahun 2008, ada 4 penyebab stroke, yaitu:

1) Thrombosis Serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak :

1. Aterosklerosis;
2. Hiperkoagulasi pada polisitemia;
3. Arteritis (radang pada arteri);
4. Emboli.

2) Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeeran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3) Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

1. Hipertensi yang parah;
2. Henti jantung-paru;
3. Curah jantung turun akibat aritmia.

4) Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah:

1. Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid;
2. Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

3. Faktor Risiko Stroke

Beberapa faktor penyebab stroke antara lain:

- a. Hipertensi, merupakan faktor risiko utama.
- b. Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebral berasal dari jantung.
- c. Kolesterol tinggi.
- d. Obesitas.
- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infark serebral.
- f. Diabetes-terkait dengan aterogenesis terakselerasi.
- g. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
- h. Merokok.
- i. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain).
- j. Konsumsi alkohol.

4. Klasifikasi

a. Stroke Hemoragi

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

- a) Perdarahan intraserebral. Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK

yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena berniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons, dan serebelum.

- b) Perdarahan subaraknoid. Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma *berry* atau AVM. Aneurisme yang pecah ini berasal dari sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaki kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain).

- c) Stroke nonhemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Keadaan umumnya baik.

5. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke yaitu:

- a. **Angiografi serebral**
Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau malformasi vascular.
- b. **Lumbal fungsi**
Tekanan yang meningkat disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses implamasi. Hasil pemeriksaan likoarmerah biasanya dijumpai pada perdarahan yang massif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likoar masih normal (*xantokrom*) sewaktu hari-hari pertama.
- c. **CT scan**
Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.
- d. **Magnetic imaging resonance (MRI)**
MRI menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya peredaran otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan di area ya mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- e. **Ultrasonografi (USG) Doppler**
Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah system karotis)
- f. **Elektroensefalogram (EEG)**
Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

g. Pemeriksaan laboratorium

Lumbal fungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari.

- 1) Pemeriksaan darah rutin
- 2) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- 3) Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

6. Patofisiologi Stroke

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan Patofisiologi dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi

pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

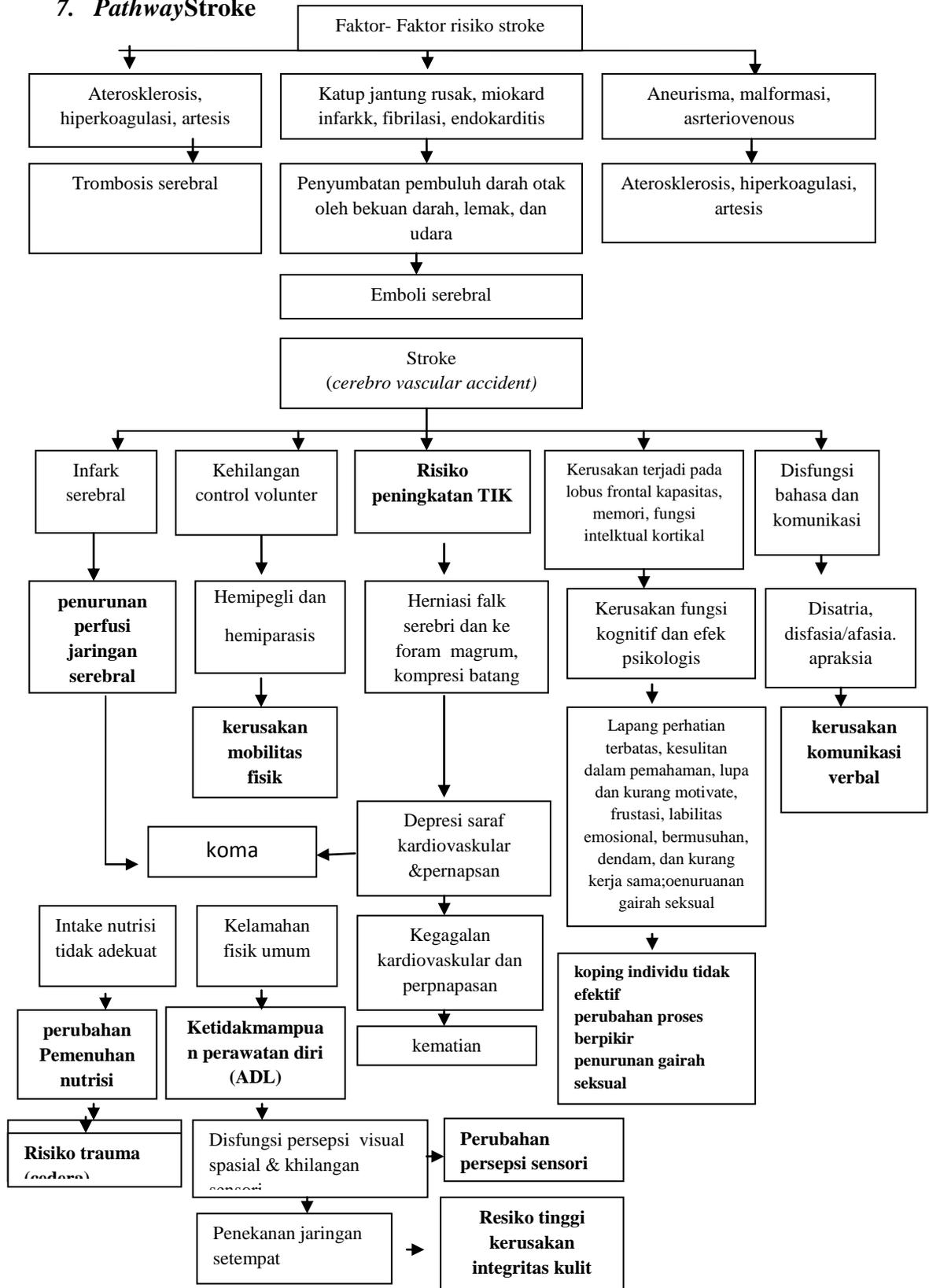
Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

7. PathwayStroke



Gambar 2.1 Pathway stroke (Muttaqin, 2011)