

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun biologis dan psikologis yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subyek (Haswita & Reni sulistyowati, 2017).

Kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, eliminasi, istirahat, dan tidur, aktivitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok sosial. Kebutuhan harga diri berupa penilaian tentang dirinya. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri. Menurut Abraham Maslow di dalam buku (A.Aziz Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah, 2015).

2. Konsep dasar aktivitas dan istirahat

Kebutuhan dasar merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan, kebutuhan aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan. Tubuh membutuhkan aktivitas untuk

kegiatan fisiologis, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemulihan. Salah satu individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya system persyarafan, otot dan tulang, sendi serta factor pendukung lainnya seperti adekuat nya fungsi kardiovaskular, pernafasan, dan metabolisme (Tarwoto & Wartonah, 2015).

3. Sistem tubuh yang berperan dalam aktivitas dan istirahat

Sistem tubuh yang berperan dalam aktivitas dan istirahat adalah sistem muskuloskeletal dan persarafan yang di dukung oleh fungsi kardiovaskular, pernapasan dan metabolisme.

a. Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang, otot dan sendi. Dari ketiga organ inilah yang dapat menyebabkan terjadinya aktivitas dan pergerakan.

1) Tulang

Tulang manusia tersusun atas tulang-tulang yang berjumlah 206 tulang. Tulang satu dengan yang lain dihubungkan melalui sendi kemudian membentuk rangka. Tulang juga berfungsi sebagai penyangga tubuh, pelindung organ-organ penting seperti otak, hati, jantung, dan juga berfungsi sebagai regulasi mineral seperti kalsium dan fosfat.

2) Otot

Otot merupakan organ yang mempunyai sifat elastisitas dan kontraktilitas yaitu kemampuan untuk meregang dan memendek, serta kembali pada posisi semula. Kemampuan inilah yang memungkinkan organ yang menyertainya dapat bergerak, seperti gerakan pada tulang, usus, jantung, paru-paru, dan organ lainnya. Otot tersusun oleh serat-serat otot yang berisi protein-protein kontraktil yaitu miofibril-miofibril. Masing-masing miofibril tersusun atas miofilamen-miofilamen, yaitu miofilamen tebal disebut miosin dan miofilamen tipis yang tersusun atas aktin,

troponin, dan tropomiosin. Pergerakan sesungguhnya terjadi karena adanya kontraksi, sedangkan kontraksi terjadi akibat tarik-menarik antara aktin dan miosin.

3) Sendi

Sendi menghubungkan antar tulang yang dilakukan oleh adanya ligamen dan tendon. Ligamen menstabilkan tulang di antara tulang dan lebih elastis dari pada tendon. Sendi dapat diklasifikasikan menjadi sendi yang tidak dapat digerakan (sendi sinartrosis) seperti pada sutura, epifisis, dan diafisis, sendi yang sedikit dapat digerakkan (sendi amfiartrosis) seperti pada simfisis dan sendi yang geraknya bebas (sendi diartrosis) seperti pada gerak pada siku, pergerakan lutut, jari tangan dan lain-lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

b. Sistem persarafan

Sistem persarafan berperan dalam mengontrol fungsi motorik. Pusat pengendalian pergerakan adalah serebelum, korteks serebri, dan basal ganglia. Serebelum berperan dalam koordinasi aktivitas motorik pergerakan dan keseimbangan. Korteks serebri berperan dalam mengontrol aktivitas motorik yang disadari. Sementara itu, basal ganglia berperan dalam mempertahankan postur (Tarwoto & Wartonah, 2015).

c. Sistem pernapasan

Sistem pernapasan berperan dalam menjamin tersedianya oksigen tubuh. Oksigen dibutuhkan untuk metabolisme yang akan menghasilkan energi. Pergerakan membutuhkan energi dari hasil metabolisme. Pasien dengan kekurangan oksigen menyebabkan peningkatan pernapasan dan mengalami kelemahan fisik (Tarwoto & Wartonah, 2015).

d. Sistem kardiovaskular

Adekuatnya fungsi kardiovaskular menjamin pompa jantung dan curah jantung optimal. Sistem kardiovaskular berperan dalam transpor oksigen dan nutrien ke jaringan. Dengan demikian, tidak

adekuatnya fungsi jantung memungkinkan terjadinya gangguan perfusi jaringan sehingga pasien mengalami kelemahan fisik (Tarwoto & Wartonoh, 2015).

4. Mekanisme pergerakan

Gerak tubuh secara keseluruhan diatur dengan prinsip-prinsip fisiologis. Adanya pergerakan otot-otot memungkinkan tulang ikut bergerak melalui persendian. Tubuh dapat melaksanakan aktivitas, gerakan dengan cepat dan tepat, serta adanya pengaturan postur karena ada koordinasi gerakan tubuh di otak yaitu karena aktivitas integrasi mulai dari tingkat spinal, medula oblongata, dan korteks inilah yang mengatur postur tubuh dan memungkinkan terjadinya gerakan terkoordinasi. Untuk menggerakkan sebuah anggota badan, otak harus merencanakan gerakan yang sesuai dengan berbagai sendi pada saat yang sama, dan menyesuaikan gerakan dengan membandingkan rencana yang ada (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Mekanisme kontraksi otot rangka

Mekanisme kontraksi otot rangka melibatkan tiga mekanisme yaitu adanya stimulasi dari otot motorik, transmisi neuromuskular, dan eksitasi-kontraksi koupling (Tarwoto & Wartonah, 2015).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas

faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas adalah, sebagai berikut:

- 1) Gaya hidup, perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- 2) Proses penyakit/cedera, proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas karena mengganggu fungsi sistem tubuh.
- 3) Kebudayaan, kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering jalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya yang mengalami gangguan mobilitas (sakit), karena adat atau budaya tertentu yang melarang untuk beraktivitas.

- 4) Tingkat energi, energi adalah sumber untuk melakukan aktivitas karena, bila ingin melakukan aktivitas yang baik tentu tubuh harus memiliki energi yang cukup untuk memenuhinya karena bila energi kurang maka aktivitas yang bisa kita lakukan juga tidak akan baik.
- 5) Usia dan perkembangan, terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada masing-masing usia tentu berbeda. Karena kemampuan dan kematangan alat fungsi gerak sejalan dengan perkembangan usia. Sebagai contoh, dari mulai bayi kita belum bisa berjalan sampai bisa berjalan pada usia 1-2 tahun. Hal ini yang membuktikan bahwa usia mempengaruhi aktivitas (Haswita dan Sulistyowati, 2017).

7. Faktor yang mempengaruhi kurangnya pergerakan/imobilisasi

- a. Gangguan muskuloskeletal
 - 1) Osteoporosis
 - 2) Atrofi
 - 3) Kontraktur
 - 4) Kekuatan dan sakit sendi
 - 5) Fraktur ekstremitas
 - 6) Hernia nukleus pulposus (HNP)
- b. Gangguan kardiovaskular
 - 1) Hipotensi postural
 - 2) Vasodilatasi vena
 - 3) Gagal jantung
- c. Gangguan sistem respirasi
 - 1) Penurunan pengembangan paru, seperti pada pneumotoraks, dan hemotoraks
 - 2) Bertambahnya sekresi paru
 - 3) Atelektasis
 - 4) Pneumonia hipostasis
- d. Gangguan sistem persarafan
 - 1) Trauma medula spinalis
 - 2) Stroke
 - 3) Penurunan kesadaran

- e. Gangguan metabolisme
 - 1) Keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 2) Hipotiroid dan hiperparatiroid
 - 3) Anemia
 - 4) Penyakit hati menahun, seperti sirosis hepatis (Tarwoto & Wartonah, 2015).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Menurut purwanto (2016) pengkajian pada pasien stroke meliputi:

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama
 - Keluhan utama yang ditemukan berupa kelemahan pada anggota gerak, bicara pelo, afasia dan penurunan tingkat kesadaran.
- c. Riwayat kesehatan sekarang
 - Meliputi gejala berupa nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri serta kelumpuhan pada anggota gerak biasanya terjadi saat beraktivitas atau istirahat.
- d. Riwayat penyakit dahulu
 - Penyakit bawaan sebelumnya seperti riwayat hipertensi, stroke, penyakit jantung, diabetes melitus, riwayat trauma kepala.
- e. Riwayat penyakit keluarga
 - Riwayat keluarga yang menderita penyakit hipertensi, stroke sebelumnya mempengaruhi kejadian stroke.

f. Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien di dalam keluarga, keadaan emosi klien, pola interaksi, hubungan sosial dengan tetangga, status dalam pekerjaan. Namun apabila pasien tidak dapat menanggapi perintah (penurunan kesadaran) stimulus yang menyakitkan digunakan untuk membangkitkan mereka untuk terjaga maksimal. Stimulus tersebut harus sering di ulang, tidak boleh menyebabkan kerusakan pada jaringan pasien, rangsangan yang menyakitkan ke lokasi tubuh pusat misalnya pada otot trapezius.

g. Aktivitas sehari-hari

1) Pola makan sehari-hari klien yang dapat menjadi faktor pencetus terjadinya stroke (berlemak, tinggi garam).

2) Minum

Apakah klien memiliki ketergantungan mengkonsumsi obat, narkoba dan minum yang mengandung alkohol.

3) Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya terdapat perubahan dalam pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk melihat bagian tubuh dan untuk menentukan apakah seseorang mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal berikut ini pemeriksaan fisik pada pasien stroke:

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) Pemeriksaan tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan

pengkajian. Tingkat kesadaran pasien stroke berbeda-beda, tergantung tingkat keparahan stroke yang dialami, seperti uraian pada tabel dibawah ini, mulai dari kesadaran composmentis sampai keadaan koma.

a) Kualitatif

Pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

Tabel 2.1
Tingkat kesadaran

Fungsi mental	Tingkat kesadaran
Composmentis	Klien sadar akan dirinya dan punya orientasi penuh
Apatis	Klien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
Letargi	Kesadaran menurun, klien tampak lesu dan mengantuk
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh gelisah
Somnolen	Klien mengantuk ingin tidur terus, dan apabila di bangunkan ia akan tidur kembali
Koma	Kesadaran yang hilang sama sekali

Sumber: Budi susilo, catur, 2019

b) Kuantitatif

Pemeriksaan dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). Pemeriksaan gcs ini berguna untuk menilai tingkat kesadaran dengan melihat respon pasien dan pemeriksaan gcs ini juga dapat menjadi bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan keperawatan, biasanya respon yang dapat di kaji pada pasien stroke ini berbeda-beda tergantung tingkat keparahan pasien, penilaian tingkat kesadaran gcs ini paling tinggi dengan jumlah GCS = 15 dan yang paling rendah nilainya 3 seperti yang di uraikan pada tabel dibawah ini jenis respon dan nilai yang di dapat dari respon si pasien.

(1) Respon membuka mata (E = Eye)

- Spontan (4)
- Dengan perintah (3)

- Dengan nyeri (2)
- Tidak berespons (1)

(2) Respon verbal (V= Verbal)

- Berorientasi (5)
- Bicara membingungkan (4)
- Kata-kata tidak tepat (3)
- Suara tidak dapat di mengerti (2)
- Tidak ada respons (1)

(3) Respon motorik (M = Motorik)

- Dengan perintah (6)
- Melokalisasi nyeri (5)
- Menarik area yang nyeri (4)
- Fleksi abnormal/postur dekortikasi (3)
- Ekstensi abnormal/postur deserebrasi (2)
- Tidak berespons (1)

3) Pemeriksaan Nervus Cranialis

a) Nervus I (Olfactory)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi penciuman, biasanya pada pasien stroke tidak mempunyai masalah pada penciumannya.

b) Nervus II (Optikus)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi penglihatan, pada pasien stroke fungsi persepsi visual terganggu karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terlihat pada hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

c) Nervus III,IV,VI (Oculomotorius, Trochlear, dan Abducens)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi mata untuk mengetahui apakah pasien bisa mengangkat kelopak mata,

untuk melihat konstriksi pupil dan gerakan mata kebawah kedalam. Pada pasien stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerak konjugat unilateral di sisi yang sakit.

d) Nervus V (Trigeminus)

Nervus ini merupakan pemeriksaan gerakan sensasi wajah, reflek kornea dan reflek berkedip. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

e) Nervus VII (Facialis)

Nervus ini merupakan pemeriksaan ekspresi wajah, pada pasien stroke persepsi pengecapan dalam batas normal. Wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

f) Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi pendengaran, Pada keadaan stroke biasanya jarang ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

g) Nervus IX dan X (Glosofaringeal, vagus)

Nervus ini merupakan pemeriksaan kemampuan menelan, Pada pasien stroke didapatkan kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

h) Nervus XI (Aksesorius)

Nervus ini merupakan pemeriksaan pada pergerakan bahu, pada pasien stroke biasanya tidak dapat menggerakkan bahu pada sisi yang terganggu.

i) Nervus XII (Hipoglossus)

Nervus ini merupakan pemeriksaan otot lidah, pada pasien stroke lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

4) Pemeriksaan kekuatan otot

Pemeriksaan tonus otot ini dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0-5, pada pasien stroke biasanya terjadi masalah pada tingkat kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada pasien stroke berbeda-beda tergantung tingkat keparahan stroke yang dialami.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Menurut SDKI, PPNI (2017) diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, risiko jatuh.

Tabel 2.2
Diagnosis Keperawatan

Diagnosis	Penyebab/factor resiko	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
		Mayor	Minor	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidak bugaran 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 muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen	Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Ostemalasia 7. Keganasan

	farmakologis 15. Program pembatas gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensori persepsi			
Defisit perawatan diri b.d neuromuskular (D.0109) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/ atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat	Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Subjektif : - Objektif : -	1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestik 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu
Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh	1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar	Subjektif : - Objektif : -	Subjektif : - Objektif : -	1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit serebrovas kuler 4. Katarak 5. Glukoma 6. Demensia 7. Hipotensi 8. Amputasi 9. Intoksikasi 10. Preeklamsi

	glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis. glukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropatik 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)			
--	---	--	--	--

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan merupakan tahapan selanjutnya dari diagnosis keperawatan yang sudah di tegakkan. Dalam rencana keperawatan pada stroke non hemoragik (iskemik), penulis akan lebih fokus pada rencana untuk stroke non hemoragik (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.3

Intervensi keperawatan

No	Intervensi Utama (SIKI)	Intervensi pendukung
1	<p>Dukungan ambulasi (I.06171) Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan keperawatan diri 3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK 4. Dukungan perawatan diri: Berpakaian 5. Dukungan perawatan diri: Makan/Minum 6. Dukungan perawatan diri: Mandi 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi teknik ambulasi 9. Edukasi teknik transfer 10. Pemberian obat 11. Pencegahan jatuh 12. Pencegahan luka tekan 13. Pengaturan posisi 14. Perawatan tirah baring 15. Promosi berat badan

	<p>bantu (mis. tongkat, kruk)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi melakukan mobilisasi, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Teknik latihan penguatan otot 17. Teknik latihan penguatan sendi 18. Terapi aktivitas 19. Terapi pemijatan 20. Terapi relaksasi otot progresif
2.	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Definisi: Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung emosional 2. Dukungan pengambilan keputusan 3. Manajemen lingkungan 4. Pencegahan jatuh 5. Perawatan kuku 6. Perawatan mulut 7. Perawatan rambut
3.	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia ≥ 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi 2. Dukungan mobilisasi 3. Edukasi keselamatan lingkungan 4. Edukasi pengurangan resiko 5. Pemasangan alat pengaman 6. Pencegahan risiko lingkungan 7. Pengenalan fasilitas 8. Surveilens keamanan dan keselamatan

<p>neuropati)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale, humpty dumpty scale) jika perlu. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat 	
---	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi, dengan

mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan yang diberikan (PPNI, 2017).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam melakukan asuhan keperawatan. Membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartolah, 2015)

Langkah –langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat di observasi dan di ukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 2.4

Evaluasi Keperawatan

Diagnosis keperawatan : Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	
mobilitas fisik (L.05042) Definisi: Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	Kriteria Hasil 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun

Diagnosis keperawatan : Defisit perawatan diri (D. 0109)	
Perawatan diri (L.11103) Definisi: Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	Kriteria Hasil 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
Diagnosis keperawatan : Resiko terjatuh (D.0143)	
Tingkat jatuh (L.14138) Definisi: Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi	1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat di pindahkan

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang terjadi akibat gangguan neurologi mendadak, yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri di otak. Stroke juga merupakan penyakit serebrovaskuler yang menunjukkan beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh beberapa keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh pembuluh darah otak, yang disebabkan robekan pembuluh darah atau oklusi parsial/total yang bersifat sementara atau permanen. Ada dua klasifikasi umum penyakit (cedera) serebrovaskuler yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik (*Iskemik*)

Stroke Non Hemoragik/Stroke *Iskemik* adalah stroke yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah organ distal. Stroke non hemoragik (*Iskemik*) ini sebagian besar tidak menimbulkan nyeri karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun pembuluh darah besar di leher dan

batang otak memiliki banyak reseptor nyeri sehingga cedera pada pembuluh-pembuluh darah ini saat serangan *iskemik* dapat menimbulkan nyeri kepala.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik. Biasanya stroke hemoragik ini secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran.

2. Etiologi stroke

a. Etiologi stroke non hemoragik (*Iskemik*)

Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke *iskemik*/Stroke non hemoragik terbagi dalam dua katogeri berdasarkan oklusi aliran darah, yaitu sebagai berikut:

1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan iskemik sementara (transient ischemic attack/TIA) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24 jam. Apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadinya stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam priode 24 jam.

2) Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta, faktor resiko utama untuk stroke *iskemik* mirip dengan penyakit arteri karotid, antara lain tekanan darah

tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri karotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Budi susilo, 2019).

b. Etiologi stroke hemoragik

Etiologi stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu:

- 1) Hemoragik intraserebral: pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak
- 2) Hemoragik subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

3. Klasifikasi stroke

a. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik (*iskemik*) merupakan stroke yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah yang disebabkan oleh penyumbatan aterosklerosis ke dalam otak/area otak. Jika penurunan aliran darah otak hingga 10ml/100gram maka akan terjadi ischemic core. Sel-sel dalam inti dapat mati dalam beberapa menit setelah serangan.

b. Stroke Hemoragik

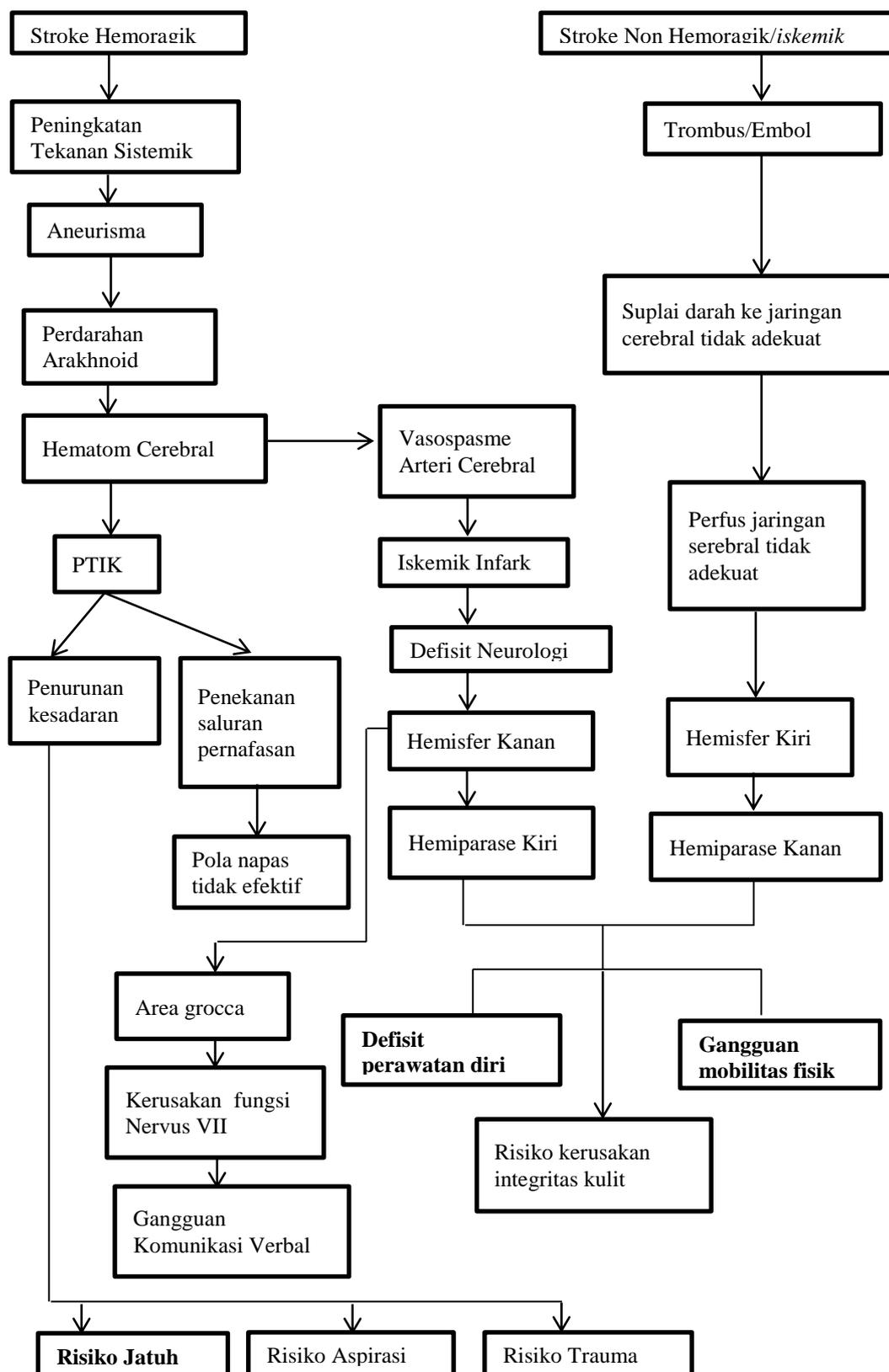
Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, kesadaran pasien umumnya menurun.

4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik (*Iskemik*)

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan

penurunan energi yang dihasilkan oleh neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi, hilangnya homeostasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

5. Pathway



Sumber: Joyce & June, 2014

6. Manifestasi Klinis

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba kehilangan rasa peka
- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Mulut mencong tidak simetris
- f. Gangguan daya ingat
- g. Nyeri kepala hebat
- h. Kesadaran menurun
- i. Proses kencing terganggu
- j. Gangguan fungsi otak (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H, 2016)

7. Komplikasi

Pasien yang mengalami gejala berat, misalnya imobilisasi dengan hemiplegia berat, rentan terhadap komplikasi yang dapat menyebabkan kematian awal, berikut komplikasi yang dapat terjadi:

- a. Pneumonia, septicemia, (akibat ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih).
- b. Trombosis vena dalam dan emboli paru.
- c. Infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung.
- d. Ketidakseimbangan cairan.

8. Pemeriksaan penunjang

- a. MRI dan angiografi magnetik (MRA) memungkinkan evaluasi lokasi dan ukuran lesi.
- b. Angiografi serebral memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan.
- c. CT scan mendeteksi abnormalitas struktur
- d. Ekokardiogram dua dimensi mengevaluasi ada tidaknya disfungsi jantung
- e. Doppler karotis mengukur aliran yang melalui arteri karotis
- f. Pemeriksaan aliran darah serebral
- g. Elektrokardiografi mengevaluasi aktivitas elektrik di area infark korteks

9. Penatalaksanaan

a. Stadium Hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan di instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen dan cairan kristaloid/koloid, hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O. Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit); jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi Rawat Darurat adalah memberi dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b. Stadium Akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologi. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.