

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Aktivitas

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Hierarki kebutuhan maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas. (Hidayat & Uliya, 2014)

- a. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis, seperti udara, air, makanan, dan aktivitas & istirahat.
- b. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan psikologis.
- c. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, dan hubungan cinta.
- d. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan dan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan, dan nilai diri.
- e. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan.

Menurut (Hidayat & Uliya, 2014) Hierarki Maslow berguna dalam menempatkan prioritas klien. Kebutuhan dasar fisiologis dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada klien dengan ketergantungan fisik berat. Akan tetapi, anda akan menghadapi situasi dimana klien tidak memiliki kebutuhan keamanan dan kedaruratan fisik. Selain itu, anda akan memberikan prioritas tertinggi pada kebutuhan fisiologi, sosiokultur, perkembangan, atau spiritual klien.

2. Konsep Dasar Aktivitas Dan Istirahat

Menurut (Kasiati & Rosmalawati, 2016) Aktivitas atau pergerakan adalah bagaimana menggunakan secara efektif, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan keseimbangan selama beraktivitas.

a. Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan.

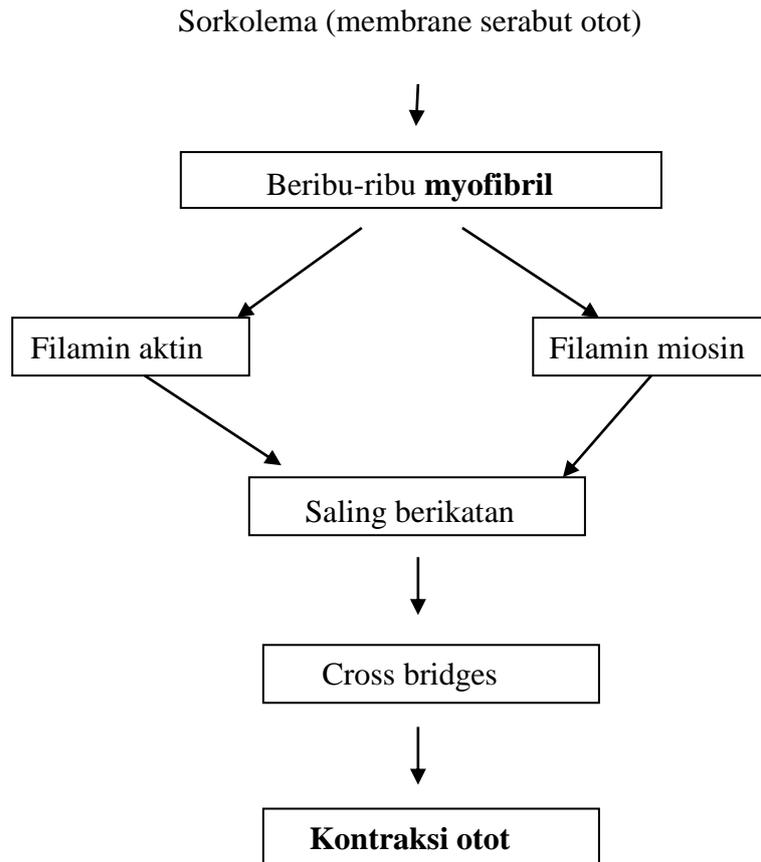
b. Manfaat Aktivitas atau Mobilisasi

Manfaat dari gerakan tubuh antara lain, tubuh menjadi segar, memperbaiki tonus otot, mengontrol berat badan, merangsang peredaran darah, mengurangi stress, meningkatkan relaksasi, memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif), untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh), sedangkan untuk anak merangsang pertumbuhan.

c. Koordinasi Mekanik Tubuh

Mekanika tubuh (*body mechanic*) adalah penggunaan organ secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara system musculoskeletal dan system persarafan disalam tubuh. Komponen system musculoskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligament, kartilago, dan sendi. Tulang adalah jaringan dinamis, salah satu fungsinya menunjang jaringan tubuh dan membantu pergerakan. Sedang otot berfungsi untuk kontraksi dan membantu menghasilkan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas. Otot dipersarafi oleh saraf yang terdiri atas serabut motoris dari medulla spinal. Medulla otak seperti korteks cerebri kanan mengatur otot-otot anggota gerak kiri dan sebaliknya.

Mekanisme kontraksi otot : membran otot mengandung myofibril, kemudian pelepasan asetikolin. Akibatnya, pintu kalsium di retikulum sarkoplasma membuka dan melepaskan ion kalsium ke sitoplasma sel otot, lalu berikatan dengan troposin, kemudian membuka binding sites, terjadilah jembatan silang (Cross bridges), antara filamin aktin dan myosin. Selanjutnya dengan katalis enzim myosin-ATP ase terjadi hidrolisis ATP menjadi $ADP + P + \text{energy}$, sehingga terjadilah kontraksi.



Sumber :(Kasiati & Rosmalawati, 2016)

Gambar 2.1
Kontraksi Otot

d. Faktor Yang Mempengaruhi Aktivitas atau Mobilisasi

- 1) Tingkat perkembangan tubuh: Usia seseorang mempengaruhi system musculoskeletal dan persarafan, untuk itu dalam melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan aspek tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.
- 2) Kesehatan fisik: seseorang dengan penyakit (gangguan musculoskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan system respirasi), cacat tubuh dan imobilisasi akan dapat mengganggu pergerakan tubuh.
- 3) Keadaan nutrisi: seseorang dengan nutrisi kurang, hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaliknya, hal yang sama terjadi pada kondisi nutrisi lebih (obesitas).

- 4) Status mental: seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas, bahkan kehilangan energy untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
- 5) Gaya hidup: seseorang dalam melakukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya.

Menurut (Kasiati & Rosmalawati, 2016) Istirahat adalah keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah. Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali, tapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi:

a. Pengkajian

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam, MRS, nomor register, diagnose medis.

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggotagerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal seringkesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntahbahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separohbadan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

6) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

7) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15

b) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

(2) Nadi

Biasanya nadi normal

(3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

(4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

(5) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

(6) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

(7) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

(8) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antar kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII

(akustikus): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

(9) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencangkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

(10) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas

(11) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

(12) Thorak

(a) Paru-paru

Inspeksi: biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi: biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi: biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi: biasanya suara normal (vesikuler)

(b) Jantung

Inspeksi: biasanya ictus cordis tidak terlihat

Palpasi: biasanya ictus cordis teraba

Perkusi: biasanya batas jantung normal

Auskultasi: biasanya suara vesikuler

(13) Abdomen

Inspeksi: biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi: biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi: biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi: biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

(14) Ekstremitas

(a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

(b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky Ikaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kakidigores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

8) Test diagnostic

a) Radiologi

(1) Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma

(2) Lumbal pungsi

Biasanya pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau pada intrakranial

(3) CT-Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak

(4) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

(5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

(6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

b) Laboratorium

(1) Pemeriksaan darah lengkap

Seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit

untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

(2) Test darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

(3) Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke (Robinson, 2014)

9) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola kebiasaan

Biasanya pada pasien yang pria, adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol

b) Pola makan

Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

c) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot

d) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegi atau kelumpuhan

e) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus

f) Pola hubungan dan peran

Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

g) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif (Batticaca, 2008)

Menurut (Hidayat & Uliya, 2014) Pengkajian keperawatan pada masalah kebutuhan Mobilitas terdiri dari:

a. Riwayat Keperawatan Sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan dalam mobilitas dan imobilitas, seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas dan imobilitas, daerah terganggunya mobilitas dan imobilitas dan lama terjadinya gangguan mobilitas.

b. Riwayat Keperawatan Penyakit yang Pernah Diderita

Pengkajian riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas, misalnya adanya riwayat penyakit system neurologis (kecelakaan serebrovaskular, trauma kepala, peningkatan tekanan intracranial, miastenia gravis, guillain barre, cedera medulla spinalis, dan lain-lain), riwayat penyakit system kardiovaskuler (infark miokard, gagal jantung kongestif), riwayat penyakit system musculoskeletal (osteoporosis, fraktur, arthritis), riwayat penyakit system pernapasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia, dan lain-lain), riwayat pemakaian obat, seperti sedative, hipnotik, depresan system saraf pusat, laksansia, dan lain-lain.

c. Kemampuan Fungsi Motorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kiri untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kekuatan, atau spastis.

d. Kemampuan Mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut.

Tabel 2.1
Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas/Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : (Hidayat & Uliya, 2014)

e. Kemampuan Rentang Gerak

Pengkajian rentang gerak (range of motion-ROM) dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, lengan, panggul dan kaki.

Tabel 2.2
Derajat Normal Rentang Gerak Sendi

Gerak Sendi	Derajat Rentang Normal
Bahu. Adduksi : gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh.	180
Siku. Fleksi : angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu	150
Pergelangan tangan. Fleksi : tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah Ekstensi : luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin Abduksi : tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas Adduksi : tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas	80-90 80-90 70-90 0-20 30-50
Tangan dan Jari Fleksi : buat kepalan tangan Ekstensi : luruskan jari Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin Abduksi : kembangkan jari tangan Adduksi : rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	90 90 30 20 20

Sumber : (Hidayat & Uliya, 2014)

f. Perubahan Intoleransi Aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan pada system pernapasan, antara lain suara napas, analisa gas darah, gerakan dinding toraks, adanya mucus, batuk yang produktif diikuti panas, dan nyeri saat respirasi. Pengkajian intoleransi aktivitas terhadap perubahan system kardiovaskular, seperti nadi dan tekanan darah, gangguan sirkulasi perifer, adanya thrombus, serta perubahan tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

g. Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi

Dalam mengkaji kekuatan otot dapat ditentukan kekuatan secara bilateral atau tidak.

Tabel 2.3
Derajat kekuatan otot

Skala	Persentase Kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

Sumber : (Hidayat & Uliya, 2014)

h. Perubahan Psikologis

Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan oleh adanya gangguan mobilitas dan imobilitas, antara lain perubahan perilaku, peningkatan emosi, perubahan dalam mekanisme coping, dan lain-lain.

i. Pemeriksaan fisik

Menurut (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) pemeriksaan fisik adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh klien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Rekam medis dan pemeriksaan fisik akan membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan klien.

1) Inspeksi

Inspeksi adalah metode pemeriksaan klien dengan melihat langsung seluruh tubuh klien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan (misal

rambut, kulit, kuku, sikap, dan lain-lain). Inspeksi digunakan untuk mengkaji warna kulit, ukuran tubuh, bentuk tubuh, ekspresi wajah, posisi, kesimetrisan, lesi, dan penonjolan/pembengkakan, dan struktur tubuh klien.

2) Palpasi

Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Palpasi adalah metode pemeriksaan klien dengan menggunakan sense of touch untuk menentukan tekstur rambut klien, temperatur area kulit, vibrasi, Posisi, ukuran, konsistensi, dan mobilitas organ, distensi kandung kemih, frekuensi pernapasan atau denyut nadi perifer, dan nyeri tekan. Pada pemeriksaan aktivitas kaji apakah ada nyeri tekan yang dilaporkan atau yang dipalpasi. Krepitasi (teraba atau terdengar sensasi krek atau gesekan yang dihasilkan oleh pergerakan sendi).

3) Perkusi

Perkusi adalah metode pemeriksaan dengan mengetuk area permukaan tubuh guna memperoleh bunyi yang dapat didengar atau vibrasi yang dapat dirasakan. Perkusi dilakukan untuk mendengarkan/mendeteksi adanya gas, cairan, atau massa di dalam abdomen serta untuk mentukan ukuran dan bentuk organ-organ internal (organ dalam). Teknik perkusi menggunakan ujung jari tengah atau ujung dari dua, tiga, atau empat jari. Perkusi dilakukan dengan cepat, dan gerakan berasal dari pergelangan tangan. Yang akan menghasilkan bunyi sonor, redup, pekak, dan timpani.

4) Auskultasi

Auskultasi adalah metode pemeriksaan klien dengan menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Metode ini digunakan untuk mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bising usus, serta untuk mengukur tekanan darah dan denyut nadi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI,2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan yang penulis ambil yaitu klien dengan gangguan kebutuhan Aktivitas dengan Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal. Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan kebutuhan Aktivitas termasuk kedalam kategori fisiologis.

Adapun masalah yang lazim muncul pada stroke adalah:

- a. Perfusi perifer tidak efektif
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Gangguan komunikasi verbal
- d. Gangguan menelan
- e. Defisit nutrisi
- f. Nyeri akut
- g. Defisit perawatan diri
- h. Resiko jatuh

Tabel 2.4
Diagnosis Keperawatan Masalah Aktivitas dan Istirahat

No	Diagnosis	Penyebab/faktor risiko	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1	Perfusi perifer tidak efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7. Kurang terpapar 	Subjektif : - Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun	Subjektif : Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90, bruit femoral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tromboflebitis 2. Diabetes mellitus 3. Anemia 4. Gagal jantung kongestif 5. Kelainan jantung kongestif 6. Trombosis arteri 7. Varises 8. Trombosis vena dalam 9. Sindrom kompartemen

		informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes mellitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktivitas fisik			
2	Gangguan mobilitas fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan intergritas 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 muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi 	<p>Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun</p>	<p>Subjektif : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan
3	Gangguan komunikasi verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan sirkulasi serebral 2. Gangguan neuromuskular 3. Gangguan pendengaran 	<p>Subjektif : - Objektif : Tidak mampu berbicara atau</p>	<p>Subjektif : - Objektif : - Afasia, disfasia, apraksia, disleksia,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Trauma wajah 4. Peningkatan tekanan intrakranial

		<p>4. Gangguan muskuloskeletal</p> <p>5. Kelainan palatum</p> <p>6. Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)</p> <p>7. Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)</p> <p>8. Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)</p> <p>9. Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)</p>	<p>mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai</p>	<p>disartria, afonia, dislalia, pelopogap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan, delusi.</p>	<p>5. Hipoksia kronis</p> <p>6. Tumor</p> <p>7. Miastenia gravis</p> <p>8. Sklerosis multipel</p> <p>9. Distropi muskuler</p> <p>10. Penyakit alzheimer</p> <p>11. Kuadriplegia</p> <p>12. Labiopalatoskizis</p> <p>13. Infeksi laring</p> <p>14. Fraktur rahang</p> <p>15. Skizofrenia</p> <p>16. Delusi</p> <p>17. Paranoid</p> <p>18. Autism</p>
4	Gangguan menelan	<p>1. Gangguan serebrovaskuler</p> <p>2. Gangguan saraf kranialis</p> <p>3. Paralisis serebral</p> <p>4. Akalasia</p> <p>5. Abnormalitas laring</p> <p>6. Abnormalitas orofaring</p> <p>7. Anomali jalan napas atas</p> <p>8. Defek anatomic congenital</p> <p>9. Defek laring</p> <p>10. Defek nasal</p> <p>11. Defek rongga nasofaring</p> <p>12. Defek trakea</p> <p>13. Refluk gastroesofagus</p> <p>14. Obstruksi mekanis</p> <p>15. Prematuritas</p>	<p>Subjektif : Mengeluh sulit menelan</p> <p>Objektif : Batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut</p>	<p>Subjektif : Oral : - Faring : Menolak makan</p> <p>Esophagus : Mengeluh bangun dimalam hari, nyeri epigastrik</p> <p>Objektif : Oral : Bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jauh dari mulut, makanan terdorong keluar dari</p>	<p>1. Stroke</p> <p>2. Distrofi muskuler</p> <p>3. Poliomielititis</p> <p>4. Cerebral palsy</p> <p>5. Penyakit parkinson</p> <p>6. Guillain barre syndrome</p> <p>7. Myastenia gravis</p> <p>8. Amyotropic lateral sclerosis</p> <p>9. Neoplasma otak</p> <p>10. Paralisis pita suara</p> <p>11. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, X, XI</p> <p>12. Esofagitis</p>

				mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, bolus terbentuk lama, waktu makan lama, porsi makanan tidak habis, fase oral abnormal, mengiler Faring : Muntah, posisi kepala kurang elevasi, menelan berulang-ulang Esophagus : Hematemesis, gelisah, regurgitasi, odinofagia, bruksisme	
5	Defisit nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. ketidakmampuan menelan makanan 2. ketidakmampuan mencerna makanan 3. ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient 4. peningkatan kebutuhan metabolisme 5. faktor ekonomi (mis. financial tidak mencukupi) 6. faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan) 	Subjektif : - Objektif : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal	Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun Objektif : Bising usus hiperaktif, otot penguyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare	<ol style="list-style-type: none"> 1. stroke 2. parkinson 3. mobius syndrome 4. cerebral palsy 5. cleft lip 6. cleft palate 7. amyotropic lateral sclerosis 8. kerusakan neuromuskular 9. luka bakar 10. kanker 11. infeksi 12. AIDS 13. Penyakit crohn's 14. Enterokolitis 15. Fibrosis kistik
6	Nyeri akut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera 	Subjektif : Mengeluh nyeri Objektif : Tampak meringis,	Subjektif : - Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom

		<p>kimiaawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)</p> <p>3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p>bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p>	<p>makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis</p>	<p>5. Glaucoma</p>
7	Deficit perawatan diri	<p>1. gangguan muskuloskeletal</p> <p>2. gangguan neuromuskular</p> <p>3. kelemahan</p> <p>4. gangguan psikologis atau psikotik</p> <p>5. penurunan motivasi/minat</p>	<p>Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif : Tidak mampu mandi/meng enakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang</p>	<p>Subjektif :-</p> <p>Objektif :-</p>	<p>1. stroke</p> <p>2. cedera medulla spinalis</p> <p>3. depresi</p> <p>4. arthritis reumatoid</p> <p>5. retardasi mental</p> <p>6. delirium</p> <p>7. demensia</p> <p>8. gangguan amnestik</p> <p>9. skizofrenia dan gangguan psikotik lain</p> <p>10. fungsi penilaian terganggu</p>
8	Resiko jatuh	<p>1. usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak)</p> <p>2. riwayat jatuh</p> <p>3. anggota gerak bawah prosthesis (buatan)</p> <p>4. penggunaan alat bantu berjalan</p> <p>5. penurunan tingkat kesadaran</p> <p>6. perubahan fungsi kognitif</p> <p>7. lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)</p> <p>8. kondisi pasca operasi</p> <p>9. hipotensi ortostatik</p> <p>10. perubahan kadar glukosa darah</p> <p>11. anemia</p> <p>12. kekuatan otot</p>	-	-	<p>1. osteoporosis</p> <p>2. kejang</p> <p>3. penyakit sebrovaskuler</p> <p>4. katarak</p> <p>5. glaukoma</p> <p>6. demensia</p> <p>7. hipotensi</p> <p>8. amputasi</p> <p>9. intoksikasi</p> <p>10. preeklamsi</p>

		menurun 13. gangguan pendengaran 14. gangguan keseimbangan 15. gangguan penglihatan (mis. glaucoma, katarak, ablaso retina, neuritis optikus) 16. neuropati 17. efek agen farmakologis (mis. sedasi, alcohol, anestesi umum)			
--	--	---	--	--	--

Sumber: (Tim Pokja SDKI,2017)

3. Rencana keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI, (2018) Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas dengan dukungan mobilisasimenggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

Tabel 2.5
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
Perfusi perifer tidak efektif	1. Perawatan sirkulasi Observasi : - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) -Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) -Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : -Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi -Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi -Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera -Lakukan pencegahan infeksi -Lakukan perawatan kaki dan kuku -Lakukan hidrasi Edukasi : -Anjurkan berhenti merokok	1. Dukungan berhenti merokok 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Edukasi berat badan efektif 4. Edukasi berhenti merokok 5. Edukasi diet 6. Edukasi latihan fisik 7. Edukasi pengukuran nadi radialis 8. Edukasi proses penyakit 9. Edukasi teknik ambulasi 10. Inseri intravena 11. Manajemen asam basa 12. Manajemen cairan 13. Manajemen hipovolemia 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen specimen darah 16. Manajemen syok

	<p>-Anjurkan berolahraga rutin -Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar -Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu -Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur -Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta -Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) -Anjurkan program rehabilitasi vaskuler -Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) -Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya Rasa)</p> <p>2. Manajemen Sensasi Perifer</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi penyebab perubahan sensasi -Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian -Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul -Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin -Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda -Monitor terjadinya parestesia, jika perlu -Monitor perubahan kulit -Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air -Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak -Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu -Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu 	<p>17. Manajemen syok anafilaktik 18. Manajemen syok hipovolemik 19. Manajemen syok kardiogenik 20. Manajemen syok neurogenik 21. Manajemen syok obstruktif 22. Manajemen syok septic 23. Pemantauan cairan 24. Pemantauan hasil laboratorium 25. Pemantauan hemodinamik invasive 26. Pemantauan tanda vital 27. Pemasangan stocking elastic 28. Pemberian obat 29. Pemberian obat intravena 30. Pemberian obat oral 31. Pemberian produk darah 32. Pencegahan luka tekan 33. Pengambilan sampel darah arteri 34. Pengambilan sampel darah vena 35. Pengaturan posisi 36. Perawatan emboli perifer 37. Perawatan kaki 38. Perawatan neurovaskuler 39. Promosi latihan fisik 40. Surveilans 41. Terapi bekam 42. Terapi intravena 43. Terapi oksigen 44. Terapi pneumatic 45. Uji laboratorium di tempat tidur</p>
Gangguan mobilitas fisik	<p>1. Dukungan ambulasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 	<p>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan. 2. Dukungan perawatan diri (BAB/BAK, berpakaian, makan, minum, mandi)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Teraupetik: - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, dan kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik. - Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. - Anjurkan untuk melakukan ambulasi dini. - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan(mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya). <p>2. Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. - Monitor frekuensi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Edukasi latihan fisik 4. Edukasi teknik ambulasi 5. Edukasi teknik transfer 6. Konsultasi via telpon 7. Latihan otogenik 8. Manajemen energi 9. Manajemen lingkungan 10. Manajemen mood 11. Manajemen nutrisi 12. Manajemen nyeri 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen program latihan 15. Manajemen sensasi ferifer 16. Pemantauan neurologis 17. Pemberian obat oral dan IV 18. Pembidaian 19. Pencegahan jatuh 20. Pencegahan luka tekan 21. Pengaturan posisi 22. Pengekangan fisik 23. Perawatan kaki 24. Perawatan tirah baring 25. Perawatan traksi 26. Promosi berat badan 27. Promosi kepatuhan program latihan 28. Promosi latihan fisik 29. Teknik latihan penguatan otot
Gangguan komunikasi verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promosi Komunikasi : Defisit Bicara <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara -Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) -Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara -Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) -Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan pengambilan keputusan 2. Dukungan perawatan diri 3. Latihan memori 4. Manajemen dimensia 5. Manajemen energy 6. Manajemen lingkungan 7. Manajemen medikasi 8. Perawatan telinga 9. Reduksi ansietas 10. Terapi seni 11. Terapi sentuhan 12. Terapi validasi

	<p>atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan -Ulangi apa yang disampaikan pasien -Berikan dukungan psikologis -Gunakan juru bicara, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan berbicara perlahan -Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis <p>2. Promosi Komunikasi Defisit Pendengaran</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Periksa kemampuan pendengaran -Monitor akumulasi serumen berlebih -Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis. lisan, tulisan, gerakan bibir, bahasa isyarat) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gunakan Bahasa sederhana -Gunakan bahasa isyarat, jika perlu -Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien -Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar -Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi -Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi -Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara -Hindari kebisingan saat berkomunikasi -Hindari berkomunikasi lebih dari 1 m dari pasien -Lakukan irigasi telinga, jika perlu -Pertahankan kebersihan telinga <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat -Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat <p>3. Promosi Komunikasi Defisit Visual</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Periksa kemampuan penglihatan -Monitor dampak gangguan penglihatan (mis. resiko cedera, depresi, kegelisahan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (mis. aroma, rasa, tekstur makanan) -Pastikan kaca mata atau lensa kontak berfungsi dengan baik -Sediakan pencahayaan cukup 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> -Berikan bacaan dengan huruf besar -Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu -Sediakan alat bantu (mis. jam, telepon) -Fasilitasi membaca surat, surat kabar atau media informasi lainnya -Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan -Sediakan kaca pembesar, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan lingkungan pada pasien -Ajarkan keluarga cara membantu pasien berkomunikasi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rujuk pasien pada terapis, jika perlu 	
Gangguan menelan	<p>1. Dukungan perawatan diri : makan/minum</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi diet yang dianjurkan -Monitor kemampuan menelan -Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan -Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum -Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu -Letakkan makanan di sisi mata yang sehat -Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan -Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan -Sediakan makanan dan minuman yang disukai -Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian,jika perlu -Motivasi untuk makan di ruang makan,jika tersedia <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rending di jam 3) <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesic, antiemetic),sesuai indikasi <p>2. Pencegahan aspirasi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitor tingkat kesadaran,batuk,muntah dan kemampuan menelan -Monitor status pernapasan -Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum -Periksa residu gaster sebelum member asupan oral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan emosional 3. Manajemen nutrisi 4. Manajemen medikasi 5. Pemberian makanan 6. Pemberian makanan enteral 7. Pemberian obat 8. Pemberian obat intravena 9. Pengaturan posisi 10. Penghisapan jalan anaps 11. Reduksi ansietas 12. Surveilens 13. Terapi relaksasi otot progresif

	<p>-Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum member asupan oral -Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar -Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. teknik head tilt chin lift, jaw thrust, in line) -Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT) -Lakukan penghisapan jalan napas,jika produksi secret meningkat -Sediakan suction di ruangan -Hindari member makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak -Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak -Berikan obat oral dalam bentuk cair <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan makan secara perlahan -Ajarkan strategi mencegah aspirasi -Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu 	
Defisit nutrisi	<p>1. Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi status nutrisi -Identifikasi alergi dan intoleransi makanan -Identifikasi makanan yang disukai -Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient -Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik -Monitor asupan makanan -Monitor berat badan -Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu -Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) -Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai -Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi -Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein -Berikan suplemen makanan, jika perlu -Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan posisi duduk, jika mampu -Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan -Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi keselamatan lingkungan 2. Edukasi perilaku mencari kesehatan 3. Manajemen lingkungan 4. Surveilens komunitas 5. Manajemen lingkungan komunitas 6. Pencegahan risiko lingkungan 7. Promosi kebersihan 8. Skrining kesehatan

	<p>2. Promosi berat badan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang -Monitor adanya mual dan muntah -Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari -Monitor berat badan -Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu -Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. makan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi) -Hidangkan makanan secara menarik -Berikan suplemen, jika perlu -Berikan pujian pada pasien atau keluarga untuk peningkatan yang dicapai <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau -Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan 	
Nyeri akut	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan -Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan -Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan penyebab periode, dan strategi meredakan nyeri -Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri -Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat -Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>2. Pemberian analgesic</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) -Identifikasi riwayat alergi obat -Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri -Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan koping keluarga 5. Dukungan meditasi 6. Edukasi aktivitas /istirahat 7. Edukasi efek samping obat 8. Edukasi kemoterapi 9. Edukasi kesehatan 10. Edukasi manajemen stress 11. Edukasi manajemen nyeri 12. Edukasi perawatan stoma 13. Edukasi proses penyakit 14. Edukasi teknik napas 15. Kompres dingin 16. Kompres panas 17. Konsultasi 18. Latihan pernapasan 19. Latihan rehabilitasi 20. Manajemen efek samping obat

	<p> pemberian analgesik -Monitor efektivitas analgesik </p> <p> Terapeutik -Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu -Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum -Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien -Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan </p> <p> Edukasi -Jelaskan efek terapi dan efek samping obat </p> <p> Kolaborasi -Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi </p>	<p>21. Manajemen kenyamanan lingkungan</p> <p>22. Manajemen mood</p> <p>23. Manajemen stress</p> <p>24. Manajemen terapi radiasi</p> <p>25. Pemantauan nyeri</p> <p>26. Pemberian analgetik</p> <p>27. Pemberian obat</p> <p>28. Pemberian obat intravena</p> <p>29. Pemberian obat oral</p> <p>30. Pemberian obat topical</p> <p>31. Pengaturan posisi</p> <p>32. Perawatan amputasi</p> <p>33. Promosi koping</p> <p>34. Teknik distraksi</p> <p>35. Teknik imajinasi terbimbing</p> <p>36. Terapi akupunktur</p> <p>37. Terapi bantuan hewan</p> <p>38. Terapi humor</p> <p>39. Terapi murattal</p> <p>40. Terapi music</p> <p>41. Terapi pemijatan</p> <p>42. Terapi sentuhan</p> <p>43. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</p> <p>44. Yoga</p>
Deficit perawatan diri	<p>1. Dukungan perawatan diri</p> <p> Observasi -Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia -Monitor tingkat kemandirian -Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan </p> <p> Terapeutik -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> <p> Edukasi -Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan </p> <p>2. Dukungan perawatan diri :BAB/BAK</p>	<p>1. Dukungan emosional</p> <p>2. Dukungan pengambilan keputusan</p> <p>3. Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri</p> <p>4. Kontrak perilaku positif</p> <p>5. Manajemen demensia</p> <p>6. Manajemen energy</p> <p>7. Manajemen lingkungan</p> <p>8. Manajemen nutrisi</p> <p>9. Manajemen nyeri</p> <p>10. Pemberian makanan</p> <p>11. Pencegahan jatuh</p> <p>12. Penentuan tujuan bersama</p> <p>13. Pengaturan posisi</p> <p>14. Perawatan kaki</p> <p>15. Perawatan kuku</p> <p>16. Perawatan lensa kontak</p> <p>17. Perawatan mata</p> <p>18. Perawatan mulut</p> <p>19. Perawatan perineum</p> <p>20. Perawatan rambut</p>

<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia -Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi -Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten -Jaga privasi selama eliminasi -Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, Jika perlu -Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan -Latih BAK/BAB sesuai jadwal, Jika perlu -Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), Jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan BAK/ BABsecara rutin -Anjurkan ke kamar mandi atau toilet, Jika perlu <p>3. Dukungan perawatan diri :Berpakaian</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian atau berhias <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau -Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan -Fasilitasi mengenakan pakaian, Jika perlu -Fasilitasi berhias (mis.menyisir rambut, merapikan kumis atau jenggot) -Jaga privasi selama berpakaian -Tawarkan untuk laundry, Jika perlu -Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Satu informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, Jika perlu <p>4. Dukungan perawatan diri :Makan/Minum</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi diet yang dianjurkan -Monitor kemampuan menelan -Monitor status hidrasi pasien, Jika perlu <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan -Atur posisi yang nyaman untuk makan atau minum -Lakukan oral hygiene sebelum makan, Jika perlu -Letakkan makanan di sisi mata yang sehat -Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan -Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan -Sediakan makanan dan minuman yang disukai 	<ul style="list-style-type: none"> 21. Perawatan telinga 22. Promosi citra tubuh 23. Promosi harga diri 24. Promosi komunikasi : deficit pendengaran 25. Promosi komunikasi : deficit visual 26. Promosi latihan fisik 27. Reduksi ansietas 28. Terapi menelan
--	--

	<p>-Berikan bantuan saat makan atau minum sesuai tingkat kemandirian, Jika perlu</p> <p>-Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia</p> <p>Edukasi</p> <p>-Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. sayur jam 12, rendang di jam 3)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>-Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi</p> <p>5. Dukungan perawatan diri :Mandi</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</p> <p>-Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>-Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</p> <p>-Monitor integritas kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)</p> <p>-Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>-Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>-Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p> <p>-Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</p> <p>-Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Edukasi</p> <p>-Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>-Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu</p>	
Resiko jatuh	<p>1. Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi gangguan kognitif dan fisik yang memungkinkan jatuh</p> <p>-Periksa kesiapan, kemampuan menerima informasi dan persepsi terhadap resiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko jatuh di rumah sakit maupun di rumah</p> <p>-Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga - Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>-Ajarkan mengidentifikasi perilaku dan faktor yang</p>	<p>1. Dukungan ambulasi</p> <p>2. Dukungan mobilisasi</p> <p>3. Edukasi keamanan bayi</p> <p>4. Edukasi keamanan anak</p> <p>5. Edukasi keselamatan lingkungan</p> <p>6. Edukasi pengurangan resiko</p> <p>7. Identifikasi resiko</p> <p>8. Manajemen kejang</p> <p>9. Manajemen sedasi</p> <p>10. Orientasi realita</p> <p>11. Pemberian obat</p> <p>12. Pemasangan alat pengaman</p> <p>13. Pencegahan kejang</p> <p>14. Pencegahan resiko</p>

	<p>berkontribusi terhadap risiko jatuh dan cara mengurangi semua faktor risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ajarkan mengidentifikasi tingkat kelemahan, cara berjalan, dan keseimbangan -Anjurkan meminta bantuan saat ingin menggapai sesuatu yang sulit -Jelaskan pentingnya alat bantu jalan untuk mencegah jatuh seperti tongkat, walker ataupun klub -Jelaskan pentingnya Handrail pada tangan, kamar mandi dan area jalan di rumah -Anjurkan menghindari objek yang membuat anak-anak dapat memanjat (mis. lemari, tangga, kursi tinggi) -Ajarkan memodifikasi area-area yang membahayakan di rumah <p>2. Manajemen keselamatan lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ul 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, biologis, dan kimia) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan -Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan -Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan -Anjurkan menyediakan alat bantu (mis. pegangan tangan, keset anti slip) -Anjurkan menggunakan alat pelindung (mis. restrain, rel samping, penutup pintu, pagar, pintu gerbang) -Informasikan nomor telepon darurat -Anjurkan melakukan program skrining lingkungan (mis. timah, radon) -Ajarkan individu dan kelompok berisiko tinggi tentang bahaya lingkungan 	<p>lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> 15. Pengekangan fisik 16. Pengenalan fasilitas 17. Promosi keamanan berkendara 18. Promosi mekanika tubuh 19. Rujukan ke fisioterapis 20. Surveilens keamanan dan keselamatan
--	--	--

Sumber: Tim Pokja SIKI, (2018)

4. Implementasi keperawatan

Menurut (Kozier & Synder, 2011) Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan)

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Tim Pokja SLKI (2019) Evaluasi adalah perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Menurut (Hidayat & Uliya, 2014) Evaluasi keperawatan yang diharapkan dari hasil tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan fungsi sistem tubuh
- b. Peningkatan kekuatan dan ketahanan otot
- c. Peningkatan fleksibilitas sendi
- d. Peningkatan fungsi motorik, perasaan nyaman pada pasien dan ekspresi pasien menunjukkan keceriaan.

Tabel 2.6
Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis keperawatan	Kriteria hasil
1	Perfusi perifer tidak efektif (Perfusi perifer)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler cukup membaik 13. Akral cukup membaik 14. Turgor kulit cukup membaik 15. Tekanan darah sistolik cukup membaik 16. Tekanan darah diastolic cukup membaik 17. Tekanan arteri rata-rata cukup membaik 18. Indeks ankle-brachial cukup membaik
2	Gangguan mobilitas fisik (Mobilitas fisik)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun
3	Gangguan komunikasi verbal (Komunikasi verbal)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfasia menurun 7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun

		<ul style="list-style-type: none"> 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun 13. Gagap menurun 14. Respons perilaku membaik 15. Pemahaman komunikasi membaik
4	Gangguan menelan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Kemampuan mengunyah meningkat 5. Usaha menelan meningkat 6. Pembentukan bolus meningkat 7. Frekuensi tersedak menurun 8. Batuk menurun 9. Muntah menurun 10. Refluks lambung menurun 11. Gelisah menurun 12. Regurgitasi menurun 13. Produksi saliva membaik 14. Penerimaan makanan membaik 15. Kualitas suara membaik
5	Defisit nutrisi (Status nutrisi)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 8. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat 9. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 10. Perasaan cepat kenyang menurun 11. Nyeri abdomen menurun 12. Sariawan menurun 13. Rambut rontok menurun 14. Diare menurun 15. Berat badan membaik 16. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 17. Frekuensi makan membaik 18. Nafsu makan membaik 19. Bising usus membaik 20. Tebal lipatan kulit trisep membaik 21. Membrane mukosa membaik
6	Nyeri akut (Tingkat nyeri)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaphoresis menurun

		10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik
7	Deficit perawatan diri (Perawatan diri)	1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat
8	Resiko jatuh (Tingkat jatuh)	1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat di kamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun

Sumber: Tim Pokja SLKI (2019)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke

Menurut Nanda Nic-Noc, (2015) Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum.

2. Etiologi Stroke

Menurut Nanda Nic-Noc, (2015) Etiologi stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu: stroke iskemik dan stroke hemoragik.

- a. Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik.

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

- 1) Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus yang membuat pengumpulan
- 2) Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- 3) Hipoperfusion sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

- b. 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)

- c. Faktor-faktor yang menyebabkan stroke

- 1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)

Jenis kelamin: Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita

Usia: Makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke

Keturunan: Adanya riwayat keluarga yang terkena stroke

- 2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

- a) Hipertensi
 - b) Penyakit jantung
 - c) Kolesterol tinggi
 - d) Obesitas
 - e) Diabetes mellitus
 - f) Polisitemia
 - g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup

- h) Merokok
- i) Peminum alcohol
- j) Obat-obatan terlarang
- k) Aktivitas yang tidak sehat: Kurang olahraga, makanan berkolesterol.

3. Manifestasi Klinis Stroke

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara cedel atau pelo
- d. Gangguan bicara bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo Kesadaran menurun
- j. Proses kencing terganggu
- k. Gangguan fungsi otak

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler

- b. Lumbal pungsi, CT Scan (*Computerized Tomography Scan*), EEG (*Elektroensefalogram*), MRI (*Magnetic Imaging Resnance*)
- c. USG (*Ultrasonografi*) Doppler

5. Penatalaksanaan Stroke

- 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 2L/menit 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 (*Index Normalized Ratio*), APTT (*Activated Partial Thromboplastin Time*), glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit), jika hipoksia dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi rawat darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b. Stadium Akut

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

1) Stroke Iskemik (Non Hemoragik)

Terapi umum: Letakkan kepala pasien pada posisi 30 derajat, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya, jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik. Jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun, dianjurkan melalui selang nasogastrik. Kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah <60mg% atau <80mg% dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya. Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi

dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistolik >220 mmHg, diastolik >120 mmHg, Mean Arterial Blood Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan: natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE atau antagonis kalsium. Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistolik <90 mmHg, diastolic <70mmHg, diberi NaCl 0,9% 250 mL selama 1 jam dilanjutkan 500 mL selama 4 jam dan 500 mL selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi, yaitu tekanan darah sistolik masih <90 mmHg dapat diberi dopamine 2-20µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik >110 mmHg. Jika kejang, diberi diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100mg per hari. Dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin).

Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang, jika didapatkan tekanan intracranial meningkat, diberi manitol bolus intravena 0,25 sampai 1g/kgBB per 30 menit, dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas (<320 mmol). Sebagai alternative, dapat diberikan larutan hipertonik (NaCl 3%) atau furosemid.

Terapi khusus: Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rtPA (*recombinant tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

2) Stroke Hemoragik

Terapi umum: Pasien stroke hemoragik harus dirawat di ICU jika volume hematoma >30 mL, perdarahan intraventrikuler dengan hidrosefalus, dan keadaan klinis cenderung memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah premorbid atau 15-20% bila tekanan sistolik >180mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan lebetalol iv 10mg (pemberian dalam 2 menit) sampai 20mg (pemberian dalam 10 menit) maksimum 300 mg, enalapril iv 0,625-1.25 mg per 6 jam, kaptopril 3 kali 6,25-25 mg per oral. Jika didapatkan tanda tekanan intracranial meningkat, posisi kepala dinaikan 30 derajat, posisi kepala dan dada di satu bidang, pemberian manitol dan hiperventilasi (pCO₂ 20-35 mmHg). Penatalaksanaan umum sama dengan pada stroke iskemik, tukak lambung diatasi dengan antagonis H₂ parenteral, sukralfat, atau inhibitor pompa proton, komplikasi saluran napas dicegah dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotic spectrum luas.

Terapi khusus: Neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator. Tindakan mudah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan serebelum berdiameter > 3 cm, hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum, dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lobar >60 mL dengan tanda peningkatan tekanan intracranial akut dan ancaman herniasi. Pada perdarahan subaraknoid, dapat digunakan antagonis Kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligasi, embolisasi, ekstirpasi, maupun gamma knife) jika penyebabnya adalah aneurisma atau malformasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM).

6. Stadium Subakut Stroke

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat