

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Aktivitas

1. Konsep Kebutuhan Dasar Aktivitas

Dikutip dalam buku kebutuhan dasar manusia (Mubarak & Chayatin, 2008) kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat.

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), aktivitas adalah kegiatan atau keaktifan. Jadi, segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik merupakan suatu aktivitas.

2. Sistem Tubuh Berperan dalam Aktivitas

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

a. Sistem muskuloskeletal

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

1) Tulang (rangka)

Secara umum fungsi dari tulang rangka adalah sebagai berikut:

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati, dan medulla spinalis.
- c) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah) (haswita dan sulistyowati R, 2017).

2) Sendi

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

a) Sendi sinostatik

Mengacu pada klien tulang dengan tulang. Tidak ada pergerakan pada sendi ini, dan jaringan tulang yang dibentuk diantara tulang mendukung kekuatan dan stabilitas. Contoh klasik tipe sendi ini adalah sacrum, pada sendi vertebra.

b) Sendi kartilagus atau sendi sinkondrodial

Memiliki sedikit pergerakan, tetapi elastis dan menggunakan kartilago untuk menyatukan permukaannya. Sendi kartilagus dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.

c) Sendi fibrosa atau sendi sindosmodial

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

d) Sendi sinovial

Sendi sinovial atau sendi yang sebenarnya adalah sendi yang dapat digerakan secara bebas karena permukaan tulang yang berdekatan dilapisi dengan kartilago artikular dan dihubungkan oleh ligament sejajar dengan membran sinovial. Tipe lain dari sendi sinovial adalah *sendi ball-and-socket* seperti sendi pinggul dan sendi hinge seperti sendi interfalang pada jari.

3) Otot

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktif otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung filamen. Menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi. Ada dua tipe kontraksi otot yaitu:

- a) Isotonik, jenis kontraksi ini tidak terjadi pemendekan otot selama kontrakso, karena tidak memerlukan sliding myofibril, tetapi terjadi secara paksa. Misalnya, saat kita mengangkat barang sangat berat, mendorong meja, dengan tangan lurus sehingga terjadi tegangan.
- b) Isometik, kontraksi isotonik adalah kontraksi dimana terjadi pemendekan otot tetapi tegangan pada otot tetap konstan. Kontraksi ini memerlukan energi yang besar. Contoh jenis kontraksi ini adalah saat mengangkat beban menggunakan otot bisep, branchii, kegiatan makan, menyisir, dan lainnya.

b. Sistem persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

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

3. Macam-macam Aktivitas

Menurut Suciati (2014) macam-macam aktivitas yaitu:

a. Aktivitas penuh

Aktivitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Aktivitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

b. Aktivitas sebagian

Aktivitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pasien paraplegia dapat mengalami aktivitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Aktivitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Aktivitas sebagian temporer, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara.

- 2) Aktivitas sebagian permanen, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas

Menurut Mubarak & Chayatin (2008) Faktor yang mempengaruhi aktivitas diantaranya adalah :

- a. Pertumbuhan dan Perkembangan

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

- b. Kesehatan Fisik

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

- c. Status Mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat memengaruhi seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

- d. Gaya Hidup

Gaya hidup terkait dengan kebiasaan yang dilakukan individu sehari-hari. Individu dengan pola hidup yang sehat atau kebiasaan makan yang baik kemungkinan tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan. Sebaliknya, individu dengan gaya hidup yang tidak sehat dapat mengalami gangguan kesehatan yang pada akhirnya akan menghambat pergerakannya.

- e. Sikap dan Nilai Personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat memengaruhi aktivitas yang dijalani oleh individu. Sebagai contoh, anak-anak yang

tinggal dalam lingkungan keluarga yang senang melakukan kegiatan olahraga sebagai contoh rutinitas dalam belajar menghargai aktivitas fisik.

f. Nutrisi

Nutrisi berguna bagi organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Apabila pemenuhan nutrisi tidak adekuat, hal ini bisa menyebabkan kelelahan atau kelemahan otot yang akan mengakibatkan penurunan aktivitas atau pergerakan. Sebaliknya, kondisi nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan terbatasnya pergerakan tubuh sehingga individu menjadi mudah lelah.

g. Stres

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

h. Faktor sosial

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakkan tubuhnya. Sebaliknya, individu yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas atau menggerakkan tubuhnya.

5. Konsep dasar gangguan mobilitas fisik

Menurut standar diagnosa keperawatan indonesia gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI,2017).

6. Batasan karakteristik gangguan mobilitas fisik

Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (2017) batasan karakteristik meliputi, gejala mayor dan gejala minor, yaitu:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

- 2) Kekuatan otot menurun
- 3) Rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Nyeri saat bergerak
 - 2) Enggan melakukan pergerakan
 - 3) Merasa cemas saat bergerak
 - 4) Sendi kaku
 - 5) Gerakan tidak terkoordinasi
 - 6) Gerakan terbatas
 - 7) Fisik lemah

7. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

- a. Kerusakan integritas struktur kulit
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan pengembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- m. IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kecemasan
- r. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- s. Gangguan kognitif

- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensoripersepsi

8. Kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik

- a. Stroke
- b. Cidera medula spinalis
- c. Trauma
- d. Fraktur
- e. Osteoarthritis
- f. Osteomalasia
- g. Keganasan

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan. Mencakup keterampilan verbal dan non verbal, empati, dan rasa kepedulian yang tinggi.

Anamnesis meliputi :

- 1) Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis.
- 2) Keluhan utama, merupakan data yang berfokus pada keluhan yang dirasakan oleh pasien. Keluhan utama dapat berupa ungkapan pasien maupun pemeriksaan langsung.
- 3) Riwayat penyakit sekarang, tanyakan alasan pasien yang menyebabkan terjadinya keluhan/gangguan dalam aktivitas dan mobilitas seperti adanya nyeri, kelemahan otot kelelahan, tingkatan mobilitas dan imobilitas, daerah terganggunya aktivitas dan lama terjadinya gangguan aktivitas.

- 4) Riwayat penyakit dahulu, yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti adanya riwayat penyakit neurologis.

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi (look)

Inspeksi sebenarnya telah dimulai sejak awal pertama bertatap muka dengan pasien. Saat melihat pertama kali pada inspeksi yang diperhatikan adalah raut muka pasien (apakah terlihat kesakitan) cara-cara berjalan sekurang-kurangnya 20 langkah, cara duduk dan cara tidur periksa adanya kelainan dalam cara berjalan. Penelitian klinis abnormalitas gait dapat membantu mencari kelainan yang dapat mendasari penyakit .

2) Palpasi (feel)

Pengkajian perlu diperhatikan pada palpasi adalah sebagai berikut :

- a) Suhu kulit, apakah lebih panas atau dingin dari biasanya, apakah denyutan arteri dapat diraba atau tidak.
- b) Jaringan lunak, palpasi jaringan lunak dilakukan untuk mengetahui adanya spasme otot, atrofi otot ,keadaan membran sinovial, adanya cairan didalam dan diluar sendi serta adanya pembengkakan.
- c) Tulang, diperlihatkan bentuk, permukaan, ketebalan, penonjolan dari tulang, atau adanya abnormalitas antara tulang satu dengan tulang yang lainnya.
- d) Penilaian deformitas yang menetap, kajian ini dilakukan apabila sendi tidak dapat diletakkan pada posisi anatomis yang normal.
- e) Nyeri tekan, perlu diketahui lokalis yang tepat dari nyeri, apakah nyeri ditempat atautkah nyeri yang menjalar yang berasal dari tempat lain.

3) Pergerakan sendi (move)

Pada pergerakan sendi dikenal dengan dua istilah yaitu pergerakan aktif dan pasif. Pergerakan aktif merupakan pergerakan

sendi yang dilakukan oleh pasien sendiri sedangkan pergerakan pasif merupakan pergerakan sendi dengan bantuan pengkajian. pada pergerakan dapat diperoleh informasi mengenai hal-hal berikut :

- a) Evaluasi gerak sendi secara aktif dan pasif. Apakah gerakan ini menimbulkan rasa sakit, apakah gerakan ini disertai dengan adanya krepitasi.
 - b) Stabilitas sendi titik terutama ditentukan oleh integritas kedua permukaan sendi dan keadaan ligamen yang mempertahankan sendi.
 - c) Pengkajian stabilitas sendi dapat dilakukan dengan memberikan tekanan pada ligamen kemudian pergerakan sendi diamati.
 - d) Pengkajian *Range of joint movement* (ROM), pengkajian batas gerakan sendi harus dicatat pada setiap pengkajian orthopedi yang meliputi batas gerakan aktif dan gerakan pasif. Setiap sendi mempunyai batas gerak normal yang merupakan patokan untuk gerakan abnormal dari sendi.
- c. Kemampuan fungsi motorik

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

Derajat kekuatan otot dapat ditentukan berdasarkan tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Derajat Kekuatan Otot

Skala	Persentase kekuatan otot normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot 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 tahanan minimal
5	100	Kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

- d. Pengkajian terhadap kemampuan mobilitas meliputi kemampuan untuk miring secara mandiri, duduk, berdiri, bangun dan berpindah. Untuk mengkaji kemampuan mobilitas maka ditentukan tingkatan mobilitas atau aktivitas seperti dibawah ini :

Tabel 2.2Tingkat Aktivitas

Tingkatan aktivitas/mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat atau peralatan
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan atau alat
Tingkat 4	Semua tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

- e. Pengkajian rentang gerak seperti pada bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki. Pengkajian rentang gerak dapat ditentukan sebagai berikut :

Tabel 2.3Pengkajian Rentang Gerak

Gerak sendi	Derajat rentang normal
Bahu Aduksi : 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 atas menuju bahu	150

Pergelangan tangan Fleksi : Tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah	80-90
Ekstensi : Luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi	80-90
Hiperekstensi : Tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	70-90
Abduksi : Tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke arah atas	0-20
Adduksi : Tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, tepak tangan menghadap ke arah atas	30-50
Tangan dan jari Fleksi : Buat kepalan tangan	90
Ekstensi : Luruskan jari	90
Hiperektensi : Tekuk jari-jari tangan kebelakang sejauh mungkin	30
Abduksi : Kembangkan jari tangan	20
Adduksi : Rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat tugas dan jelas berdasarkan pada hasil pengumpulan data dan evaluasi data yang dilakukan dengan sistematis, praktis, etis, dan profesional oleh tenaga keperawatan yang mampu. Untuk itu, Diagnosa keperawatan menggambarkan respons klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah gangguan pemenuhan aktivitas, standar diagnosis keperawatan indonesia (2017) , yaitu :

- a. Gangguan mobilisatas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab: Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan. Kekukuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal,

gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Kondisi klinis terkait : Stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, keganasan.

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Definisi : Ketidalcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigenasi, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Mengeluh lelah.

Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat.

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi klinis terkait : Anemia, gagal jantung, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

- c. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

Penyebab : Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrim, faktor mekanis atau faktor elektris, efek samping terapi radiasi, kelembapan, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, penekanan pada tonjolan tulang, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda mayor :

Objektif : Kerusakan jaringan dan/lapisan kulit.

Gejala dan tanda minor :

Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

Kondisi klinis terkait : Imobilisasi, gagal jantung kongestif, gagal ginjal, diabetes mellitus, imunodefisiensi (mis. AIDS), kateterisasi jantung.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Kebutuhan Aktivitas Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018).

Diagnosa Keperawatan	Intervensi (SIKI)	Intervensi Sumber Lain
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilisasi pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien meningkat dalam aktivitas fisik. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dalam kemampuan berpindah. 	<p>Intervensi utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan ambulasi Dukungan mobilisasi <p>Intervensi pendukung :</p> <p>Dukungan ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan kepatuhan program pengobatan Dukungan perawatan diri: BAB/BAK, berpakaian, makan/minum, mandi Edukasi latihan fisik Edukasi ambulasi <p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian obat Pemberian obat intravena Pembidaan Pencegahan luka tekan 	<p>NIC</p> <p><i>Excercise Therapy:</i></p> <p><i>Ambulation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien. Berikan alat bantu jika klien memerlukan.

		<p>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>
<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan intoleransi pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. Tanda-tanda vital normal. Energy psikomotor. Level kelemahan. Sirkulasi status fisik. 	<p>Intervensi utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> Manajemen energy Terapi aktivitas <p>Intervensi pendukung :</p> <p>Manajemen energi</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan ambulasi Dukungan kepatuhan program pengobatan Dukungan meditasi Dukungan pemeliharaan rumah Dukungan spiritual <p>Terapi aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> Manajemen program latihan Pemantauan tanda vital Pemberian obat Pemberian inhalasi Pemberian obat oral 	<p>Activity NIC <i>Therapy</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi dengan tenaga Rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.

		<p>10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.</p> <p>11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.</p>
<p>Resiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas</p>	<p>Intervensi utama : Perawatan integritas kulit</p> <p>Intervensi pendukung : Perawatan integritas kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dukungan perawatan diri b. Edukasi edema c. Pemberian obat kulit d. Pencegahan intervensi e. Penganturan posisi 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2. Hindari kerutan pada tempat tidur. 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam sekali). 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 8. Monitor status nutrisi pasien. 9. Memandikan pasien dengan air hangat dan sabun.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam keperawatan adalah mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Aktivitas semua orang yang terlibat dalam implementasi dikoordinasi oleh perawat. Implementasi mencakup pelaksanaan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan dan masalah-masalah kolaboratif pasien serta memenuhi kebutuhan pasien. Fase implementasi dari proses keperawatan diakhiri ketika intervensi keperawatan sudah diselesaikan dan respon pasien terhadap intervensi tersebut sudah di catat, pencatatan dibuat secara ringkas, jelas , dan objektif (Brunner & Suddarth, 2002).

Diagnosa keperawatan : Gangguan mobilitas fisik.

Implementasi utama : Dukungan ambulasi

a. Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah

b. Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.

Terapeutik:

- 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat,kruk)
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan.

Implementasi utama : Dukungan mobilisasi

a. Definisi

Menfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

b. Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- 1) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 2) Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

(SIKI,2018)

d. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan di arahkan untuk menentukan respons pasien terhadap intervensi keperawatan dan sebatas mana tujuan-tujuan sudah tercapai. Tujuan utama dari evaluasi adalah untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan tercapai dan diagnosis keperawatan (termasuk penyebab utamanya) dapat di tangani. Saat tujuan tersebut tercapai dan diagnosis keperawatan yang tidak terbukti, rencana asuhan dihentikan. Setiap diagnosis keperawatan yang tidak terbukti harus dievaluasi

secara reguler dan rencana asuhan keperawatan harus di sesuaikan seiring peningkatan kebutuhan (Brunner & Suddarth, 2002).

Dengan adanya asuhan keperawatan yang dilakukan, diharapkan kemampuan pasien dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SLKI,2019).

Tabel 2.5 Ekspektasi meningkat

Ekspektasi Meningkat					
Kriteria hasil					
Pergerakan ekstremitas	menurun	Cukup menurun	sedang	Cukup meningkat	Meningkat
	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak(ROM)	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

C. Tinjauan Konsep Penyakit Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. Umumnya stroke terjadi akibat kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun (smelterz and bare, 2002). Gangguan serebrovaskuler ini

menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2014).

2. Penyebab Stroke

Menurut dr. Iskandar Junaidi (2011) beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke :

a. Ateroma

Pada stroke penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk didalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

b. Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan kedalam aliran darah dan akhirnya tersumbat didalam sebuah arteri (kecil). Stroke karena sumbatan emboli jarang terjadi.

c. Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat (penyebab rematik gout) yang berlebih dalam darah.

d. Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan

stroke. fungsi obat-obatan diatas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahan. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

3. Klasifikasi Stroke

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

4. Manifestasi Klinis

Berikut manifestasi klinis dari stroke:

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

5. Patofisiologi

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

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau terkadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, tidak terjadi pendarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis yang diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasokatif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya

tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

6. Penatalaksanaan

Penanganan pada penderita dengan stroke bertujuan untuk mempertahankan fungsi otak yang tergantung pada kesempatan untuk menyelamatkan fungsi otak yang tergantung pada kesempatan untuk menyelamatkan fungsi sel otak dalam waktu yang singkat. Dalam menangani gangguan sel otak kita dibatasi oleh waktu yang disebut dengan "*time window*" / "*window periode*" / "*golden periode*". Batasan waktunya sangat bervariasi yaitu antara 3 jam-12 jam tergantung kondisi, usia, gizi, dan beratnya penyakit penderita.

a. Penggunaan Obat

Untuk memulihkan aliran darah dan metabolisme ke otak di daerah iskemi.

b. Rehabilitasi

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan pada usia diatas 45 tahun yang paling penting pada masa ini adalah membatasi sejauh mungkin kecacatan penderita baik fisik maupun mental dengan fisioterapi, terapi wicara dan psikoterapi.

c. Terapi Preventif

Tujuannya adalah untuk mencegah terulangnya kembali serangan stroke dengan cara menghindari faktor-faktor resiko stroke yaitu :

Pengobatan hipertensi, mengontrol kadar gula darah, menghindari rokok, kegemukan dan meminimalkan stres serta dengan berolahraga secara teratur.

d. Pengobatan Konservatif

Vasodilator meningkatkan aliran darah serebri secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan. dan dapat juga diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intraarterial