

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu, dan menurut subyek. Kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Hierarki kebutuhan Maslow menempatkan kebutuhan fisiologis sebagai hal yang paling penting. Secara umum, seseorang dengan beberapa keinginan yang tidak terpenuhi akan memprioritaskan pemenuhan kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Misalnya, seseorang yang membutuhkan makanan, keamanan, dan cinta akan sering memprioritaskan pemenuhan kebutuhan makanannya sebelum kebutuhan cintanya. Manusia mempunyai tuntutan fisiologis yang harus dipenuhi agar dapat bertahan hidup. Delapan kategori kebutuhan yang ada pada manusia antara lain:

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi.
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur
- 6) Kebutuhan aktivitas
- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- 8) Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan

hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia (Kasiati, 2016).

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Tujuan dari keamanan dan keselamatan adalah untuk terlindungi dari berbagai ancaman, termasuk ancaman psikologis dan fisiologis. Persyaratan tersebut diantaranya adalah:

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing (Kasiati, 2016).

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
- 3) Kehangatan
- 4) Persahabatan
- 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social (Kasiati, 2016).

d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri)
- 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri
- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi

5) Kreatif

6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa :

- a. Manusia terus berevolusi untuk mewujudkan potensi penuhnya.
- b. Kebutuhan dasar pada setiap tingkat harus dipenuhi sebelum kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi dapat dipenuhi secara tepat
- c. Jika kebutuhan dasar pada setiap tingkat tidak terpenuhi, maka pada akhirnya akan muncul kondisi patologis
- d. Semua orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, namun setiap kebutuhan bersifat unik bagi setiap budaya.
- e. Berdasarkan prioritas, setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya.
- f. Meskipun kebutuhan harus selalu dipenuhi, persyaratan tertentu mungkin menunggu
- g. Homeostasis yang tidak seimbang dapat disebabkan oleh kebutuhan yang tidak terpenuhi. Penyakit dapat berkembang akibat situasi ini.
- h. Kebutuhan dapat memotivasi seseorang untuk bertindak guna memuaskannya. Hal ini disebabkan oleh stimulus baik dari sumber eksternal maupun internal
- i. Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara.

Hierarki Maslow berguna dalam menempatkan prioritas pasien. Kebutuhan dasar fisiologis dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada pasien dengan ketergantungan fisik berat. Akan tetapi, melainkan akan menghadapi situasi di mana pasien tidak memiliki kebutuhan keamanan dan kedaruratan fisik. Selain itu, memberikan prioritas tertinggi pada kebutuhan fisiologi, sosiokultur, perkembangan, atau spiritual pasien. (Haswita & Reni sulistyowati,2017)

2. Konsep Aktivitas Dan Istirahat

a. Definisi

Aktivitas fisik merupakan suatu usaha untuk mempertahankan keseimbangan dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari, setiap manusia memiliki irama atau pola tersendiri dalam aktivitas sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat dan lain-lain (Susanto dan Fitriana, 2017). Kebutuhan aktivitas (pergerakan) merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi manusia yang lain seperti istirahat. Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. Istirahat adalah suatu kondisi yang tenang, rileks dan bebas dari kecemasan. (Padila, 2016).

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem 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 seseorang. kemampuan beraktivitas juga tidak lepas dari sistem persyarafan dan *muskuloskeletal*. Salah satu komponen ilmu pengetahuan dan keterampilan adalah mekanika. (Haswita & Reni sulistyowati, 2017).

Aktivitas artinya “kegiatan atau keaktifan” jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik, merupakan suatu aktivitas. Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. (Wartonah, 2015).

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. istirahat sama pentingnya dengan kebutuhan aktivitas, setiap individu membutuhkan istirahat untuk memulihkan kembali kesehatannya, istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang

berakrobat badab menjadi lebih segar(Wartonah,2015).

Kemampuan beraktivitas (misal: berdiri, bekerja, makan) merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal dengan beraktivitas. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem pernafasan dan muskuloskeletal yang adekuat (Lilis, Taylor, & Lemonek, 1989 dalam Mubarak & Chayatin, 2007). 10 Aktivitas fisik merupakan irama sirkadian manusia. Tiap individu mempunyai irama atau pola tersendiri dalam kehidupan sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat, dan lain-lain.

Aktifitas fisik pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan tubuh secara efisien, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan memelihara keseimbangan selama beraktivitas (Asmadi, 2008). Kebutuhan aktivitas adalah kebutuhan dasar untuk melakukan mobilitas (bergerak). Kebutuhan dasar ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf, dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

Istirahat merupakan suatu keadaan yang tenang, rileks, tanpa tekanan emosional dan beban dari kecemasan (ansietas). Istirahat juga bermakna ketenangan, relaksasi tanpa stress emosional, dan bebas ansietas. Seseorang yang tidak teratur dalam tidur bisa membuat tekanan emosional dan beban serta kecemasan. Maka dari itu istirahat diyakini dapat menjaga keseimbangan mental emosional, fisiologis, dan kesehatan.(Yoon 2014)

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Aktivitas Dan Istirahat

Menurut Kasiati dan Rosmalawati (2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas atau mobilitas individu, diantaranya:

- 1) Tingkat perkembangan tubuh, usia seseorang berpengaruh terhadap sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal sehingga dalam

melaksanakan implementasi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan perawat perlu mempertimbangkan dimensi tumbuh kembang individu.

- 2) Kesehatan fisik, individu yang memiliki penyakit akan bisa menghambat dalam pergerakan fisik atau tubuh.
- 3) Keadaan nutrisi, kekurangan nutrisi dapat menimbulkan kelelahan otot dan kelemahan yang berdampak terhadap penurunan aktivitas dan istirahat.
- 4) Status mental, individu dengan masalah mental umumnya tidak tertarik dalam melakukan aktivitas, serta tidak memiliki energi untuk personal hygiene.
- 5) Gaya hidup, individu dalam yang jarang melakukan aktivitas dengan baik dapat mengalami gangguan dalam pergerakan begitupun pula sebaliknya.

c. Tingkat Aktivitas Dasar Dan Istirahat

Ketika Mobilisasi merupakan prosedur yang kompleks yang memerlukan koordinasi yang adekuat antara sistem saraf serta muskuloskeletal (Potter dan Perry, 2012). Tingkatan Aktivitas Dasar dan Istirahat dijelaskan sebagai berikut (Kasiati dan Rosmalawati, 2016):

- 1) Imobilisasi komplet merupakan immobilisasi pada individu dengan gangguan tingkat kesadaran.
- 2) Imobilisasi parsial merupakan immobilisasi yang dialami pada penderita fraktur
- 3) Imobilisasi disebabkan karena pengobatan merupakan immobilisasi pada pasien dengan gangguan pernafasan atau gangguan pada jantung, pada pasien bed rest total, pasien yang tidak diperbolehkan untuk mobilisasi dari tempat tidur.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Aktivitas Fisik

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), faktor yang memengaruhi aktivitas fisik antara lain sebagai berikut:

- 1) Tingkat perkembangan tubuh usia akan mempengaruhi tingkat perkembangan neuromuskular dan tubuh secara proporsional, postur, dan refleks akan berfungsi secara optimal sesuai dengan tingkat perkembangan.
- 2) Kesehatan fisik Penyakit, cacat tubuh, dan imobilisasi akan memengaruhi pergerakan tubuh. Banyak penyakit yang menimbulkan keterbatasan aktivitas, baik karena efek penyakitnya maupun faktor terapi pembatasan aktivitas.
- 3) Keadaan nutrisi Kurangnya nutrisi dapat menyebabkan kelemahan pada otot, sedangkan obesitas dapat menyebabkan pergerakan menjadi kurang bebas.
- 4) Kelemahan neuromuskular dan skeletal Adanya postur abnormal seperti skoliosis, lordosis, dan kifosis dapat berpengaruh terhadap pergerakan.
- 5) Pekerjaan Seseorang yang bekerja di kantor kurang melakukan aktivitas bila dibandingkan dengan petani atau buruh.(Ariana 2020)

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu proses pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang pasien. Pengkajian tentang kebutuhan aktivitas dan istirahat dapat digali dari riwayat keperawatan, hasil pengkajian fisik dan informasi dari pasien. Tahapan proses pengkajian ini ada 2 langkah yakni pengumpulan data dari sumber primer (pasien) dan sumber sekunder yang berasal dari keluarga pasien, perawat ruangan dan status pasien. Dan analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Prabowo, 2016). Diagnosa yang telah ditetapkan akan menentukan perencanaan yang ditetapkan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat agar dapat mengidentifikasi seluruh kebutuhan perawatan pasien gangguan aktivitas dan istirahat.

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan gangguan aktivitas meliputi :

a. Pengkajian awal

1) Riwayat pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, usia/tanggal lahir, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat, tanggal, jam MRS, nomor register dan diagnosa medis. Serta Riwayat pasien berupa apakah ada riwayat keluarga yang mempunyai penyakit serupa, apakah terdapat riwayat penyakit penyerta.

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah masalah yang paling menonjol yang dirasakan oleh pasien sehingga membuat pasien mencari pertolongan. Perawat perlu mengkaji tingkat aktivitas pasien untuk mengetahui mobilisasi serta resiko cedera yang terdiri dari jenis aktivitas, frekuensi, pola, kecepatan aktivitas serta lama dalam beraktivitas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Perawat mengkaji riwayat tidur pola tidur, gangguan tidur yang sering terjadi, kebiasaan, lingkungan tidur pasien, status emosi maupun mental pasien serta Mengkaji gangguan tidur seperti insomnia, somnambulisme/tidur berjalan, enuresis/mengenuresis/mengompol, mendengkur, narkolepsi/kantuk berlebih dan sebagainya

4) Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita

Pengkajian ini berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas, seperti ada atau tidaknya riwayat penyakit neurologis.

5) Kemampuan fungsi motorik

Melakukan pengkajian fungsi pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kaki kiri yang bertujuan untuk menilai ada atau tidaknya masalah kelemahan, kekuatan atau spastis.

6) Kemampuan mobilitas

Melakukan penilaian kemampuan gerak ke posisi miring, duduk berdiri, bangun, berpindah tanpa bantuan. Berikut ini tabel kategori tingkat kemampuan aktivitas menurut (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014)

Tabel 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 atau pengawasan orang lain, dan peralatan |
| Tingkat 4 | Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan. |

7) Kemampuan rentang gerak

Pengkajian *range of motion*-ROM dilakukan didaerah bahu, siku, lengan panggul dan kaki. Berikut derajat normal rentang gerak sendi menurut (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014):

Tabel 2 Derajat Normal Rentang Gerak Sendi

| Gerak Sendi | Derajat rentang normal |
|--|---------------------------------|
| Bahu. Adduksi: gerakan lengan 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. | 80-90 80-90 70-90 0-20 |

| | |
|---|-------|
| Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas. | 30-50 |
| Tangan dan jari. | |
| Fleksi: buat kepalan tangan. Ekstensi: luruskan jari. | 90 |
| Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin. | 90 |
| Abduksi: kembangkan jari tangan. | 30 |
| Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi. | 20 |
| | 20 |

b. Perubahan intoleransi aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan yang terjadi di sistem pernapasan, seperti suara napas, analisa gas darah, gerakan dinding toraks, adanya mukus, batuk yang produktif diikuti panas, dan nyeri saat respirasi. Selain berhubungan dengan sistem pernapasan, pengkajian intoleransi aktivitas juga berhubungan dengan sistem kardiovaskular, seperti tekanan darah, nadi, gangguan sirkulasi perifer, adanya trombus, dan perubahan tanda-tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

c. Kekuatan otot dan gangguan koordinasi

Pengkajian kekuatan otot dilakukan dengan menentukan derajat kekuatan otot. Berikut tabel derajat kekuatan otot:

Tabel 3 Derajat Kekuatan Otot

| Skala | Persentase Kekuatan Normal | Karakteristik |
|-------|----------------------------|--|
| 0 | 0 | Paralisis sempurna. |
| 1 | 10 | Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi 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 dalam melawan gravitasi dan tahanan penuh. |

d. Perubahan Psikologis

Pengkajian perubahan psikologis dilakukan karena adanya gangguan mobilitas dan imobilitas seperti peningkatan emosi, perubahan perilaku, perubahan dan mekanisme coping.

e. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik aktivitas dapat berupa kaji, kemampuan mobilitas, kaji kemampuan rentang gerak dan perubahan intoleransi aktivitas, kaji perubahan psikologis akibat immobilisasi dan kaji kemampuan fungsi motorik dan fungsi sensorik kategori tingkat kemampuan aktivitas serta kaji kekuatan otot. Pemeriksaan fisik terkait istirahat dapat berupa mengkaji kekuatan otot, kemampuan berbicara, serta Resiko Perfusi Sereberal Tidak Efektif yaitu dapat dilakukan pemeriksaan fisik sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan fisik secara umum
 - a) Kesadaran umum : Kondisi kesehatan umum pasien tampak sakit sedang. Kesadaran pasien composmentis.
 - b) Suara/berbicara : Kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.
 - c) Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.
- 2) Pemeriksaan Kepala dan Leher

- a) Kepala : bentuk normosefalik (lingkar kepala diatas normal).
- b) Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong kesalah satu sisi.
- c) Leher : kaku kuduk (kekakuan) jarang terjadi.

3) Pemeriksaan Dada

Pernafasan kadang didapatkan suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan, adanya hambatan jalan nafas, merokok merupakan faktor resiko.

4) Pemeriksaan Abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat tirah baring yang lama, dan kadang terdapat kembung.

5) Pemeriksaan Ekstrmitas

Pemeriksaan ekstremitas, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

6) Pemeriksaan Neurologi

- a) Pemeriksaan nervus kranialis : umumnya terdapat gangguan nervus kranialis VII (fasialis : otot lidah penggerak sisi lidah dan selaput lendir rongga mulut) dan nervus kranialis XII (hipoglosus : lidah, cita rasa, dan otot lidah). Biasanya penglihatan menurun, diplopia (penglihatan ganda), gangguan rasa pengecapan dan penciuman, paralisis(kelumpuhan) atau paresis(gerakan) wajah.
- b) Pemeriksaan motorik : hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kelemahan, kesemutan, kebas, genggam tangan tidak sama, apraksia (kesulitan gerakan mulut ketika berbicara).
- c) Pemeriksaan sensorik : dapat terjadi hemihipestasi (kurangnya rangsangan saat disentuh salah satu sisi) dan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (seperti bagian tangan kanan, kaki kanan ,

dan tangan kiri, kaki kiri).

- d) Pemeriksaan refleks : pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.
- e) Sinkop/pusing, sakit kepala, gangguan status mental/tingkat kesadaran, gangguan fungsi kognitif seperti penurunan memori, pemecahan masalah, afasia (gangguan berbicara), kejang, dan lain lain.
- f) Pemeriksaan Nervus Cranialis (Susilo, 2019) yaitu sebagai berikut:
 - (1) Nervus I (Olfactory) Tes pemeriksaan fungsi penciuman. Dengan cara tutup mata pasien dan minta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal, seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya. Lalu bandingkan dengan hidung bagian kanan dan kiri.
 - (2) Nervus II (Optikus) Fungsi aktivitas visual dan lapang pandang.
 - (a) Tes aktivitas visual Tutup satu mata pasien kemudian minta pasien untuk membaca dua baris dari sebuah artikel, koran, lalu ulangi untuk mata satunya.
 - (b) Tes lapang pandang Minta pasien menutup mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.
 - (3) Tes Nervus III , IV, VI (Oculomotorius, Trochlear, dan abducens) Fungsi koordinasi gerakan mata dan konstiksi pupil mata (N III).
 - (a) Tes nervus III (Oculomotorius) atau respons pupil terhadap cahaya. Sorotan senter kedalam tiap pupil pasien. Mulai menyinari dari arah belakang dari sisi pasien dan sinari satu

mata (jangka keduanya). Perhatikan kontriksi pupil kena sinar.

- (b) Tes nervus IV (trochlear). Kepala tegak lurus, letakan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-line mata. Gerakan objek ke arah kanan, observasi adanya deviasi bola mata, diplopia, dan nistagmus.
 - (c) Tes nervus VI (abduces). Minta pasien untuk melihat kekiri dan ke kanan tanpa menengok.
- (4) Tes nervus V (trigeminus)
- (a) Fungsi sensasi Usap pilihan kapas pada kelopak mata atas dan bawah. Perhatikan jika ada refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral. Sedangkan jika ada refleks kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Usap pula dengan pilihan kapas pada maxilla dan mandibula sementara mata pasien tertutup. Perhatikan apakah pasien merasakan sentuhan.
 - (b) Fungsi motorik Minta pasien mengunyah, sementara pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.
- (5) Tes nervus VII (Facialis)
- (a) Fungsi sensasi. Kaji sensasi rasa bagian anterior lidah terhadap asam, manis, asin. Teteskan atau usapkan larutan berasa dengan kapas. Awasi agar pasien tidak menarik masuk lidahnya karena akan merangsang sisi yang sehat.
 - (b) Fungsi motorik. Kontrol ekspresi wajah dengan cara meminta pasien untuk tersenyum, mengerutkan dahi, dan menutup mata, sementara pemeriksa berusaha membukanya.
- (6) Tes nervus VIII (Acustikus)

Fungsi sensoris :

- (a) Fungsi sensoris cochlear (mengkaji pendengaran). Tutup salah satu telinga pasien, lantas pemeriksa berbisik ditelinga lain, atau menggesekan jari bergantian kanan-kiri.
 - (b) Fungsi sensoris vestibulator (Mengkaji keseimbangan), pasien diminta berjalan lurus, dan perhatikan apakah ia dapat melakukan atau tidak.
- (7) Tes Nervus IX (glossopharingeal) dan nervus X (vagus) Nervus IX mempersarafi pengecap pada 1/3 posterior lidah, tapi bagian ini sangat sulit tes, demikian pula dengan otot stylopharingeus, bagian parasimpatik nervus IX mempersarafi otot salivarius inferior, sedangkan nervus X mempersarafi organ viseral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi pharynx, tonsil dan palatum lunak.
- (8) Tes Nervus XI (Accesorius) Minta pasien untuk menoleh kesamping melawan tahanan. Perhatikan apakah sternocledomastodeus (otot leher terbesar yang dekat dengan kulit) dapat terlihat atau apakah atropi (penurunan massa otot). Setelah itu palpasi kekuatannya. Minta pasien untuk mengangkat bahu sementara pemeriksa berusaha menahan.
- (9) Nervus XII (Hypoglossus) Mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan. Inspeksi posisi lidah (Normal, asimetris, atau deviasi). Minta pasien mengeluarkan lidah dan kemudian memasukannya lagi dengan cepat. Setelah itu minta pasien untuk menggerakkan lidah kekiri dan ke kanan.

g) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pengkajian dengan masalah gangguan kebutuhan aktivitas diantaranya pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan sendi, pemeriksaan kekuatan otot.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktivitas potensial) dari individu atau kelompok tempat anda secara legal mengidentifikasi dan anda dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Pertami, 2015).

Masalah keperawatan yang mungkin muncul berkaitan dengan kebutuhan aktivitas dan istirahat berdasarkan Buku SDKI yaitu disorganisasi perilaku bayi, intoleransi aktivitas, gangguan mobilitas fisik, kelelahan, risiko intoleransi aktivitas, risiko disorganisasi perilaku bayi, kesiapan peningkatan tidur dan gangguan pola tidur.

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI T. P., SDKI.2016)

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2016) Edisi diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas yaitu :

a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

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

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Nyeri saat bergerak
- 3) Enggan melakukan pergerakan
- 4) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun
- 3) Sendi kaku
- 4) Gerakan tidak terkoordinasi
- 5) Gerakan terbatas
- 6) Fisik lemah

Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera Medulla Spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

b. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal .

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

- 1) Tampak lesu

Kondisi klinis terkait

- 1) Nyeri/Kolik
- 2) Hipertiroidisme
- 3) Kecemasan
- 4) Penyakit Paru Obstruktif Kronis
- 5) Kehamilan
- 6) Periode Pasca Partum
- 7) Kondisi pasca operasi

c. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh lelah

Objektif

- 1) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Dyspnea saat/setelah aktivitas
- 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3) Merasa lemah

Objektif

- 1) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
- 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

Kondisi klinis terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongestif
- 3) Penyakit jantung coroner
- 4) Penyakit katup jantung
- 5) Aritmia

- 6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- 7) Gangguan metabolik

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. (Pertami, 2015).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Intervensi yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan aktivitas dan istirahat pada pasien stroke berdasarkan (SIKI,2018) sebagai berikut :

- a. Gangguan mobilitas fisik

Tabel 4

**Rencana Tindakan Keperawatan
Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
(SIKI, 2018)**

| Intervensi Utama | Intervensi Pendukung |
|---|--|
| <p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Perawatan Diri 3. Dukungan Perawatan Diri : Bab/Bak 4. Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian 5. Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum 6. Dukungan Perawatan Diri : Mandi 7. Edukasi Latihan Fisik 8. Edukasi Tenik Ambulasi |

| | |
|---|--|
| <p>mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Definisi</p> <p>Mamfasilitasi pasien untuk meningkatkanaktivitas berpindah</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukanambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi | <ol style="list-style-type: none"> 9. Edukasi Teknik Transfer 10. Manajemen Energi 11. Menejemen Lingkungan 12. Manejemen Mood 13. Menejemen Nutrisi 14. Menejemen Nyeri 15. Menejemen Medikasi 16. Menejemen Program Latihan 17. Menejemen Sensasi Perifer 18. Pemantauan Neurologis 19. Pemberian Obat 20. Pemberian Obat Intravena 21. Pembidaian 22. Pencegahan Jatuh 23. Pencegahan Luka Tekan 24. Pengaturan Posisi 25. Pengekangan Fisik 26. Perawatan Kaki 27. Perawatan Sirkulasi 28. Perawatan Tirah Baring 29. Perawatan Traksi 30. Promosi Berat Badan 31. Promosi Kepatuhan Program Latihan 32. Promosi Latihan Fisik 33. Teknik Latihan Penguatan otot 34. Teknik Latihan Penguatan Sendi 35. Terapi Aktivitas 36. Terapi Pemijatan 37. Terapi Relaksasi Otot Progresif |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan ambulasi dini 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) | |
|---|--|

b. Gangguan Pola Tidur

Tabel 5

**Rencana Tindakan Keperawatan
Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur (D.0055)**

(SIKI, 2018)

| Intervensi Utama | Intervensi Pendukung |
|---|--|
| <p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Definisi Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Meditasi 3. Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK 4. Fototerapi Gangguan Mood atau Tidur 5. Latihan Otogenik 6. Manajemen Dimensia 7. Manajemen Energi 8. Manajemen Lingkungan |

| | |
|--|---|
| <p>mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batas waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>Edukasi Aktivitas atau Istirahat (I.12362)</p> <p>Definisi :</p> <p>Mengajarkan pengetahuan aktivitas dan istirahat</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pengaturan | <ol style="list-style-type: none"> 9. Manajemen Medikasi 10. Manajemen Nutrisi 11. Manajemen Nyeri 12. Manajemen Penggantian Hormon 13. Pemberian Obat Oral 14. Pengaturan Posisi 15. Promosi Koping 16. Promosi Latihan Fisik 17. Reduksi Ansietas 18. Teknik Menenangkan 19. Terapi Aktivitas 20. Terapi Musik 21. Terapi Pemijatan 22. Terapi Relaksasi 23. Terapi Relaksasi Otot Progresif |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>aktivitas dan istirahat</p> <ol style="list-style-type: none">3. Jadwal pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan4. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok aktivitas bermain atau aktivitas lainnya3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat aktivitas)5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan | |
|--|--|

c. Intoleransi Aktivitas

Tabel 6
Rencana Tindakan Keperawatan
Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas (D.0056)
(SIKI, 2018)

| Intervensi Utama | Intervensi Pendukung |
|--|---|
| <p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Definisi:</p> <p>Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Ambulasi 2. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 3. Dukungan Meditasi 4. Dukungan Pemeliharaan Rumah 5. Dukungan Perawatan Diri 6. Dukungan Spiritual 7. Dukungan Tidur 8. Edukasi Latihan Fisik 9. Edukasi Teknik Ambulasi 10. Edukasi Pengukuran Nadi Radialis 11. Manajemen Aritmia 12. Manajemen Lingkungan 13. Manajemen Medikasi 14. Manajemen Mood 15. Manajemen Nutrisi 16. Manajemen Nyeri 17. Manajemen Program Latihan 18. Pemantauan Tanda Vital 19. Pemberian Obat 20. Pemberian Obat Inhalasi 21. Pemberian Obat Intravena 22. Pemberian Obat Oral 23. Penentuan Tujuan Bersama 24. Promosi Berat Badan 25. Promosi Dukungan Keluarga 26. Promosi Latihan Fisik 27. Rehabilitasi Jantung |

| | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan | <ol style="list-style-type: none"> 28. Terapi Aktivitas 29. Terapi Bantuan Hewan 30. Terapi Musik 31. Terapi Oksigen 32. Terapi Relaksasi Otot Progresif |
| <p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> | |
| <p>Definisi :</p> <p>Menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual tentu untuk membelikan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok</p> | |
| <p>Observasi :</p> | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkatan aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.bekerja) dan waktu luang 6. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas | |
| <p>Terapeutik :</p> | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang | |

| | |
|--|--|
| <p>konsisten sesuai kemampuan fisik, biologis, dan sosial</p> <ol style="list-style-type: none">4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia5. Fasilitasi maka aktivitas yang dipilih6. Fasilitasi dan transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak10. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diverifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vokal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu) | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>16. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>18. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>19. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>20. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai 2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu | |
|---|--|

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan pendokumentasian tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus, yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program

keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut.

Implementasi/tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada keputusan sendiri. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter (Tarwoto & Wartonah, 2010). Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Bentuk implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik:

- a. Bentuk perawatan, pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada.
- b. Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan.
- c. Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien.
- d. Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik.
- e. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri (Rohman 2021)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun

memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat di modifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan.

Evaluasi dari gangguan mobilitas fisik berlandaskan dari hasil yang diharapkan pada buku Standar Luaran Indonesia (SLKI), kriteria hasil dari masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik antara lain kekuatan otot meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, dan gerakan tidak terkoordinasi menurun, (PPNI, 2019).

a. Evaluasi keperawatan masalah gangguan mobilitas fisik

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Mobilitas Fisik (L.05042)

Definisi :

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria Hasil :

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

b Evaluasi keperawatan masalah gangguan pola tidur

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Pola Tidur (L.05045)

Definisi : Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

Ekspektasi : Membaik

Kriteria Hasil :

1. Keluhan sulit tidur menurun
2. Keluhan sering terjaga menurun
3. Keluhan tidak puas tidur menurun
4. Keluhan pola tidur berubah menurun
5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun
6. Kemampuan beraktivitas meningkat

c. Evaluasi keperawatan masalah intoleransi aktivitas

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Toleransi Aktivitas (L.05047)

Definisi : Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria Hasil :

1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari Meningkatkan
2. Kecepatan berjalan maeningkat
3. Jarak berjalan meeningkat
4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
6. Toleransi menaiki tangga meningkat
7. Keluhan lelah menurun
8. Dispnea saat aktivitas menurun
9. Dispnea setelah aktivitas menurun
10. Aritmia saat aktivitas menurun

11. Aritmia setelah aktivitas menurun
12. Sianosis menurun
13. Perasaan lemah menurun
14. EKG iskemia menurun
15. Frekuensi nadi membaik
16. Warna kulit membaik
17. Tekanan darah membaik
18. Saturasi oksigen membaik

C. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskuler ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang di sebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darahotak (Susilo, 2019).

Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. (Kusuma, 2015).

2. Etiologi

a. Etiologi stroke non hemoragik (Iskemik)

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

1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya

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

2) Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta, faktor resiko utama untuk stroke iskemik mirip dengan penyakit arteri karotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri karotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Budi susilo, 2019).

b. Etiologi stroke hemoragik

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

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

3. Klasifikasi

Klasifikasi stroke dibagi menjadi dua yaitu :

a. Stroke hemoragik

- 1) Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat

melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, kesadaran pasien umumnya menurun.

- b. Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi pada saat setelah lama beristirahat, dan bisa juga karena baru bangun tidur pagi. Tidak terjadinya perdarahan namun terjadi kimia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik. (muttaqin, 2011).

4. Manifestasi

Masalah aktivitas dasar dan istirahat dapat berpengaruh ke sistem-sistem di tubuh, misalnya terjadi perubahan metabolisme tubuh, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, perubahan sistem pernafasan, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kardiovaskular, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), perubahan kulit, serta perubahan perilaku (Widuri, 2019). Gejala klinis adalah sebagai berikut: Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemi sensorik, perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartia (bicara pelo atau cadel), dan gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopic, ataksia (trunkal atau anggota badan); Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala

5. Patofisiologi

Stroke non-hemoragik Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi, hilangnya homestasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

Pada tingkat sel, neuron iskemik menjadi terdeplesi ketika ATP habis dan sistem transport ion membran gagal. Gangguan metabolisme sel juga merusak pompa membran natrium-kalium plasma normal, menghasilkan peningkatan intraseluler dalam natrium, yang ada gilirannya meningkatkan kadar air intraseluler. Pembengkakan seluler ini disebut sebagai edema sitotoksik dan terjadi sangat awal pada iskemia serebral (Susilo, 2019).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan yang dilakukan yaitu :

1. CT scan merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
2. Scan resonansi magnetik (MRI) lebih sensitif dari CT scan dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.
3. Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi trombus mural atau vegetasi katup.
4. Ultrasonografi doppler karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Susilo, 2019) pada stroke yaitu sebagai berikut :

1 Penatalaksanaan umum

- a) Hidrasi intravena : koreksi dengan NaCl 0,9 % jika hipovolemik.
- b) Hiperglikemia : koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulinregular subkutan.
- c) Neurorehabilitasi dini : stimulasi dini secepatnya secepatnya danfisiotrapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.
- d) Perawatan kandung kemih : kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global).

2 Penatalaksanaan khusus

- a) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada < 3 jam setelah awitanstroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90mg) sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melaluiinfuse dalam waktu 1 jam.
- b) Antiplatelet : asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau clopidogrel 75mg/hr.
- c) Hipertensi : tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan atau tekanan diastolic >120mmHg denganpenurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP)awal per hari.

8. Pathway

Gambar 1
Pathway Stroke Non-Hemoragik

