

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan adalah suatu keadaan yang ditandai oleh perasaan kekurangan dan ingin diperoleh sesuatu yang akan diwujudkan melalui suatu usaha atau tindakan. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia mempunyai karakteristik yang unik walaupun demikian mereka tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Pada dasarnya setiap manusia mempunyai dua macam kebutuhan pokok atau dasar yaitu kebutuhan dasar materi dan kebutuhan dasar nonmateri. (Wahit Iqbal Mubarak,2015) Menurut Abraham Maslow (1970) membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya :

##### **a. Kebutuhan fisiologis**

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan/kelangsungan hidup. Kebutuhan fisiologis/biologis/fisik ini harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhann yang lainnya. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktifitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual

##### **b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan**

Kebutuhan rasa aman adalah kondisi yang membuat seseorang merasa aman dan ada kaitannya dengan kepastian untuk hidup bebas dari ancaman dan bahaya. Sedangkan pengertian perlindungan/keselamatan adalah kebebasan dari situasi penuh tekanan yang terus menerus. Kebutuhan rasa aman dan

perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan.

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki

Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki yaitu kebutuhan untuk memberikan dan menerima rasa cinta sayang dan memiliki. Rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, kesatuan, kesepakatan dan dukungan untuk merasa berdaya dan sukses. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayangm kehangatan, persahabatan, mendapat tempat, keluarga dan kelompok sosial.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri yaitu kondisi yang membuat seseorang merasa puas akan dirinya, bangga dan merasa dihargai karena kemampuan dan perbuatannya. Kebutuhan harga diri terdiri dari keinginan untuk pencapaian, menguasai kegiatan profesional dan pribadi, keinginan untuk berwibawa, status, merasa penting, dan pengakuan.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Aktualisasi diri adalah kesadaran akan diri berdasarkan atas observasi mandiri, termasuk persepsi masa lalu akan diri dan perasaanya. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan bakatnya ingin berprakarsa, mengeluarkan ide/gagasan, untuk terus berkembang dan berubah, serta berubah kearah tujuan masa depan.

## **2. Pengertian Mobilisasi**

Mobilitas atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (A. Aziz Alimul Hidayat & Muarifatul Uliyah 2015).

## **3. Tujuan Mobilisasi**

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar ( termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan non verbal, adapun tujuan dari mobilisasi ROM menurut Brunner & Suddarth (2000), adalah sebagai berikut :

- a. Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentan gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- b. Memperlancar peredaran darah
- c. Membantu pernapasan menjadi lebih kuat
- d. Mempertahankan tonus otot, memelihara dan meningkatkan pergerakan dan persendian.
- e. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- f. Melatih ambulasi

## **4. Jenis Mobilisasi**

Secara umum jenis mobilisasi ada dua yaitu mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya. Mobilisasi penuh ini memberikan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik yang dapat mengontrol

seluruh area tubuh seseorang yang melakukan mobilisasi, sedangkan mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas, tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang.

Mobilisasi sebagian dibagi lagi menjadi dua yaitu mobilisasi sebagian temporer dan mobilisasi sebagian permanen, mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, sebagai contoh adanya dislokasi sendi dan tulang, dan mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversibel sebagai contoh terjadinya hemiplegia dan stroke paraplegia karena injuri tulang belakang, pada poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (A. Aziz Alimul Hidayat & Muarifatul Uliyah 2015).

## **5. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi**

Menurut A. Aziz Alimul Hidayat & Muarifatul Uliyah (2015) faktor yang mempengaruhi mobilisasi sebagai berikut :

### **a. Gaya hidup**

Mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat tinggal (masyarakat). Contoh sederhana nya adalah wanita Jawa, di masyarakat tempat mereka tinggal wanita Jawa dituntut untuk berpenampilan lemah dan lembut, selain itu tabu untuk mereka melakukan aktivitas yang berat.

### **b. Ketidakmampuan**

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum,

ketidakmampuan ada dua macam, yakni ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma sedangkan ketidakmampuan sekunder disebabkan oleh penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilitas.

c. Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi, dalam hal ini cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Disamping itu ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stresor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi, pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan.

e. Sistem Neuromuskular

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi sistem otot, *Skeletal*, sendi, *Ligamen*, *Tendon*, *Kartilago* dan saraf. Otot skeletal mengantar gerakan tulang karena adanya kemampuan otot karena berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit.

## 6. Dampak Tidak Mobilisasi

Individu yang tidak memiliki gaya hidup aktif dan sehat dapat terkena gangguan *Muskuloskeletal* yang dapat mempengaruhi sistem tubuh utama seperti pada sistem *Muskuloskeletal* pada sistem ini immobilitas dapat menimbulkan berbagai masalah, seperti osteoporosis, tanpa adanya aktivitas yang memberi beban pada tulang, tulang akan mengalami demineralisasi proses ini akan menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatannya sehingga tulang menjadi

keropos dan tulang patah, atrofi otot, otot yang tidak dipergunakan dalam waktu lama akan kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normalnya, kekakuan dan nyeri sendi pada kondisi imobilisasi, jaringan kolagen pada sendi dapat mengalami ankilosa (kondisi dimana sendi menjadi kaku atau bahkan tulang-tulang lainnya melekat jadi satu ( Mubarak & Chayatin, 2008)

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Asuhan Keperawatan**

- 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 mobilitas dan immobilitas seperti adanya nyeri, kelemahan otot kelelahan, tingkat mobilitas dan imobilitas, daerah terganggunya aktivitas dan lama terjadinya gangguan aktivitas
  - 4) Riwayat penyakit dahulu, yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas seperti adanya riwayat penyakit neurologis.
- b. Pemeriksaan fisik  
Pemeriksaan fisik secara lokalis.

### 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 (Noor Z, 2016)

### 2) Palpasi (*feel*)

Pengkajian yang 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 anata 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 ataukah nyeri yang menjalar yang berasal dari tempat lain (Noor Z, 2016)

### 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
- c. Pengkajian *Range of* 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 2.2 Tingkat aktivitas

Tingkat 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
--	-----------

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

Tabel 2.3 pengkajian rentang gerak

Gerak sendi	Derajat rentang normal
<b>Bahu</b> Aduksi : gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh.	180
<b>Siku</b> Fleksi : angkat lengan bawah ke arah atas menuju bahu	150
<b>Pergelangan tangan</b> 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

Gerak sendi	Derajat rentang normal
Adduksi : tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, tepak tangan menghadap ke arah atas	30-50
<b>Tangan dan jari</b> Fleksi : buat kepalan tangan	90
Ekstensi : luruskan jari	90
Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	30
Abduksi : kembangkan jari tangan	20
Adduksi : rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah gangguan pemenuhan kebutuhan Aktivitas dan Istirahat, standar diagnosis keperawatan indonesia (2017) yaitu:

### a. Gangguan mobilitas fisik

**Definisi** : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

**Penyebab** : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ke tidak bugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekuatan sendi, kontraktur, malnutrisi,

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

**Gejala dan tanda mayor :**

**Subjektif :** mengeluh susah menggerakkan ekstermitas

**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, fraktur osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan.

b. Gangguan pola tidur

**Definisi :** gangguan kualitas dan kauntitas waktu tidur akibat faktor eksternal

**Penyebab :** hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, *restrain* fisik, ketiadaan teman tidur, dan tidak familiar denga peralatan tidur.

**Gejala dan tanda mayor :**

**Subjektif :** mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup

**Objektif :** -

**Gejala dan tanda minor :**

**Subjektif :** mengeluh kemampuan aktivitas menurun.

**Objektif :** -.

**Kondisi klinis terkait :** nyeri/kolik, hipertirodisme, kecemasan, PPOK, kondisi pasca operasi

c. Intoleransi aktivitas

**Definisi :** ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

**Penyebab :** ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, immobilitas, 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 beraktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

kondisi klinis terkait : anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, PPOK, gangguan metabolik ,gangguan muskuloskeletal.

d. Keletihan

**Definisi :** penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

**Penyebab :** gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis program perawatan/pengobatn jangka panjang, stres berlebihan, depresi.

**Gejala dan tanda mayor :**

**Subjektif :** merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah

**Objektif :** tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu

**Gejala dan tanda minor :**

**Subjektif** : merasa bersalah akibat tidak dapat melakukan tanggung jawab, libido menurun.

**Objektif** : kebutuhan istirahat meningkat

**Kondisi klinis terkait** : anemia, kanker, AIDS, depresi, menopause *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 (Noor Z, 2016).

### 3. Intervensi Keperawatan

2.4 Rencana tindakan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) :

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilisasi pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Pasien meningkat dalam melakukan aktifitas</p>	<p><b>Dukungan ambulasi</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri : BAB, BAK, berpakaian, makan/minum, mandi</li> <li>3. Eduksi latihan fisik</li> <li>4. Edukasi teknik ambulasi</li> <li>5. Edukasi teknik transfer</li> <li>6. Konsultasi via telpon</li> <li>7. Latihan otogenik</li> <li>8. Manajemen energi</li> <li>9. Manajemen lingkungan</li> <li>10. Manajemen mood manajemen nutrisi</li> <li>11. Manajemen nyeri</li> <li>12. Manajemen medikasi</li> <li>13. Manajemen program latihan</li> <li>14. Manajemen sensasi perifer</li> <li>15. Pemantauan neurologis</li> <li>16. Pemberian obat</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
fisik b) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas c) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan kemampuan berpindah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik sesuai indikasi/yang bisa dilakukan jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Pemberian obat intravena</li> <li>18. Pembidaian</li> <li>19. Pencegahan jatuh</li> <li>20. Pencegahan luka tekan</li> <li>21. Pengaturan posisi pengekangan fisik</li> <li>22. Perawatan kaki</li> <li>23. perawatan sirkulasi</li> <li>24. Perawatan tirah baring</li> <li>25. Perawatan traksi</li> <li>26. Promosi berat badan</li> <li>27. Promosi kepatuhan program latihan</li> <li>28. Promosi latihan fisik</li> <li>29. Teknik latihan penguatan otot teknik latihan penguatan sendi</li> <li>30. Terapi aktivitas</li> <li>31. Terapi pijatan</li> <li>32. Terapi relaksasi otot progresif</li> <li>33. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>sederhana yang harus dilakukan misalnya, menggerakkan bagian tubuh dari bangun, duduk sampai dengan turun dari tempat tidur.</p> <p><b>Dukungan mobilisasi</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p data-bbox="786 384 1025 469">selama melakukan mobilisasi</p> <p data-bbox="689 528 846 560">Terapeutik :</p> <ol data-bbox="741 616 1133 1145" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="741 616 1133 810">1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misalnya, tongkat, kruk dan walkers</li> <li data-bbox="741 834 1133 978">2. Fasilitasi atau bantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> <li data-bbox="741 1002 1133 1145">3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p data-bbox="689 1201 813 1233">Edukasi :</p> <ol data-bbox="741 1289 1039 1321" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="741 1289 1039 1321">1. Jelaskan tujuan dan</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur teratasi</p>	<p>prosedur mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditepi tempat tidur)</li> </ol> <p><b>Dukungan tidur :</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan meditasi</li> <li>3. Dukungan perawatan diri :BAB/BAK</li> <li>4. Fototerapi gangguan mood/tidur</li> <li>5. Latihan otogenik</li> <li>6. Manajeman demensia</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Keluhan sakit tidur menurun</p> <p>b) Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>c) Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>d) Keluhan pola tidur berubah menurun</p>	<p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Modifikasi lingkungan</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang untuk mencegah bangun di malam hari</p> <p>3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya teknik relaksasi napas dalam)</p>	<p>7. Manajemen energi</p> <p>8. Manajemen lingkungan</p> <p>9. Manajemen medikasi</p> <p>10. Manajemen nutrisi</p> <p>11. Manajemen nyeri</p> <p>12. Manajemen pengganti hormon</p> <p>13. Pemberian obat oral</p> <p>14. Pengaturan posisi</p> <p>15. Promosi koping</p> <p>16. Promosi latihan fisik</p> <p>17. Reduksi ansietas</p> <p>18. Teknik menenangkan</p> <p>19. Terapi aktivitas</p> <p>20. Terapi musik</p> <p>21. Terapi pemijatan</p> <p>22. Terapi relaksasi</p> <p>23. Terapi relaksasi otot progresif</p>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>e) Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p> <p>f) Pasien mampu memperlakukan kemampuan beraktivitas</p>	<p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>gangguan pola tidur ( misalnya psikologis, gaya hidup)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot atau cara non farmakologi lainnya.</p> <p><b>Edukasi aktivitas/istirahat :</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Sediakan materi dan media</p>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p data-bbox="786 384 1070 469">pengatur aktivitas dan istirahat</p> <ol data-bbox="741 496 1122 804" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="741 496 1122 639">2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li data-bbox="741 660 1122 804">3. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya.</li> </ol> <p data-bbox="689 858 813 890">Edukasi :</p> <ol data-bbox="741 948 1122 1315" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="741 948 1122 1091">1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li data-bbox="741 1112 1122 1315">2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Intoleransi	<p>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (misalnya, kelelahan, sesak napas, saat beraktivitas)</p> <p>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan.</p> <p><b>Manajemen energi</b></p>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>aktivitas</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas /meningkat/teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Frekuensi nadi dalam keadaan normal</p> <p>b) Keluhan lelah berkurang</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Lakukan rentang gerak aktif atau pasif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan ambulasi</li> <li>2. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>3. Dukungan meditasi</li> <li>4. Dukungan pemeliharaan rumah</li> <li>5. Dukungan perawatan diri</li> <li>6. Dukungan spiritual</li> <li>7. Dukungan tidur</li> <li>8. Edukasi latihan fisik</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>c) Dispnea saat aktivitas berkurang</p> <p>d) Dispnea setelah beraktivitas berkurang</p> <p>e) Warna kulit dan ttv dalam rentang normal</p>	<p>3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>4. Fasilitasi duduk ditepi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p>9. Dukungan teknik ambulasi</p> <p>10. Edukasi pengukuran nadi radialis</p> <p>11. Manajemen aritmia</p> <p>12. Manajemen lingkungan</p> <p>13. Manajemen medikasi</p> <p>14. Manajemen mood</p> <p>15. Manajemen program latihan</p> <p>16. Pemantauan tanda vital</p> <p>17. Pemberian obat</p> <p>18. Pemberian obat inhalasi</p> <p>19. Pemberian obat intravena</p> <p>20. Pemberian obat oral</p> <p>21. Penentuan tujuan bersama</p> <p>22. Promosi berat badan</p> <p>23. Promosi dukungan keluarga</p> <p>24. Promosi latihan fisik</p> <p>25. Rehabilitasi jantung</p> <p>26. Terapi aktivitas</p>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ol> <p><b>Terapi aktivitas</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit tingkat pengetahuan</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>27. Terapi bantuan hewan</li> <li>28. Terapi musik</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>diinginkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Identifikasi makna aktivitas rutin misalnya bekerja dan waktu luang</li> <li>6. Monitor respons emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</li> <li>2. Sepakati komitmen untuk</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas jika sesuai</li> <li>7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (amulasi dan mobilisasi)</p> <p>9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>10. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan jika sesuai</p> <p>12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot</p>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional</p> <p>14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>15. Libatkan keluarga dalam aktivitas</p> <p>16. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>17. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>18. Jadwalkan aktivitas dalam</p>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p data-bbox="786 384 1039 411">rutinitas sehari-hari</p> <p data-bbox="741 440 1122 579">19. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p data-bbox="689 660 813 687">Edukasi :</p> <ol data-bbox="741 716 1122 1302" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="741 716 1122 799">1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari</li> <li data-bbox="741 828 1122 911">2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li data-bbox="741 940 1122 1187">3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li data-bbox="741 1216 1122 1299">4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Keletihan</p> <p>Tujuan :</p>	<p>terapi</p> <p>5. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan monitor program aktivitas</li> <li>2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas</li> </ol> <p><b>Edukasi aktivitas/istirahat</b></p>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat keletihan menurun/ teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Pasien mampu memverbalisasikan kepuhian energi dan tenaga</p> <p>b) Pasien mampu</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>melakukan aktivitas rutin</p> <p>c) Pasien mampu memverbalisasikan perasaan lelah dan lesu</p>	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan pengambilan keputusan</li> <li>3. Dukungan tidur</li> <li>4. Manajemen asma</li> <li>5. Manajemen demensia</li> <li>6. Manajemen kemoterapi</li> <li>7. Manajemen medikasi</li> <li>8. Manajemen lingkungan</li> <li>9. Manajemen mood</li> <li>10. Manajemen nutrisi</li> <li>11. Penentuan tujuann bersama</li> <li>12. Promosi dukungan sosial</li> <li>13. Promosi koping</li> <li>14. Promosi latihan fisik</li> <li>15. Reduksi ansietas</li> <li>16. Terapi aktivitas</li> </ol>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>kemampuan</p> <p><b>Manajemen energi</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah</li> </ol>	<p>17. Terapi relaksasi</p>

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>stimulus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lakukan rentang gerak aktif atau pasif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk ditepi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>	

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	<p>4. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>	

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Fase implementasi dari proses keperawatan adalah mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang sudah disusun. Perawat memikul tanggung jawab untuk implementasi tetapi melibatkan pasien dan keluarga dan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kebutuhan. 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 respons pasien terhadap intervensi tersebut sudah dicatat, pencatatan dibuat secara ringkas, jelas, dan objektif (Brunner & Suddarth, 2008).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan diarahkan 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 ditangani. 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 disesuaikan seiring peningkatan kebutuhan (Brunner & Suddarth, 2008).

Berikut kriteria hasil pada gangguan mobilitas fisik :

Table 2.5 Evaluasi keperawatan menggunakan Standar Luaran  
Keperawatan Indonesia

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
<b>Pergerakan ekstermitas</b>	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak	1	2	3	4	5
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

Diagnosa yang mungkin muncul pada Gangguan pemenuhan kebutuhan Aktivitas dan Istirahat yang terdapat dalam buku (SDKI, 2016) yaitu :

- a) Gangguan mobilitas fisik

Kondisi klinis terkait :

1. Stroke
  2. Cedera medula spinalis
  3. Trauma
  4. Fraktur
  5. Osteoarthritis
  6. Osteomalasia
  7. Keganasan
- b) Gangguan pola tidur
- 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
- Kondisi klinis terkait :
1. Anemia
  2. Gagal jantung kongestif
  3. Penyakit jantung koroner
  4. Penyakit katup jantung
  5. Aritmia
  6. Gangguan metabolik
  7. Gangguan muskuloskeletal
- d) Kelelahan
- Kondisi klinis terkait :
1. Anemia
  2. Kanker
  3. AIDS
  4. Depresi

- 5. Menopause
- e) Kesiapan peningkatan tidur
  - Kondisi klinis terkait :
    - 1. Pemulihan pasca operasi
    - 2. Nyeri kronis
    - 3. Kehamilan
    - 4. Sleep apnea
- f) Resiko intoleransi aktivitas
  - Kondisi klinis terkait :
    - 1. Anemia
    - 2. Gagal jantung kongestif
    - 3. Penyakit katup jantung
    - 4. Aritmia
    - 5. PPOK
    - 6. Gangguan metabolik
    - 7. Gangguan muskuloskeletal

## 1. Pengertian Stroke

Stroke atau cedera *Serebrovaskuler* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer 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).

Stroke juga bisa diartikan sebagai penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak (Junaidi, 2011). Mulanya stroke ini dikenal dengan nama *apoplexy*, kata ini berasal dari bahasa Yunani yang berarti “memukul jatuh” atau *to strike down*. Dalam perkembangannya lalu dipakai lah istilah CVA atau *cerebrovascular accident* yang berarti suatu kecelakaan pada pembuluh darah otak. Terdapat dua

macam stroke yaitu stroke iskemik adalah akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan dan stroke hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya (Junaidi, 2011). Perbedaan dari masing-masing stroke adalah pada tanda dan gejalanya pada Stroke hemoragik tanda dan gejala ditandai dengan sakit kepala berat, mual muntah, penurunan kesadaran dan kejang selain itu juga pada penderita penyakit Stroke Hemoragik terjadi secara tiba-tiba pada saat penderita melakukan aktivitas. Sedangkan pada Stroke Non Hemoragik ditandai dengan gangguan bicara, kehilangan penglihatan, hingga gangguan keseimbangan selain itu juga pada penderita penyakit Stroke Non Hemoragik dapat didahului oleh faktor pencetus dan sering sekali berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan masalah penyakit vaskular seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, obesitas, kolestrol, merokok dan stress.

## 2. Penyebab Stroke

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

- a. Ateroma pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu *ateroma* (endapan lemak ) bisa berbentuk di dalam *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 di dalam 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 ke

dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat di dalam 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 yang berlebih didalam darah.
- d. Obat-obatan, obat-obatan pun bisa 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 menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

### 3. Tanda dan Gejala

Berikut manifestasi klinis dari stroke menurut Junaidi (2011) :

- a. Gangguan kesadaran
- b. Sakit kepala
- c. Bingung
- d. Sulit konsentrasi
- e. Disorientasi (ketidakmampuan seseorang merespon lingkungan)
- f. Gangguan rasa didaerah muka
- g. Gangguan berbicara berupa sukit untuk mengeluarkan kata-kata atau sukit mengerti pembicaraan orang lain
- h. Gangguan daya ingat dan penglihatan
- i. Penurunan kekuatan otot

- j. Terdapat juga istilah Hemiplegi dan Hemiparesis, yaitu Hemiplegi adalah jika satu tangan atau satu kaki bahkan satu sisi wajah menjadi lumpuh dan tidak dapat bergerak sedangkan Hemiparesis adalah jika satu tangan atau satu kaki atau satu sisi wajah menjadi lemah, namun tak sepenuhnya lumpuh.

#### 4. **Penatalaksanaan Stroke**

Penatalaksanaan umum melakukan tindakan pertama dalam menangani pasien dengan stroke adalah dengan menilai terhadap sistem pernapasan dan jantung. Pemeriksaan terhadap jalan napas meliputi pemeriksaan pada daerah mulut, seperti sisa makanan, gigi palsu atau benda asing lainnya yang dapat menghalangi jalan napas penderita. Lalu diperiksa keadaan sirkulasinya seperti tekanan darah dan denyut nadi. Pada jam-jam pertama perlu dilakukan pemeriksaan terhadap tekanan darah (Junaidi, 2011).

Beberapa hal yang harus dilakukan pada kegawatdaruratan stroke adalah sebagai berikut :

- a. Lakukan intubasi bila pasien tidak sadar (Glasgow Coma Scale <8). Pastikan jalan napas pasien aman jika intubasi tidak dapat dilakukan.
- b. Jika pasien mengalami hipoksia (saturasi oksigen dibawah 94%), berikan oksigen. Mulai dari pemberian 2 liter/menit menggunakan nasal kanul dan tingkatkan hingga 4 liter/menit sesuai kondisi pasien.