

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kehidupan sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri atau citra tubuh). (Mubarak,2015).

2. 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 tangan nonverbal, adapun tujuan dari mobilisasi ROM 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 pernafasan menjadi lebih kuat.
- d. Mempertahankan tonus otot, memelihara dan meningkatkan pergerakan dari persendian.
- e. Memperlancar eliminasi alvi dan urine.
- f. Melatih atau ambulasi. (Mubarak, 2015).

3. Jenis Mobilisasi

Secara umum ada beberapa macam keadaan mobilisasi antara lain :

- a. Mobilisasi fisik : kondisi ketika seseorang mengalami keterbatasan fisik yang di sebabkan oleh faktor lingkungan maupun kondisi orang tersebut.
- b. Mobilisasi intelektual : kondisi ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan untuk dapat berfungsi sebagaimana mestinya, misalnya pada kasus kerusakan otak.
- c. Mobilisasi emosional : kondisi ini bisa terjadi akibat proses pembedahan atau kehilangan seseorang yang dicintai.
- d. Mobilisasi sosial : kondisi ini bisa menyebabkan perubahan interaksi sosial yang sering terjadi akibat penyakit. (Mubarak, 2008).

4. Prinsip Mekanika Hidup

Mekanika hidup penting bagi perawat dan klien. Hal ini memengaruhi tingkat kesehatan mereka. Mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mendukung kesehatan dan mencegah kecacatan, perawat menggunakan berbagai kelompok otot untuk setiap aktivitas keperawatan. Perawat juga menggabungkan pengetahuan tentang pengaruh fisiologi dan fatologis pada mobilisasi dan kesejajaran tubuh, prinsip yang digunakan dalam mekanika tubuh sebagai berikut:

- a. Gravitasi. Merupakan prinsip pertama yang harus diperhatikan dalam melakukan mekanika tubuh dengan benar, yaitu memandang gravitasi sebagai bumbu dalam pergerakan tubuh.
- b. Keseimbangan. Keseimbangan dalam penggunaan mekanika tubuh dicapai dengan cara mempertahankan posisi garis gravitasi diantara pusat gravitasi dan dasar tumpuan.
- c. Berat. Dalam menggunakan mekanika tubuh tubuh yang sangat diperhatikan adalah berat atau bobot benda yang akan di angkat karena berat benda akan memengaruhi mekanika tubuh.

5. Faktor yang mempengaruhi Mobilisasi

a. Gaya hidup

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

b. Ketidak mampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidak mampuan ada dua macam yakni ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma (misalnya: paralisis akibat gangguan atau cedera pada medula spinalis). Ketidakmampuan primer (misalnya: kelemahan otot dan tirah baring). 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 penuaan.

e. Sistem neuromuskular

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular meliputi sistem otot, skletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago dan syaraf. Otot skeletal mengantar gerakan tulang karena adanya

kemampuan untuk karena berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Ada dua tipe kontraksi otot isotonik dan isometrik. Pada kontraksi isotonik, peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek. Kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak ada pemendekan atau gerakan aktif dari otot misalnya penganjuran klien untuk latihan kuadrisep.

6. Dampak tidak mobilisasi

Individu yang tidak memiliki gaya hidup tidak aktif atau yang dihadapkan dengan keadaan tidak aktif karena sakit atau cedera berisiko mengalami banyak masalah yang dapat mempengaruhi sistem tubuh utama. Tanda-tanda yang paling jelas dari dampak tidak mobilisasi di tunjukkan sistem muskuloskeletal. (Mubarak,2015).

7. Konsep Gangguan Mobilitas

a. Gangguan gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

b. Penyebab

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi

- 11) Gangguan muskuloskeletal
 - 12) Gangguan neuromuskular
 - 13) Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - 14) Efek agen farmakologis
 - 15) Program pembatasan gerak
 - 16) Nyeri
 - 17) Kurang terpapar informasi tentang aktiviytas fisik
 - 18) Kecemasan
 - 19) Gangguan kognitif
 - 20) Keengganan melakukan pergerakan
 - 21) Gangguan sensoripersepsi
- c. Kondisi klinis terkait
- 1) Stroke
 - 2) Cedera medula spinalis
 - 3) Trauma
 - 4) Fraktur
 - 5) Osteorthritis
 - 6) Ostemalasia
 - 7) Keganasan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Anamnesis

Anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkalian psikososial.

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terhadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suka bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemorogik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intraktanial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak reponsif, dan koma.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering di gunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

a) Riwayaat keluarga

Biasanya ada riwayat kluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

b) Pengkajian psikososialspiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan stress, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Oleh karena klien harus menjalani rawat inap, maka apakah keadaan ini member dampak pada status ekonomi klien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat memengaruhi keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi serta pikiran klien

dan keluarga. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah: keterbatasan yang di akibatkan oleh defisit neurologis dalam hubungannya dengan peran social klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam system dukungan individu.

b. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah kepada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan di hubungkan dengan keluhan-keluhan klien.

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit di mengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

a) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi di dapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien tingkat kesadaran komposmentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks

didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

b) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada system kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg).

c) B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah polateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap di bandingkan pengkajian pada system lainnya.

Pengkajian tingkat kesadaran. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indicator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semi koma tosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemnerian asukan.

Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, logusfrontal, dan hemisfer.

(1) *Status Mental*. Obserfasi penampilan, tingkah laku, nilai

gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktifitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

- (2) *Fungsi intelektual*. Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.
- (3) *Kemampuan bahasa*. Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (Area Broca) didapatkan *disfasia ekspresif*, yaitu klien dapat mengerti tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicarannya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Praksia* (kesulitan kemampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.
- (4) *Lobus frontal*. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada *lobus frontal* kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi dapat ditunjukkan dalam lapangan perhatian terbatas, kesulitan dalam

pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umumnya terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologi lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerjasama.

(5) *Hemisfer*. Stroke hemisfer kanan didapatkan *hemiparese* sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemisfer kiri, mengalami *hemiparese* kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustrasi.

d) B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami *inkontinensia urine* sementara karena konfungsional, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan *kontrol motorik* dan *postural*. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan keteterisasi intermiten teknik steril. *Inkontinensia urine* yang berlanjut menunjukkan kerusakan *neurologis* luas.

e) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh penungkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alfa yang berlanjut menunjukkan kerusakan

neurologis luas.

f) B6 (*Bone*)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah *hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemi paresis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktifitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/hemiplegi*, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktifitas dan istirahat.

2) Pengkajian Saraf Kranial. Pemeriksaan saraf kranial I-XII

- a. Saraf I . biasanya pada klien stroke tidak ada kelainana pada fungsi penciuman.
- b. Saraf II. Disfungsi persepsi fisual karna gangguan jaras sensor primer diantara mata dan korteks fisual. Gangguan hubungan fisual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karna ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- c. Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan

penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

- d. Saraf V. pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah penyimpanan rahang bahan kesisi ipselateral, serta kelumpuhan sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- e. Saraf VII. Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.
- f. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g. Saraf IX dan X. kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- h. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternoleidomastoideus dan trapezius.
- i. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

3) Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motorik. Oleh karna UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN disisi yang berlawanan dari otak.

- a. *inspeksi Umum*. Didapatkan heniplegia (paralisis pada salah satu sisi) karna lesi pada otot sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- b. *fasikulasi*. Didapatkan dapa otot-otot ekstremitas.
- c. *tonus otot*. Didapatkan meningkat.
- d. *kekuatan otot*. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan ototpada sisi sakit didapatkan tingkat 0.

e. *keseimbangan dan koordinasi*. Didapatkan mengalami gangguan karnahemipareses dan hemiplegiat.

- 4) Pengkajian Refleks. Pemeriksaan refleks terdiri dari pemeriksaan refleks profunda dan pemeriksaan refleks patologis.
- 5) Pemeriksaan Refleks Profundar. Pengetukan pada tendon, gigamentum atau periosteum drajat refleks pada respons normal.
- 6) Pemeriksaan Refleks Patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis. *gerakan involunter*. Tidak ditemukan adanya premor, *TIC*, dan distonia. Pada keadaan tertentu klien biasanya mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat area fokal kortikal yang peka.
- 7) Pengkajian Sistem Sensorik. Dapat terjadi hemihipestesi.

Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. *Disfungsi persepsi visual* karna gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks fisual.

Gangguan hubungan visual – spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam arek special) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karna ketidamampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

Kehilangan sensori karna stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriopsesi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesuliatan dalam menginterpretasikan stimuli fisual, taktil, dan auditorius.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien gangguan aktivitas yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuronuskular pada ekstremitas.
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan dan kesadaran.
- c. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama. (Batticaca,2011).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan. (Muttaqin,2008).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase/hemiplegia, kelemahan neuromuskular pada eksremitas.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama penelitian , diharapkan pasien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya,dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien dapat ikut serta dalam program latihan Tidak terjadinya kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot. <p>Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pantau tanda-tanda vital klien. Lakukan pengkajian kekuatan otot. Bantu klien dalam melakukan latihan ROM, perawatan diri sesuai toleransi. Ubah posisi klien dalam 2 jam. Inspeksi kulit bagian distal setiap hari,pantau kulit dan membran mukosa terhadap iritasi,kemerahan atau lecet. Kolaborasi pemberian obat otot sesuai kebutuhan. 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui keadaan umum klien. Untuk menentukan berapa kekuatan otot pada kedua subjek. Untuk memelihara fleksibiliti sendi sesuai kemampuan dan peningkatan kemampuan dalam mobilitas eksremitas dapat ditingkatkan dengan latihan fisik. Menurunkan risiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan. Deteksi adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensasi risiko tinggi kerusakan integritas kulit kemungkinan komplikasi imobiloitas. Mempercepat penyembuhan dengan terapi medis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahanneuromuskular,menurunnyakekua tan dan kesadaran.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama penelitian, diharapkan terjadi peningkatan prilaku dalam perawatan diri,dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri. b. Klien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan klien. <p>Mengidentifikasi personal/masyarakat yang dapat membantu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL. 2. Hindari apa yang tidak di lakukakan klien dan bantu apanila perlu. 3. Tempatkan perabotan ke dinding, jauhkan dari jalan. 4. Identifikasi kebiasaan BAB. Anjurkan minum dan meningkatkan aktivitas. 5. Pemberian supositoria dan pelumas feses/pencahar. 6. Konsul ke dokter terapi okupasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dan mengatisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individual. 2. Klien dakam keadaan cemas dan tergantung hal ini di lakukan untuk mencegah frustasi dan harga diri klien. 3. Menjaga keamanan klien bergerak di sekitar tempat tidur dan menurunkan risiko tertimpa perabotan. 4. Pertolongan utama terhadap fungsi usu atau defekasi. 5. Untuk mengembangkan terapi dan melengkapi kebutuhan khusus.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>c. Risiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirah baring lama.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama penelitian, di harapkan klien mampu mempertahankan keutuhan kulit, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat berpartisipasi terhadap pencegahan luka. b. Mengetahui penyebab dan cara pencegahan luka. c. Tidak ada tanda-tanda kemerahan atau luka. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk melakukan ROM dan mobilisasi jika memungkinkan 2. Ubah posisi tiap 2 jam. 3. Gunakan bantal air atau pengganjal yang lunak di bawah daerah-daerah yang menonjol. 4. Lakukan massage pada daerah menonjol yang baru mengalami tekanan pada saat merubah posisi. 5. Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan aliran darah kesemua arah. 2. Menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah. 3. Menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah. 4. Untuk menghindari kerusakan kapiler. 5. Untuk mempertahankan keutuhan kulit.

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (Perry & Potter, 2009).

Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk beradaptasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat akan terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien (Nursalam, 2008).

Jenis-jenis tindakan tahap pelaksanaan implementasi antara lain sebagai berikut:

1) Secara Mandiri (*Independent*)

Tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

2) Saling ketergantungan (*Interdependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter, fisioterapi, dan lain- lain.

3) Rujukan Ketergantungan (*Dependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien. Mengambil tindakan evaluasi untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi bukan untuk melaporkan intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Hasil yang diharapkan merupakan standar penilaian bagi perawat untuk melihat apakah tujuan telah terpenuhi. (Perry & Potter,2009).

C. Tinjauan Konsep Stroke Hemoragik

1. Definisi Penyakit

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering di jumpai dan harus di tangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelain fungsi otak yang timbul mendadak yang di sebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bias terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroek merupan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak,gangguan bicara,proses berfikir daya ingat,dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak.

2. Etiologi

a. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya.Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur.Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan

penurunan tekanan darah yang padat menyebabkan iskemi selebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak adalah aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia dan emboli.

b. Hemoragi Stroke

Pendarahan intracranial atau intraserebral termasuk pendarah dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Pendarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadinya infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

- 1) hipertensi yang parah.
- 2) henti jantung-paru.
- 3) curah jantung turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah:

- 1) spasme arteri serebral, yang disertai pendarahan subaraknoid.
- 2) vasokonstriksi arteri otak di sertai sakit kepala migren.

3. Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor penyebab troke antara lain :

- a. Hipertensi, merupakan faktor umum risiko utama.
- b. Penyakit kardiovaskular-embolisme serebral berasal dari jantung.
- c. Kolestrol tinggi.
- d. Obesitas.
- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infrak serebral.
- f. Diabetes-terkait dengan aterogenesis terakselerasi.
- g. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
- h. Merokok.
- i. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain).
- j. Konsumsi alkohol.

4. Klasifikasi Penyakit

- a. Stroke hemorogi

Merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahan pembuluh otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Pendarahan otak di bagi dua yaitu:

- 1) Pendarahan Intraserebral.

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk kedalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Pendarahn intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum.

2) Pendarahan Subaraknoid.

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma *berry* atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun lokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dan lainnya).

Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan peredaran darah subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Peredaran subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, afasia, dan lain-lain).

b. Stroke nonhemoragik

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

Penyakit akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal, karena merespon sistem imun yang tidak adekuat. Penyakit aktif dapat juga timbul akibat infeksi ulang atau aktifnya kembali bakteri yang aktif. Pada kasus ini, terjadi ulserasi pada *ghon tubercle*, dan akhirnya menjadi perkijauan.

Tuberkel yang ulsrasi mengalami proses penyembuhan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan bronkopneumonia, pembentukan tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya. Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui kelenjar getah bening. Mikrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bertsatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan waktu 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis serta jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblast akan menimbulkan respon berbeda dan akhirnya membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel. (Soemantri, 2009).

5. Patofisiologi

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

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena itu trombolisis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombolisis. Jika terjadi septic infeksi akan meluap pada

dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan, jika aneurisma pecah atau rupture.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat halus akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi detruksi massa otak, peningkatan pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat di sebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang di sebabkan oleh anoksia serebral dapat reversible untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karna gangguan yang bervariasi salah satu henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfungsi menyebabkan serebra di area yang terkena darah akan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lobar. Sedangkan jika terjadi perdarahan selebar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75% namun volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal. (Jusuf Misbach, 1999).