

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan intervensi yang ditetapkan. Selanjutnya, implementasi dan evaluasi keperawatan mengikuti intervensi yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian keperawatan harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi (Rohmah & Walid, 2014).

Menurut Wahyudi & Wahid, (2016) pengkajian kebutuhan aktivitas meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang :

a. Anamnesis

1) Riwayat kesehatan sekarang

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

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian riwayat kesehatan dahulu yang berhubungan dengan kebutuhan mobilitas, misalnya adanya riwayat penyakit sistem neurologis (kecelakaan cerebrovaskuler, trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial, miastenia gravis, guilain barre, cedera medulla spinalis dan lain-lain), riwayat kardiovaskuler (infark miokard, gagal jantung kongestif), riwayat penyakit muskuloskeletal (osteoporosis, fraktur, arthritis), riwayat penyakit

sistem pernafasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia dan lain-lain), riwayat pemakaian obat seperti sedative, hipnotik, depresan sistem saraf, laksania.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian pada riwayat kesehatan keluarga merupakan uraian kesehatan, usia dan penyebab kematian dari setiap hubungan keluarga yang paling dekat, meliputi kakek-nenek, orang-tua, saudara kandung, anak, dan cucu. Catat adanya penyakit seperti hipertensi, penyakit arteri koroner, peningkatan kadar kolesterol, stroke, diabetes, penyakit tiroid atau ginjal, kanker, artritis, tuberkulosis, penyakit asma atau paru-paru, sakit kepala, gangguan kejang, penyakit jiwa, bunuh diri, kecanduan alkohol atau obat-obatan, dan alergi, serta gejala yang dilaporkan pasien.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik difokuskan pada pemeriksaan inspeksi umum, kemampuan fungsi motorik, kemampuan mobilitas, dan pemeriksaan penunjang.

1. Inspeksi umum

Perhatikan adanya postur yang abnormal, bandingkan satu sisi anggota badan dengan sisi lainnya untuk menentukan adanya atrofi dan tentukan kelompok-kelompok otot mana yang terkena (proksimal, distal, atau generalisata simetris atau asimetris). Lakukan inspeksi adanya gerakan-gerakan abnormal seperti tremor pergelangan tangan atau lengan.

2. Kemampuan fungsi motorik

Pemeriksaan fungsi motorik pada kaki dan tangan (kanan dan kiri) untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kelelahan atau spastik.

Tabel 2.1
Tabel Kekuatan Otot

Skala	Presentasi Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Tidak ada gerakan apapun begitu pula kontraksi otot (paralisis total).
1	10	Terdapat kontraksi otot, namun gerakan tidak ada
2	25	Otot hanya mampu menggerakkan persendian, namun tidak dapat melawan gravitasi.
3	50	Dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan.
4	75	Dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi, jika diberikan tahanan maka dapat kuat menahan tetapi tidak terlalu lama.
5	100	Kekuatan otot yang normal,, yaitu dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi dan jika diberikan tahanan maka dapat kuat terhadap tahanan maksimal.

Sumber : Wahyudi & Wahid, (2016)

3. Kemampuan mobilitas

Pengkajian pada kemampuan mobilitas yaitu rentang gerak yang merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari 3 potongan tubuh : sagital, frontal dan transversal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan dan belakang, gerakannya adalah abduksi dan adduksi eversi dan inversi. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah, gerakannya adalah pronasi dan supinasi, rotasi internal dan eksternal (lutut), dorsifleksi dan flantarfleksi.

Tabel 2.2
Tabel Kategori Tingkat Kemampuan

Skala	Kategori
Tingkat 1	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 2	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 3	Memerlukan bantuan/pengawasan oranglain dan peralatan
Tingkat 4	Memerlukan bantuan atau pengawasan oranglain dan perlatan
Tingkat 5	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan aktivitas

Sumber : Wahyudi & Wahid, (2016)

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan terkait dengan kebutuhan aktivitas, antara lain :

1. Pemeriksaan Diagnostik

a) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Prosedur pemeriksaan medis untuk menampilkan citra dari struktur rangka tubuh atau organ dalam pasien. Beberapa kasus yang bisa dilakukan dengan pemeriksaan MRI diantaranya, penyakit degenerative (penuaan), kelainan bawaan (congenital), stroke, infeksi, HNP (saraf terjepit), trauma/cidera otot, tendon dan ligament, batu empedu beserta saluran empedu, batu saluran kencing.

b) CT Scan (*Computed Tomography*)

CT Scan merupakan pemeriksaan yang memanfaatkan sinar-x untuk menghasilkan gambaran tulang dan jaringan lunak dalam tubuh dari berbagai sudut dalam tiga dimensi. CT Scan digunakan untuk mendiagnosis atau memantau berbagai kondisi kesehatan, seperti mendiagnosis kelainan otot dan tulang, tumor, infeksi, bekuan darah, retak pada tulang, menentukan lokasi tumor, mencari tahu cedera atau pendarahan internal.

c) Foto Rontgen

Pemeriksaan untuk menggambarkan kepadatan tulang, tekstur, erosi, dan perubahan hubungan tulang.

2. Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan darah dan urine

Memberikan informasi mengenai masalah musculoskeletal primer atau komplikasi yang terjadi (infeksi).

b) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb akan menggambarkan hasil lebih rendah bila terjadi perdarahan akibat trauma.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan kebutuhan aktivitas termasuk kedalam kategori fisiologis. Dengan demikian masalah keperawatan yang muncul pada subkategori aktivitas dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, di antaranya yaitu :

Tabel 2.3

Diagnosis Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas

Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Tanda dan Gejala	Kondisi Klinis Terkait
<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan integritas struktur tulang - Perubahan metabolisme - Ketidakbugaran fisik - Penurunan kendali otot - Penurunan massa otot - Penurunan kekuatan otot - Keterlambatan perkembangan, kekuatan sendi - Malnutrisi - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuscular - Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia - Efek agen farmakologis - Pembatasan gerak - Nyeri - Kurang terpapar informasi - Kecemasan - Gangguan kognitif - Keengganan melakukan pergerakan - Gangguan sensori persepsi 	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun. <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah 	<ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Cedera medulla spinalis - Trauma - Fraktur - Osteoarthritis - Osteomalasia - Keganasan

<p>Keletihan (D.0057)</p> <p>Definisi : Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan tidur - Gaya hidup monoton - Kondisi fisiologis - Program perawatan/ pengobatan jangka panjang - Peristiwa hidup negative - Stress berlebihan - Depresi 	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur - Merasa kurang tenaga - Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Tampak lesu <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bersalah akibat tidak mampu menjelaskan tanggungjawab - Libido menurun <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan istirahat meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Kanker - Hipo tiroidisme - AIDS - Depresi - Menopause
<p>Intoleransi aktivitas (D.0056)</p> <p>Definisi : Ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. - Tirah baring - Kelemahan - Imobilitas - Gaya hidup monoton 	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat/ setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat/setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas - Gambaran EKG menunjukkan iskemia - Sianosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Gagal jantung kongestif - Penyakit jantung coroner - Penyakit katup jantung - Aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) - Gangguan metabolik - Gangguan muskulo skeletal

Sumber : SDKI, (2017)

3. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI, (2018) intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun tujuan dan kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan aktivitas menurut SLKI, (2018) dan SIKI, (2018) yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
	Utama	Pendukung
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Objektif - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak. Objektif : - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	- Dukungan perawatan diri : BAB/BAK - Dukungan perawatan diri : berpakaian - Dukungan perawatan diri : makan, minum - Dukungan perawatan diri : mandi - Edukasi latihan fisik - Edukasi teknik ambulasi - Edukasi teknik transfer - Latihan otogenik - Manajemen energi - Manajemen lingkungan - Manajemen nutrisi - Manajemen nyeri - Manajemen medikasi - Manajemen program latihan - Manajemen sensasi perifer - Pemantauan neurologis - Pemberian obat - Pembidaian - Pencegahan jatuh - Pencegahan luka tekan - Pengaturan posisi - Pengekangan fisik - Perawatan kaki - Perawatan tirah baring

	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Promosi berat badan - Promosi latihan fisik - Teknik penguatan otot - Terapi aktivitas
<p>Intoleransi Aktivitas (D.0056)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat/setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 	<p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu - Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia - Fasilitasi aktivitas fisik rutin - Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi atau gerak - Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot - Libatkan keluarga dalam aktivitas <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari - Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan ambulasi - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Dukungan meditasi - Dukungan pemeliharaan rumah - Dukungan perawatan diri - Dukungan spiritual - Dukungan tidur - Edukasi latihan fisik - Edukasi teknik ambulasi - Edukasi pengukuran nadi radialis - Manajemen aritmia - Manejemen lingkungan - Manajemen medikasi - Manejemen mood - Manejemen program latihan - Pemantauan tanda vital - Pemberian obat - Pemberian obat inhalasi - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral

<ul style="list-style-type: none"> - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas - Gambaran EKG menunjukkan iskemia - Sianosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan terapis okupasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Penentuan tujuan bersama - Promosi berat badan - Promosi dukungan keluarga - Promosi latihan fisik - Rehabilitasi jantung - Terapi aktivitas - Terapi bantuan hewan - Terapi musik - Terapi relaksasi otot progresif
<p>Keletihan (D.0057)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur - Merasa kurang tenaga - Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Tampak lesu <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bersalah akibat tidak mampu menjelaskan tanggungjawab - Libido menurun <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan istirahat meningkat 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan aktivitas bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Dukungan pengambilan keputusan - Dukungan tidur - Manajemen asma - Manajemen demensia - Manajemen kemoterapi - Manajemen medikasi - Manajemen lingkungan - Manajemen mood - Manajemen nutrisi - Penentuan tujuan bersama - Promosi dukungan sosial - Promosi koping - Promosi latihan fisik - Reduksi ansietas - Terapi aktivitas - Terapi relaksasi

Sumber : SIKI, (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data baru (Rohmah & Walid, 2014).

Implementasi keperawatan yang dapat digunakan untuk mempertahankan atau meningkatkan kesejajaran tubuh dan mobilitas bisa berupa memposisikan pasien secara tepat, memiringkan dan mengubah posisi pasien di tempat tidur, memindahkan pasien, memberikan latihan ROM, mengambulasi pasien dengan atau tanpa alat bantu mekanis, dan strategi untuk mencegah komplikasi akibat imobilitas.

5. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah pasien, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Rohmah & Walid, 2014).

Tabel 2.5

Evaluasi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Luaran Utama	Luaran Tambahan
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Berat badan - Fungsi sensori - Keseimbangan - Konsevasi energi - Koordinasi pergerakan - Motivasi - Pergerakan sendi - Status neurologis

<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak. <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah 	<ul style="list-style-type: none"> - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Status nutrisi - Toleransi aktivitas
<p>Intoleransi Aktivitas (D.0056)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat/ setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea saat/setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas - Gambaran EKG menunjukkan iskemia - Sianosis 	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) Definisi Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga.</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat - Saturasi oksigen meningkat - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Kecepatan berjalan meningkat - Jarak berjalan meningkat - Kekuatan tubuh bagian atas - Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat - Toleransi dalam menaiki tangga meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun - Dispnea setelah aktivitas menurun - Perasaan lemah menurun - Aritmia saat aktivitas menurun - Aritmia setelah aktivitas menurun - Sianosis menurun - Warna kulit tekanan darah membaik - Frekuensi napas membaik - EKG Iskemia membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulasi - Curah Jantung - Konsevasi Energi - Tingkat Keletihan
<p>Keletihan (D.0057)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur - Merasa kurang tenaga - Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Tampak lesu 	<p>Tingkat Keletihan (L.05046)</p> <p>Definisi : Kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kepulihan energi meningkat - Tenaga meningkat - Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat - Motivasi meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Fungsi seksual - Kesadaran diri konservasi energi - Mobilitas fisik - Motivasi - Perawatan diri - Toleransi aktivitas - Tingkat depresi

<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bersalah akibat tidak mampu menjelaskan tanggungjawab - Libido menurun <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan istirahat meningkat - Tingkat Keletihan 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi lelah menurun - Lesu menurun - Gangguan konsentrasi menurun - Sakit kepala menurun - Sakit tenggorokan menurun - Mengi menurun - Sianosis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi napas menurun - Perasaan bersalah menurun - Selera makan membaik - Pola napas membaik - Pola istirahat membaik 	
---	--	--

Sumber : SLKI, (2019)

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostasis dan kehidupan manusia. Banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow.

Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar salah satunya yakni kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual (Rohayati, 2019).

2. Definisi Aktivitas

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukannya untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan seseorang untuk melakukan suatu aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja merupakan salah satu dari tanda kesehatan individu tersebut dimana kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persyarafan dan musculoskeletal (Rohayati, 2019).

Kebutuhan aktivitas merupakan kebutuhan dasar untuk melakukan aktivitas (bergerak). Kebutuhan ini diatur oleh beberapa sistem atau organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligament, sistem syaraf dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

Aktivitas sehari-hari (ADL) merupakan bentuk latihan aktif termasuk di dalamnya adalah makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi tempat tidur, berpindah, dan ambulasi/ROM. Pemenuhan terhadap ADL ini dapat meningkatkan harga diri serta gambaran diri pada seseorang, selain ADL merupakan aktivitas dasar yang dapat mencegah individu tersebut dari suatu penyakit sehingga tindakan yang menyangkut pemenuhan dalam mendukung pemenuhan ADL pada pasien dengan harus diprioritaskan (Rohayati, 2019).

Mobilitas atau imobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas, mudah dan teratur untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan dan memperlambat proses penyakit, khususnya proses degenerative dan untuk aktualisaasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Hidayat & Uliyah, 2014).

3. Fisiologi Pergerakan

Menurut Haswita & Sulistyowati, (2021) pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antar lain sistem muskuloskeletal dan sistem persyarafan di dalam tubuh.

a. Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas rangka (tulang), otot, dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan dan aktivitas manusia. Secara umum, rangka memiliki beberapa fungsi yakni :

- 1) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
- 2) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati, dan medulla spinalis.
- 3) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligamen.
- 4) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat, dan lemak.
- 5) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

Sedangkan otot berperan dalam proses pergerakan, memberi bentuk pada postur tubuh, dan memproduksi panas melalui aktivitas kontraksi otot.

b. Sistem persyarafan

Sistem persyarafan memiliki beberapa fungsi, yakni :

- 1) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
- 2) Sel saraf (neuron), berfungsi membawa implus dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.
- 3) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses implus dan kemudian memberikan ke otot rangka.

4. Mobilisasi dan Imobilisasi

Pengertian mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak dan melakukan kegiatan secara mudah, bebas dan teratur guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari, baik secara mandiri, dengan bantuan orang lain, maupun hanya dengan bantuan alat.

Gangguan mobilitas atau imobilitas merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya.

Gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Adapun jenis mobilisasi menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) yaitu :

a. Mobilisasi penuh

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.

b. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas, tidak mampu bergerak bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi, pasien kehilangan kontrol motorik dan sensorik.

Mobilisasi sebagian ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu :

1) Mobilisasi sebagian temporer

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversible pada sistem musculoskeletal, sebagai contoh adanya dislokasi sendi dan tulang.

2) Mobilisasi sebagian permanen

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversible sebagai contoh terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegia karena injuri tulang belakang, pada poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik.

Imobilisasi yaitu keadaan ketika individu mengalami keterbatasan gerak fisik. Perubahan dalam tingkat mobilisasi fisik dapat mengakibatkan pembatasan gerak (tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter, kehilangan fungsi motorik) (Wahyudi & Wahid, 2016). Jenis-jenis imobilisasi yaitu (Hidayat & Uliyah, 2014) :

1) Imobilisasi fisik

Pembatasan bergerak secara fisik untuk mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis dan sebagai hasilnya tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.

2) Imobilisasi emosional

Imobilisasi emosional merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pembatasan untuk berpikir, seperti pada pasien terjadi kerusakan otot dari satu proses penyakit, maka seseorang tersebut membatasi proses berpikir.

5. Patofisiologi Gangguan Kebutuhan Aktivitas

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) proses terjadinya gangguan aktivitas tergantung dari penyebab gangguan yang terjadi.

Ada 3 hal yang dapat menyebabkan gangguan tersebut, diantaranya :

a. Kerusakan otot

Kerusakan otot ini meliputi kerusakan anatomis maupun fisiologis otot. Otot berperan sebagai sumber daya dan tenaga dalam proses pergerakan jika terjadi kerusakan pada otot, maka tidak akan terjadi pergerakan jika otot terganggu. Otot dapat rusak oleh beberapa hal seperti trauma langsung oleh benda tajam yang merusak kontinuitas otot. Kerusakan tendon atau ligament, radang dan lainnya.

b. Gangguan pada skelet

Rangka yang menjadi penopang sekaligus poros pergerakan dapat terganggu pada kondisi tertentu hingga mengganggu pergerakan atau mobilisasi. Beberapa penyakit dapat mengganggu bentuk, ukuran maupun fungsi dari sistem rangka diantaranya adalah fraktur, radang sendi, kekakuan sendi dan lain sebagainya.

c. Gangguan pada sistem persyarafan

Syaraf berperan penting dalam menyampaikan impuls dari dan ke otak. Impuls tersebut merupakan perintah dan koordinasi antara otak dan anggota gerak. Jadi, jika syaraf terganggu maka akan terjadi gangguan penyampaian impuls dari dan ke organ target. Dan akan mengakibatkan gangguan mobilisasi.

6. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. *Range of Motion* (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk *Range of Motion* (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan *Range of Motion* (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk.

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) penatalaksanaan untuk gangguan mobilitas fisik, antara lain :

- 1) Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genu pectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- 2) Latihan ROM pasif dan aktif, pelaksanaan range of motion merupakan tindakan untuk melatih mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot.
- 3) Ambulasi dini, salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.

C. Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke

a. Definisi stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri. Menurut Hariyanti et al., (2020) stroke atau sering disebut CVA (Cerebro-Vascular Accident) merupakan penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak. Jadi stroke adalah gangguan fungsi saraf pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis yang berkembang secara cepat yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

Adapun klasifikasi penyakit stroke yaitu : (Yueniwati, 2016)

1) Stroke iskemik

Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematon intraserebrum) atau perdarahan ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid adalah aneurisma sarkular dan malformasi arteriovena. Stroke hemoragik ada dua jenis yaitu:

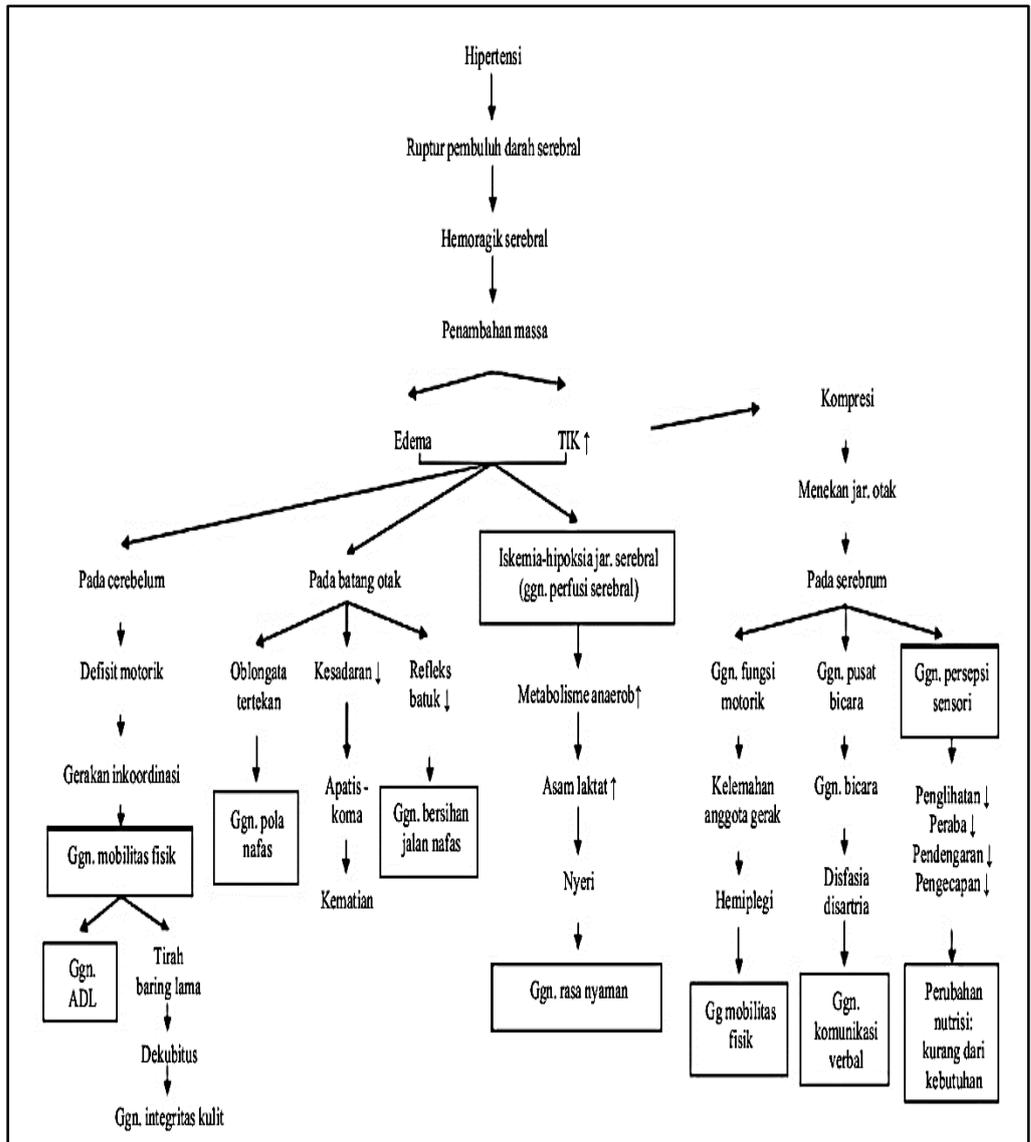
- a) Hemoragik intra serebral : perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
- b) Hemoragik sub arachnoid: perdarahan yang terjadi pada ruang sub arachnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

b. Gangguan aktivitas pada pasien stroke hemoragik

Manifestasi klinis yang timbul pada stroke tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, antara lain yaitu adanya kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik), perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium. Letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartria (bicara pelo atau cadel), gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia, ataksia (trunkal atau anggota badan), vertigo, mual dan

muntah, atau nyeri kepala (Gofir, 2022). Manifestasi klinis tersebut dapat memengaruhi proses pemenuhan kebutuhan dasar pada individu yang menderita stroke hemoragik terutama dalam beraktivitas ADL (mandi, makan, toileting, berpakaian dan berpindah. Gangguan kebutuhan dasar tersebut terjadi karena adanya kelemahan pada ekstremitas yang dapat mengganggu fisiologi pergerakan satu individu.

c. Pathway stroke hemoragik



Gambar 2.1

Pathway Stroke Hemoragik

2. Epilepsi

a. Definisi epilepsi

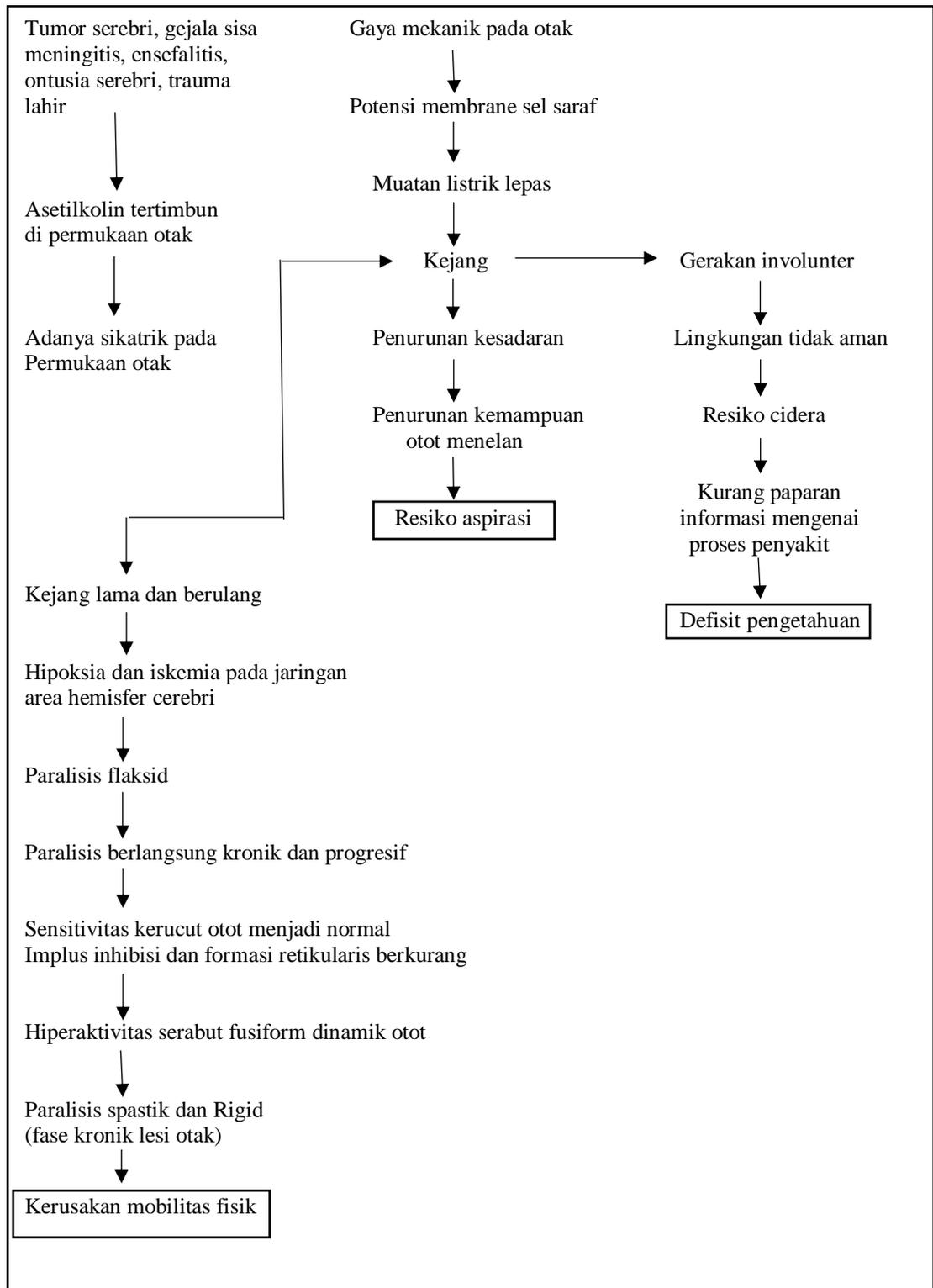
Definisi epilepsi secara klinis operasional/praktis (Fisher et al, 2014). Epilepsi merupakan suatu penyakit otak yang didefinisikan oleh adanya kondisi apa pun dari ketiga hal yaitu :

- 1) Setidaknya ada bangkitan spontan atau refleks yang terjadi dua kali secara terpisah dalam waktu lebih dari 24 jam
- 2) Satu bangkitan spontan atau refleks dan kemungkinan bangkitan-bangkitan berikutnya yang mirip dengan resiko bangkitan ulang
- 3) Adanya diagnosis sindrom epilepsi

b. Gangguan aktivitas pada pasien epilepsi

Fungsi otak bersifat kompleks, meliputi fungsi luhur, motorik, sensorik, autonom, koordinasi, dan keseimbangan. Manifestasi epilepsi didasari oleh gangguan fungsi otak yang disebabkan kerusakan struktur otak (trauma, stroke, tumor, abses), gangguan metabolik/biokimiawi, infeksi otak, penyakit degenerative, dan sebagian lagi tidak diketahui sebabnya. Dengan demikian manifestasi epilepsi juga beragam mencakup kejang (tonik, klonik, tonik-klonik), kehilangan kesadaran (termasuk absence atau lena), mata melirik (ke samping, ke atas), mata terbelalak, gangguan sensorik (nyeri, baal), kesemutan, nyeri seperti terkena arus listrik, rasa panas menyengat seperti terkena api, rasa panas seperti terkena cabai), gangguan autonom (berkeringat, bulu kulit berdiri, perubahan warna kulit, perubahan tekanan darah, perubahan denyut jantung, perubahan ukuran pupil), gangguan fungsi luhur meliputi gangguan berbicara dan berbahasa, gangguan memori, gangguan afektif, gangguan psikomotor, dan gangguan kognitif. Manifestasi klinis tersebut dapat menghambat pemenuhan kebutuhan dasar, salah satunya adalah dalam beraktivitas ADL karena adanya bangkitan kejang yang berulang (tonik, klonik, tonik-klonik) (Harsono, 2021).

c. Pathway epilepsi



Gambar 2.2
Pathway Epilepsi

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Laporan ilmiah yang relevan dengan kebutuhan aktivitas sebagai berikut :

Tabel 2.6

Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Judul/Tahun	Peneliti	Tujuan Penelitian	Populasi/Sampel	Metode Penelitian	Hasil
Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Pemberian Terapi ROM Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu (2022)	Ari Saputra, Maritta Sari, Nur Elly, Nengke Puspita Sari	Melakukan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan pemberian terapi ROM aktif pada pasien stroke	Responden yang menderita gangguan mobilitas fisik ada 2 orang. Penentuan subjek penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusif, pasien yang terdiagnosis stroke di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu.	Penelitian deskriptif menggunakan rancangan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi	Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 1 minggu, pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kiri mengalami gangguan mobilisasi, pasien tampak rileks dan senang, pasien sudah membatasi konsumsi makanan yang bisa memperburuk masalah mobilitasi teratasi.
Asuhan Keperawatan Pada An.M Dengan Gangguan Persyarafan : Epilepsi Diruang Edelwais RSUD Pandan Arang Boyolali (2015)	Joko Kumono	Melakukan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan persyarafan epilepsi.	Responden yang menderita gangguan pada sistem persyarafan ada 1 orang yaitu pasien epilepsi di Ruang Edelwis RSUD Pandan Arang Boyolali.	Penelitian deskriptif menggunakan rancangan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.	Berdasarkan tindakan yang telah dilakukan dalam 3x 24 jam, pasien mengatakan akan memilih aktifitas yang tidak membuat dirinya kelelahan, pasien sudah mengerti aktifitas apa yang harus dipilih agar tidak kelelahan, masalah mobilisasi teratasi.

Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan (Stroke Hemoragik) di Ruang Flamboyan RSUD Banjar (2022)	Nea Sherina Dadan Ramdan, Nur Hidayat	Memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Tn.S dengan menggunakan diagnosa medis stroke hemoragik pada Ruang Flamboyan RSUD Kota Banjar.	Responden yang menderita gangguan pada sistem persyarafan ada 1 orang yaitu pasien stroke hemoragik di Ruang Flamboyan RSUD Banjar.	Memberikan asuhan keperawatan melalui 5 proses meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.	Hasil penelitian menjelaskan masalah utama yang muncul dengan diagnosa resiko cedera otak tidak efektif risiko jaringan otak, hambatan mobilitas fisik belum teratasi karena pasien meninggal sebelum sebelum intervensi selesai dilakukan, masalah mobilisasi teratasi sebagian.
---	---------------------------------------	--	---	---	---

Sumber : Saputra et al., (2022); Kumono, (2015); Sherina et al., (2022)