

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasca Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian Mobilitas

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara mudah, bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain dan hanya dengan bantuan alat (Widuri, 2010).

Mobilitas adalah proses yang kompleks yang membutuhkan adanya koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem saraf (P. Potter, 2010)

Mobilisasi adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas (Kozier, 2010).

Jadi mobilitas atau mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

2. Pengertian Gangguan Mobilitas

Gangguan Mobilitas atau Imobilitas merupakan keadaan di mana 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 (Widuri, 2010).

Imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015).

Gangguan mobilitas fisik (immobilisasi) didefinisikan oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik antara lain : lansia, individu dengan penyakit yang mengalami penurunan kesadaran lebih dari 3 hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomic akibat perubahan fisiologik (kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien penggunaa kursi roda), penggunaan alat eksternal (seperti gips atau traksi), dan pembatasan gerakan volunter, atau gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier, Erb, & Snyder, 2010).

3. Jenis Mobilitas

- a. Mobilitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- b. Mobilitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :
 - 1) Mobilitas sebagian temporer merupakan kemampun individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

- 2) Mobilitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegia karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Widuri, 2010).

4. Jenis Imobilitas

- a. Imobilitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.
- b. Imobilitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir, seperti pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.
- c. Imobilitas emosional, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh, keadaan stres berat dapat disebabkan karena bedah amputasi ketika seseorang mengalami kehilangan bagian anggota tubuh atau kehilangan sesuatu yang paling dicintai.
- d. Imobilitas sosial, keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakit sehingga dapat memengaruhi perannya dalam kehidupan sosial (Widuri, 2010).

5. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Penurunan kendali otot
- b. Penurunan kekuatan otot
- c. Kekakuan sendi
- d. Kontraktur
- e. Gangguan muskuloskeletal
- f. Gangguan neuromuskular
- g. Keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

6. Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik

Adapun tanda gejala pada gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - 2) Objektif
 - a) Kekuatan otot menurun
 - b) Rentang gerak (ROM) menurun.
- b. Gejala dan Tanda Minor
 - 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak
 - 2) Objektif
 - a) Sendi kaku

- b) Gerakan tidak terkoordinasi
- c) Gerak terbatas
- d) Fisik lemah (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

7. Dampak Gangguan Mobilitas Fisik

Imobilitas dalam tubuh dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku (Widuri, 2010).

a. Perubahan Metabolisme

Secara umum imobilitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Hal tersebut dapat dijumpai pada menurunnya *basal metabolism rate* (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh, sehingga dapat memengaruhi gangguan oksigenasi sel. Perubahan metabolisme imobilitas dapat mengakibatkan proses anabolisme menurun dan katabolisme meningkat. Keadaan ini dapat berisiko meningkatkan gangguan metabolisme. Proses imobilitas dapat juga menyebabkan penurunan ekskresi urine dan peningkatan nitrogen. Hal tersebut dapat ditemukan pada pasien yang mengalami imobilitas pada hari kelima dan keenam. Beberapa dampak perubahan metabolisme, di antaranya adalah pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi, dan gangguan gastrointestinal.

b. Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari imobilitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Di samping itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang akibat menurunnya aktivitas otot, sedangkan meningkatnya demineralisasi tulang dapat mengakibatkan reabsorpsi kalium.

c. Gangguan Perubahan Zat Gizi

Terjadinya gangguan zat gizi disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, di mana sel tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melaksanakan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan Fungsi Gastrointestinal

Imobilitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan, seperti perut kembung, mual, dan nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi.

e. Perubahan Sistem Pernapasan

Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernapasan. Akibat imobilitas, kadar haemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Terjadinya

penurunan kadar haemoglobin dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, sehingga mengakibatkan anemia. Penurunan ekspansi paru dapat terjadi karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru.

f. Perubahan Kardiovaskular

Perubahan sistem kardiovaskular akibat imobilitas antara lain dapat berupa hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung, dan terjadinya pembentukan trombus. Terjadinya hipotensi ortostatik dapat disebabkan oleh menurunnya kemampuan saraf otonom. Pada posisi yang tetap dan lama, refleks neurovaskular akan menurun dan menyebabkan vasokonstriksi, kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke sistem sirkulasi pusat terhambat. Meningkatnya kerja jantung dapat disebabkan karena imobilitas dengan posisi horizontal. Dalam keadaan normal, darah yang terkumpul pada ekstermitas bawah bergerak dan meningkatkan aliran vena kembali ke jantung dan akhirnya jantung akan meningkatkan kerjanya. Terjadinya trombus juga disebabkan oleh vena stansi yang merupakan hasil penurunan kontraksi muskular sehingga meningkatkan arus balik vena.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi dalam sistem muskuloskeletal sebagai dampak dari imobilitas adalah sebagai berikut:

1) Gangguan Muskular

Menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunya kekuatan otot secara langsung. Menurunnya fungsi kapasitas otot ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atropi pada otot. Sebagai contoh, otot betis seseorang yang telah

dirawat lebih dari enam minggu ukurannya akan lebih kecil selain menunjukkan tanda lemah atau lesu.

2) Gangguan Skeletal

Adanya imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, misalnya akan mudah terjadinya kontraktur sendi dan osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan atrofi dan memendeknya otot. Terjadinya kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi.

h. Perubahan Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat imobilitas dan terjadinya iskemia serta nekrosis jaringan superfisial dengan adanya luka dekubitus sebagai akibat tekanan kulit yang kuat dan sirkulasi yang menurun ke jaringan.

i. Perubahan Eliminasi

Perubahan dalam eliminasi misalnya penurunan jumlah urine yang mungkin disebabkan oleh kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.

j. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku sebagai akibat imobilitas, antara lain timbulnya rasa bermusuhan, bingung, cemas, emosional tinggi, depresi, perubahan siklus tidur dan menurunnya coping mekanisme. Terjadinya perubahan perilaku tersebut merupakan dampak imobilitas karena selama proses imobilitas seseorang akan mengalami perubahan peran, konsep diri, kecemasan, dan lain-lain (Widuri, 2010).

8. Manifestasi Klinis

- a. Respon fisiologik dari perubahan mobilisasi, adalah perubahan pada:
- 1) Muskuloskeletal seperti kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, atrofi dan abnormalnya sendi (kontraktur) dan gangguan metabolisme kalsium.
 - 2) Kardiovaskuler seperti hipotensi ortostatik, peningkatan beban kerja jantung, dan pembentukan thrombus.
 - 3) Pernafasan seperti atelektasis dan pneumonia hipostatik, dispnea setelah beraktifitas.
 - 4) Metabolisme dan nutrisi antara lain laju metabolic; metabolisme karbohidrat, lemak dan protein; ketidakseimbangan cairan dan elektrolit; ketidakseimbangan kalsium; dan gangguan pencernaan (seperti konstipasi).
 - 5) Eliminasi urin seperti stasis urin meningkatkan risiko infeksi saluran perkemihan dan batu ginjal.
 - 6) Integument seperti ulkus dekubitus adalah akibat iskhemia dan anoksia jaringan.
 - 7) Neurosensori: sensori deprivation (Asmadi, 2008).

9. Komplikasi

Pada stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik jika tidak ditangani dapat menyebabkan masalah, diantaranya:

- a. Pembekuan darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru.

b. Dekubitus

Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi.

c. Pneumonia

Pasien stroke non hemoragik tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

d. Atrofi dan kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi

Komplikasi lainnya yaitu:

- a) Disritmia
- b) Peningkatan tekanan intra cranial
- c) Kontraktur
- d) Gagal nafas
- e) Kematian (saferi wijaya, 2013).

10. Gangguan Pemenuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Gangguan pemenuhan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik disebabkan oleh kerusakan pada beberapa sistem saraf pusat meregulasi gerakan volunter yang menyebabkan gangguan kesejajaran tubuh, keseimbangan, dan mobilisasi. Iskemia akibat stroke dapat merusak serebelum atau strip motoric pada korteks serebral. Kerusakan pada serebelum menyebabkan masalah pada keseimbangan dan gangguan motorik yang dihubungkan langsung dengan jumlah kerusakan strip motorik. Misalnya seseorang dengan hemoragi serebral sisi kanan

disertai nekrosis telah merusak strip motorik kanan yang menyebabkan hemiplegia sisi kiri (P. Potter, 2010).

11. Penatalaksanaan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM)

Range of motion atau ROM merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2006).

Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat pada setiap-setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ROM aktif adalah Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif . Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif (Suratun, 2008).

Gerakan *Range of Motion* (ROM) pada sendi di seluruh tubuh yaitu :

Tabel 1
Gerakan *Range of Motion* (ROM)

1	2	3
Leher		
Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala keposisi tegak.	Rentang 45°
Hyperekstensi	Menekuk kepala kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°
Bahu		
Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang.	Rentang 90°
Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di	Rentang 180°

1	2	3
	atas kepala.	
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh.	Rentang 360°
Siku		
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.	Rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku menurunkan tangan.	Rentang 150°
Lengan Bawah		
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas.	Rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	Rentang 70-90°
Pergelangan Tangan		
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan kesisi bagian dalam lengan bawah.	Rentang 80-90°
Ekstensi	Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°
Hiperkesktensi	Membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 89-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.	Rentang 30°

1	2	3
Jari – Jari Tangan		
Fleksi	Membuat genggamannya.	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 90°
Hiperekstensi	Meregangkan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain.	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari – jari tangan	Rentang 30°
Ibu Jari		
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan.	Rentang 30°
Oposisi	Menyentuh ibu jari ke setiap jari – jari tangan pada tangan yang sama.	
Panggul		
Ekstensi	Menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain.	Rentang 90-120°
Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai kebelakang tubuh.	Rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai kesamping tubuh.	Rentang 30-50°
Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali keposisi media dan melebihi jika mungkin.	Rentang 30-50°

1	2	3
Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain.	Rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar.	-

Lutut

Fleksi	Merakkan tumit ke arah belakang paha.	Rentang 120-130°
Ekstensi	Mengembalikan tungkai kelantai.	Rentang 120-130°

Mata Kaki

Dorsi fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke atas.	Rentang 20-30°
Plantar fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk ke bawah.	Rentang 45-50°
Inversi	Memutar telapak kaki kesamping dalam.	Rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki kesamping luar	Rentang 10°

Jari – Jari Kaki

Fleksi	Menekukkan jari- jari ke bawah.	Rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari kaki.	Rentang 30-60°

Sumber : Potter & Perry, Fundamental Keperawatan, 2006

B. Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah bagian dari setiap aktifitas yang dilakukan oleh perawat dengan dan untuk pasien (Atkinson, 2008).

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan (Kozier et al., 2010).

Pada tahap ini, perawat wajib melakukan pengkajian atas permasalahan yang ada. Yaitu tahapan di mana seorang perawat harus menggali informasi secara terus menerus dari pasien maupun anggota keluarga yang dibina (Murwani, Setyowati, & Riwidikdo, 2008). Menurut Bakri (2016) dalam proses pengkajian dibutuhkan pendekatan agar pasien dan keluarga dapat secara terbuka memberikan data-data yang dibutuhkan. Pendekatan yang digunakan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien dan sosial budayanya. Selain itu, diperlukan metode yang tepat bagi perawat untuk mendapatkan data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan pasien.

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses pengumpulan informasi tentang status kesehatan klien. Proses ini harus sistematis dan kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan status kesehatan klien (Kozier et al., 2010).

Metode pengumpulan data yang utama adalah observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

1) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data dengan menggunakan indra. Observasi adalah keterampilan yang disadari dan disengaja yang dikembangkan melalui upaya dan dengan pendekatan yang terorganisasi. Walaupun perawat melakukan observasi, terutama melalui penglihatan, sebagian besar indra dilibatkan selama observasi yang cermat.

2) Wawancara

Wawancara adalah komunikasi yang direncanakan perbincangan dengan suatu tujuan, misalnya, mendapatkan atau memberikan informasi, mengidentifikasi masalah keprihatinan bersama, mengevaluasi perubahan, mengajarkan, memberikan dukungan, atau memberikan konseling atau terapi. Salah satu contoh wawancara, yaitu riwayat kesehatan keperawatan, yang merupakan bagian pengkajian keperawatan saat masuk rumah sakit .

3) Pemeriksaan

Pemeriksaan menjadi hal yang harus dilakukan selanjutnya. Pemeriksaan merupakan suatu proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh untuk menentukan ada atau tidaknya penyakit. Pemeriksaan dapat berupa pemeriksaan fisik, laboratorium atau rontgen. Pemeriksaan fisik terdiri dari empat prosedur yang digunakan yaitu inspeksi, palpasi dan auskultasi pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe*, pemeriksaan laboratorium seperti urinalisis, pemeriksaan darah dan kultur, selanjutnya yaitu pemeriksaan hasil rontgen yang merupakan visualisasi bagian tubuh dan fungsinya.

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka akan mendapatkan data yang diinginkan. Terdapat dua tipe data pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan

data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen, tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif sering didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Informasi yang diberikan sumber lainnya, misalnya dari keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat pasien (Arif Muttaqin, 2010).

Sedangkan data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur. Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui “*sense*”: 2S (*sight* atau penglihatan dan *smell* atau penciuman) dan HT (*hearing* atau pendengaran dan *touch* atau *taste*) selama pemeriksaan fisik (Arif Muttaqin, 2010). Pengumpulan data menurut Muttaqin meliputi:

- 1) Anamnesis

Wawancara atau anamnesis dalam pengkajian keperawatan merupakan hal utama yang dilaksanakan perawat karena 80% diagnosis masalah pasien dapat ditegakkan dari anamnesis. Pengkajian dengan melakukan anamnesis atau wawancara untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawat adalah mengkaji riwayat kesehatan pasien. Dalam wawancara awal, perawat berusaha memperoleh gambaran umum status kesehatan pasien. Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai awitan masalahnya dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Persepsi dan harapan pasien sehubungan dengan masalah kesehatan dapat memengaruhi perbaikan kesehatan (Arif Muttaqin, 2010).

a) Informasi Biografi

Informasi biografi meliputi tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, usia, status pekerjaan, status perkawinan, nama anggota keluarga terdekat atau orang terdekat lainnya, agama, dan sumber asuransi kesehatan. Usia pasien dapat menunjukkan tahap perkembangan baik pasien secara fisik maupun psikologis. Jenis kelamin dan pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap terjadinya masalah atau penyakit, dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan klien masalah atau penyakitnya (Arief Muttaqin, 2014)

b) Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan pasien sampai perlu pertolongan (Arif Muttaqin, 2010).

Setiap keluhan utama harus ditanyakan sedetil-setilnya kepada pasien dan semuanya dituliskan pada riwayat penyakit sekarang. Pada umumnya, beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala adalah lama timbulnya (surasi), lokasi penjarannya. Pasien diminta untuk menjelaskan keluhan-keluhannya dari gejala awal sampai sekarang (Arif Muttaqin, 2010).

(1) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Menurut (Arif Muttaqin, 2010) hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

(a) Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi.

Ada beberapa obat yang diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan, seperti pemakaian obat kortikosteroid. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Selain itu juga harus menanyakan alergi obat dan reaksi alergi seperti apa yang timbul.

(b) Riwayat keluarga.

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga.

(c) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti kebiasaan sosial, kebiasaan merokok dan sebagainya yang memengaruhi kesehatan.

(d) Status perkawinan dan kondisi kehidupan.

Tanyakan mengenai status perkawinan pasien dan tanyakan dengan hati-hati mengenai kepuasan dari kehidupannya yang sekarang. Tanyakan mengenai kondisi kesehatan pasangannya dan setiap anak-anaknya. Pertanyaan mengenai rencana kehidupan pasien adalah penting terutama untuk penyakit kronis, di mana pasien harus mengetahui bantuan sosial apa yang tersedia dan apakah pasien dapat mengaturnya di rumah (misalnya beberapa langkah yang dibutuhkan untuk mencapai rumah).

Setiap pengkajian riwayat harus dapat diadaptasikan sesuai kebutuhan unik seorang pasien. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data (P. A. Potter, 1996).

Adapun pola-pola fungsional gordon terdiri dari :

a) Persepsi-kesehatan-pola manajemen-kesehatan

Menggambarkan pola pemahaman pasien dan keluarga tentang kesehatan dan kesejahteraan dan bagaimana kesehatan mereka diatur.

b) Pola metabolic - nutrisi

Menggambarkan konsumsi relative terhadap kebutuhan metabolic dan suplai gizi, meliputi pola konsumsi makanan dan cairan, keadaan kulit, rambut, kuku, dan membrane mukosa, suhu tubuh, tinggi dan berat badan.

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola ekskresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit), termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan, dan metabolisme yang digunakan untuk menggalikan ekskresi.

d) Pola aktivitas - olahraga

Menggambarkan pola olahraga, aktivitas, pengisian waktu senggang, dan rekreasi, termasuk aktivitas kehidupan sehari-hari, tipe dan kualitas olahraga, dan faktor-faktor yang memengaruhi pola aktivitas (seperti otot-saraf, respirasi, dan sirkulasi).

e) Pola tidur - istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut

f) Pola persepsi - kognitif

Menggambarkan pola persepsi-sensori dan pola kognitif, meliputi keadekuatan bentuk sensori (pengelihatannya, pendengaran, perabaan, pengecapannya, dan penghidu).

g) Pola persepsi-diri-konsep-diri

Menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri, kemampuan mereka, gambaran diri, dan perasaan.

h) Pola hubungan peran

Menggambarkan pola keterikatan peran dengan hubungan meliputi persepsi terhadap peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini.

i) Pola reproduksi - seksualitas

Menggambarkan kepuasan atau ketidakpuasan dalam seksualitas, termasuk status reproduksi wanita.

j) Pola koping - toleransi stress

Menggambarkan pola koping umum, dan keefektifan keterampilan koping dalam mentoleransi stress.

k) Pola nilai - kepercayaan

Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) yang mengarahkan pilihan keputusan gaya hidup (Gordon 1987 dalam Potter, 1996).

2) Pemeriksaan fisik

Menurut Muttaqin (2010) pemeriksaan fisik dengan pendekatan per sistem dimulai dari kepala ke ujung kaki atau *head to toe* dapat lebih mudah dilakukan pada kondisi klinik. Pada pemeriksaan fisik diperlukan empat modalitas dasar yang digunakan yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

Setelah pemeriksaan fisik terdapat pemeriksaan tambahan mengenai pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengkaji tingkat kesehatan umum seseorang dan pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, respirasi, nadi) (P. A. Potter, 1996).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke non hemoragik yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot ditandai dengan mengeluh susah menggerakkan ekstermitas, rentang gerak (ROM) menurun. (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada pasien stroke non hemoragik:

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi saraf vagus atau hilangnya refluks muntah
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi saraf hipoglossus.
- c. Nyeri akut
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spastisitas dan cedera otak.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke
- f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/hemiplegia, penurunan mobilitas.
- g. Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan ketajaman penglihatan

- h. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral
- i. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme) (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015).

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan fase dari proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis serta mencakup pembuatan keputusan untuk menyelesaikan masalah (Kozier et al., 2010). Menurut McCloskey & Bulechek (2000), intervensi keperawatan adalah setiap tindakan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang perawat lakukan untuk meningkatkan hasil pada pasien (Kozier et al., 2010).

Berikut merupakan intervensi dari stroke non hemoragik:

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Stroke Non Hemoragik

1	2	3	4
No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan menelan Batasan karakteristik: 1. Gangguan fase esofagus 2. Abnormalitas pada fase esofagus pada pemeriksaan menelan	NOC 1. Pencegahan aspirasi 2. Status menelan : tindakan pribadi untuk mencegah pengeluaran cairan dan partikel padat ke dalam paru 3. Status menelan : fase esofagus: penyaluran cairan atau partikel	NIC <i>Aspiration precaution</i> 1. Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan 2. Monitor status paru menjaga atau mempertahankan jalan nafas

1	2	3	4
	<p>3. Pernafasan bau asam</p> <p>4. Bruksisme</p> <p>5. Nyeri epigastrik, nyeri ulu hati</p> <p>6. Menolak makan</p> <p>7. Hematemesis</p> <p>8. Hiperekstensi kepala (misalnya membukuk pada saat atau setelah makan)</p> <p>9. Bangun malam karena mimpi buruk</p> <p>10. Batuk malam hari</p> <p>11. Terlihat bukti kesulitan menelan (misalnya statis makanan pada rongga mulut, batuk/tersedak)</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>1. Akalsia</p>	<p>padat dari faring ke lambung</p> <p>4. Status menelan: fase oral : persiapan, penahanan, dan pergerakan cairan atau partikel padat ke arah posterior mulut.</p> <p>5. Status menelan : fase faring: penyaluran cairan atau partikel padat dari mulut ke esofagus</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1. Dapat mempertahankan makanan dalam mulut</p> <p>2. Kemampuan menelan adekuat</p> <p>3. Pengirim bolus ke hipofaring selaras dengan refleks menelan</p> <p>4. Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut</p> <p>5. Mampu mengontrol mual muntah</p> <p>6. Imobilisasi konsekuensi : fisiologis</p>	<p>3. Posisi tegak 90 derajat atau sejauh mungkin</p> <p>4. Jauhan manset trakea meningkat</p> <p>5. Menyampaikan makanan dalam jumlah kecil</p> <p>6. Hindari makan, jika residu tinggi tempat “pewarna” dalam tabung pengisi NG</p> <p>7. Penawaran makanan atau cairan yang dapat dibentuk menjadi bolus sebelum menelan</p> <p>8. Potong makanan menjadi potongan-potongan kecil</p>

1	2	3	4
	2. Defek anatomi didapat 3. Paralisis serebral 4. Gangguan saraf kranial 5. Keterlambatan perkembangan 6. Abnormalitas orofaring 7. Prematuritas 8. Trauma, cedera kepala traumatik		
2	Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Batasan karakteristik: 1. Ketidakmampuan memakan makanan 2. Tonus otot menurun 3. Mengeluh gangguan sensasi rasa 4. Kelemahan otot	NOC <i>1. Nutritional status : food and fluid</i> <i>2. Intake</i> <i>3. Nutritional status: nutrient intake</i> <i>4. Weight control</i> Kriteria hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak adan tanda-	NIC <i>Nutrition Management</i> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalor dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tingg serat untuk

1	2	3	4
	<p data-bbox="451 275 596 309">pengunyah</p> <p data-bbox="411 331 596 465">5. Kelemahan otot untuk menelan</p> <p data-bbox="411 499 596 577">Faktor-faktor yang berhubungan</p> <ol data-bbox="411 656 635 1675" style="list-style-type: none"> 1. Faktor biologis 2. Faktor ekonomi 3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien 4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan 5. Ketidakmampuan menelan makanan 6. Faktor psikologis 	<p data-bbox="722 275 932 309">tanda malnutrisi</p> <ol data-bbox="683 331 970 689" style="list-style-type: none"> 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p data-bbox="1082 275 1347 309">mencegah konstipasi</p> <ol data-bbox="1042 331 1394 1126" style="list-style-type: none"> 7. Berikan makanan yang terpilih (yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p data-bbox="1042 1149 1331 1182">Nutrition Monitoring</p> <ol data-bbox="1042 1205 1394 1944" style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal 2. Monitor adanya penurunan berat badan 3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan 5. Monitor lingkungan selama makan 6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak

1	2	3	4
			<p>selama jam makan</p> <p>7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>8. Monitor turgor kulit</p> <p>9. Monitor mual dan muntah</p> <p>10. Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht</p> <p>11. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</p> <p>12. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>13. Monitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>14. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan kavitas oral.</p> <p>15. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.</p>
3	<p>Nyeri akut</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>1. Perubahan selera makan</p> <p>2. Perubahan</p>	<p>NOC</p> <p><i>1. Pain level</i></p> <p><i>2. Pain control</i></p> <p><i>3. Comfort level</i></p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Mampu mengontrol</p>	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,</p>

1	2	3	4
	<p>tekanan darah</p> <p>3. Perubahan frekuensi jantung</p> <p>4. Perubahan frekuensi pernafasan</p> <p>5. Laporan isyarat</p> <p>6. Diaforesis</p> <p>7. Perilaku distraksi (misalnya berjalan mondar-mandi mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang</p> <p>8. Mengekspresikan perilaku</p> <p>9. Masker wajah</p> <p>10. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p>	<p>nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri</p> <p>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan tenik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon</p> <p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri asa lampau</p> <p>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor</p>

1	2	3	4
	<p>13. Perubahann posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan</p> <p>1. Agen cedera (misalnya biologis, kimia, fisik, psikologis)</p>		<p>presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p>
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <p>1. Kesulitan membolak balik posisi</p> <p>2. Perubahan cara berjalan</p> <p>3. Keterbatasan kemampuan</p>	<p>NOC:</p> <p>1. Joint Movement : Active</p> <p>2. Mobility level</p> <p>3. Self care : ADLs</p> <p>4. Transfer performance</p> <p>Kreteria Hasil :</p> <p>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p>	<p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : ambulation</p> <p>1. Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p>

1	2	3	4
	<p>melakukan keterampilan motorik halus</p> <p>4.Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar</p> <p>5.Keterbatasan rentang pergerakan sendi</p> <p>Faktor yang berhubungan</p> <p>1. Penurunan kendali otot</p> <p>2. Gangguan neuromuskular</p> <p>3. Penurunan kekuatan otot</p> <p>4. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik</p> <p>5. Keengganan memulai pergerakan</p>	<p>3. Membervalisasikan perasaan dalam peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah</p> <p>4.Memperagakan penggunaan akat</p> <p>5.Bantu untuk mobilisasi</p>	<p>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</p> <p>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi.</p> <p>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>6. Latihan pasien dalam pemenuhan kebutuhan adls secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan adls</p> <p>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p>
5.	Defisit perawatan diri	<p>Noc :</p> <p>1. <i>Self care status</i></p> <p>2. <i>Self care : dressing</i></p> <p>3. <i>Activity tolerance</i></p>	<p>Nic :</p> <p><i>Self care assistance : dressing / grooming</i></p> <p>1. Pantau tingkat kekuatan</p>

1	2	3	4
		<p>4. Fatigue level</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktivitas perawatan diri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mampu menganakan pakaian dengan atau tanpa alat bantu 3. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapih secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 4. Perawatan diri eliminasi: mampu melakukan aktivitas eliminasi 5. Mampu duduk dan turun dari kloset 6. Membersihkan diri setelah eliminasi 7. Perawatan diri makan : kemampuan menyiapkan makan padat atau cairan 	<p>dan toleransi aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan untuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut 3. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 4. Sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah di jangkau 5. Dukung kemandirian dalam berpakaian, berhias, bantu pasien jika diperlukan 6. Perawatan diri eliminasi: Membantu pasien ke toilet 7. Menyediakan privasi selama eliminasi 8. Perawatan diri makan: Memonitor pasien kemampuan untuk menelan 9. Identifikasi diet yang diresepkan 10. Mengatur nampan makanan dan meja

1	2	3	4
		<p>secara aman dari mulut ke lambung</p> <p>8. Mampu makan secara mandiri</p> <p>9. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>10. Mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>11. Mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>12. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>13. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan</p>	<p>menarik</p> <p>11. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan</p> <p>12. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitas mengunyah dan menelan</p> <p>13. Memberikan bantuan fisik, sesuai kebutuhan</p> <p>14. Perawatan diri mandi : Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (sikat gigi, sabun, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</p> <p>15. Memfasilitasi mandi pasien</p> <p>16. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>17. Menjaga kebersihan ritual</p>

1	2	3	4
		hygiene oral.	
6.	Resiko kerusakan integritas kulit	<p>NOC</p> <p>1. <i>Tissue integrity : skin and muccous</i></p> <p>2. <i>Membranes</i></p> <p>3. <i>Hemodyalis akses</i></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Integritas kulit bisa dipertahankan</p> <p>2. Perfusi jaringan baik</p> <p>3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p>	<p>NIC:</p> <p>Pressure Management</p> <p>1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar</p> <p>2. Hindari kerutan pada tempat tidur</p> <p>3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali)</p> <p>5. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</p> <p>6. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.</p>
7	<p>Resiko Jatuh</p> <p>Faktor resiko:</p> <p>Fisiologis</p> <p>1. Gangguan keseimbangan</p> <p>2. Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>NOC</p> <p>1. <i>Trauma Risk For</i></p> <p>2. <i>Injury risk for</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Keseimbangan : kemampuan untuk mempertahankan ekulibrium</p> <p>2. Gerakan terkoordinasi kemampuan otot untuk bekerja sama secara volunter untuk</p>	<p>NIC</p> <p>Fall prevention</p> <p>1. Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu</p> <p>2. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh</p>

1	2	3	4
		<p>melakukan gerakan yang bertujuan</p> <p>3. Perilaku pencegahan jatuh : tindakan individu atau pemberi asuhan untuk meminimalkan faktor resiko yang dapat memicu jatuh dilingkungan individu</p> <p>4. Kejadian jatuh : tidak ada kejadian jatuh</p> <p>5. pengetahuan : keamanan pribadi.</p> <p>6. Pelanggaran perlindungan tingkat kebingungan akut</p> <p>7. Tingkat agitasi</p> <p>8. Komunitas pengendalian risiko : kekerasan</p> <p>9. Komunitas tingkat kekerasan</p> <p>10. Gerakan terkoordinasi</p> <p>11. Kecenderungan</p> <p>12. risiko pelarian untuk kawin</p> <p>13. Kejadian terjun Keparahan cedera fisik</p>	<p>3. Mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh</p> <p>4. Sarankan perubahan dalam gaya berjalan kepada pasien</p> <p>5. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat pembantu berjalan</p> <p>6. Kunci roda dari kursi roda, tempat tidur atau brankar selama transfer pasien</p> <p>7. Tempat artikel mudah dijangkau dari pasien</p> <p>8. Ajarkan pasien bagaimana jatuh untuk meminimalkan cedera</p>

1	2	3	4
4.	<p>Kerusakan komunikasi verbal</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dapat bicara 2. Kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal 3. Pelo 4. Sulit bicara 5. Bicara dengan kesulitan <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sistem saraf pusat 2. Penurunan sirkulasi ke otak 3. Hambatan fisik 4. Pelemahan sistem muskuloskelet 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi ekspresif (kesulitan bicara) ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna 2. Mampu memajemen kemampuan fisik yang dimiliki 3. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri satu kalimat simpel setiap bertemu, jika diperlukan 2. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi wicara 3. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara 6. Berikan pujian positif, jika diperlukan 7. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi

1	2	3	4
	al		
9	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan fungsi motorik 2. Perubahan tekanan darah diekstermitas 3. Nyeri ekstermitas <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang pengetahuan tentang faktor pemberat (misalnya : merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas). 2. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit. 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Circulation status</i> 2. <i>Tissue perfusion : cerebral</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan 2. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi 3. Memproses informasi 4. Membuat keputusan dengan benar 5. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan gerakan involunter 	<p>NIC :</p> <p><i>Peripheral Sensation Management (managemen sensasi perifer)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/ dingin/tajam/tumpul 2. Monitor adanya parestese 3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isis atau laserasi 4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi 5. Batasi gerak pada kepala, leher dan punggung 6. Monitor kemampuan BAB 7. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Monitor adanya tromboplebitis 9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Sumber : Nurarif, A.H & Hardhi , Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nic
Noc, 2015

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminology NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2010).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi berjalan kontinu, evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat segera memodifikasi intervensi. Evaluasi yang dilakukan pada interval tertentu (misalnya, satu kali seminggu untuk klien perawatan dirumah) menunjukkan tingkat kemajuan untuk mencapai tujuan dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan sesuai kebutuhan (Kozier, 2010).