

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Cerebrovaskular Accident

2.1.1 Pengertian

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun. (Smeltzer C. Suzanne, 2002).

2.1.2 Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2002) Penyebab *cerebrovaskuler accident* antara lain:

1. Trombosis (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak).

Trombus yang lepas dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih distal disebut embolus.

2. Embolisme cerebral (bekuan darah atau material lain).

Emboli merupakan 5-15 % dari penyebab *stroke*. Dari penelitian epidemiologi didapatkan bahwa sekitar 50 % dari semua serangan iskemik otak, apakah yang permanen atau yang transien, diakibatkan oleh komplikasi trombotik atau embolik dari ateroma, yang merupakan kelainan dari arteri ukuran besar atau sedang, dan sekitar 25 % disebabkan oleh penyakit pembuluh darah kecil di intrakranial dan 20 % oleh emboli jantung. Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolesterol, lemak, fibrin trombosit, udara, tumor, metastase, bakteri, benda asing

3. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak).

Pada bentuk ini gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.

2.1.3 Faktor resiko

Menurut Mansjoer, Arif (2004) Faktor resiko dari CVA adalah :

1. Yang tidak dapat diubah : Usia, Jenis Kelamin, Ras, Riwayat Keluarga, riwayat TIA, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium, *heretozygot* dan *homozygot*.
2. Yang dapat diubah : Hipertensi, Kencing manis, merokok, penyalahgunaan alkohol dan oabt, kontrasepsi oral, dislipidemia.

2.1.4 Gejala Klinik

Gejala klinik dari CVA menurut Smeltzer & Bare (2002) antara lain :

Pendarahan otak dilayani oleh 2 sistem yaitu sistem karotis dan sistem vertebrobasilar.

Gangguan pada sistem karotis menyebabkan :

1. Gangguan penglihatan.
2. Gangguan bicara, disfasia atau afasia.
3. Gangguan motorik, hemiplegi/hemiparese kontralateral.
4. Gangguan sensorik

Gangguan pada sistem vertebrobasilar menyebabkan :

1. Gangguan penglihatan, pandangan kabur atau buta bila gangguan pada lobus oksipital.
2. Gangguan nervi kranialis bila mengenai batang otak.
3. Gangguan motorik.

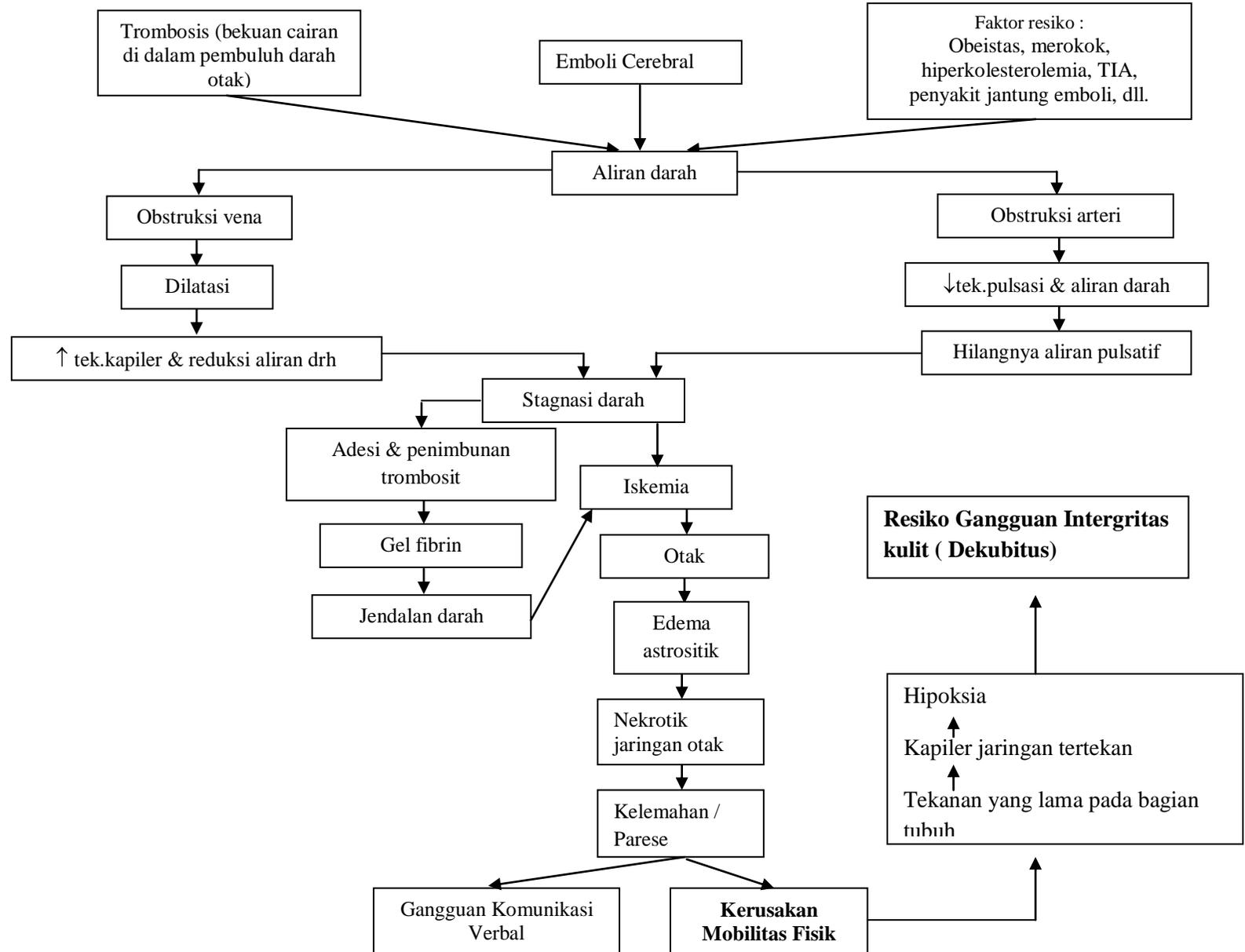
4. Gnggguan koordinasi.
5. *Drop attack*.
6. Gangguan sensorik.
7. Gangguan kesadaran.

Bila lesi di kortikal, akan terjadi gejala klinik seperti; afasia, gangguan sensorik kortikal, muka dan lengan lebih lumpuh atau tungkai lebih lumpuh, *eye deviation*, hemipareses yang disertai kejang.

Bila lesi di subkortikal, akan timbul tanda seperti; muka, lengan dan tungkai sama berat lumpuhnya, *distonic posture*, gangguan sensoris nyeri dan raba pada muka lengan dan tungkai (tampak pada lesi di talamus). Bila disertai hemiplegi, lesi pada kapsula interna.

Bila lesi di batang otak, gambaran klinis berupa: hemiplegi alternans, tanda-tanda serebelar, *nistagmus*, gangguan pendengaran, gangguan sensoris, *disartri*, gangguan menelan, deviasi lidah.

Bila topis di *medulla spinalis*, akan timbul gejala seperti; gangguan sensoris dan keringat sesuai tinggi lesi, gangguan miksi dan defekasi.



Gambar 2.1 : WOC Post Cerebrovasikuler Accident

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk pasien *cerebrovaskular accident* menurut (DoengesE, Marilyn,2000) :

1. CT Scan
Memperlihatkan adanya edema , hematoma, iskemia dan adanya infark.
2. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab CVA secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
3. Pungsi Lumbal
 - a. Menunjukkan adanya tekanan normal.
 - b. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.
4. MRI
Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.
5. EEG
Memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
6. *Ultrasonografi Dopler*
Mengidentifikasi penyakit arteriovena.
7. Sinar X Tengkorak
8. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

2.2 Konsep Dekubitus

2.2.1 Pengertian Dekubitus

Dekubitus merupakan nekrosis jaringan local yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak tertekan diantara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama (Potter & Perry, 2005)

Dekubitus didefinisikan sebagai luka akibat posisi penderita yang tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Subandar, 2008)

2.2.2 Faktor Resiko

Menurut Potter & Perry (2005), factor resiko terjadinya dekubitus adalah sebagai berikut :

a. Gangguan input Sensorik

Pasien yang mengalami gangguan input sensorik terhadap nyeri dan tekanan akan beresiko mengalami dekubitus, pada pasien yang tidak mengalami gangguan akan merasakan tekanan dan nyeri sehingga ketika pasien dapat mengubah atau meminta bantuan untuk mengubah posisi.

b. Gangguan Fungsi Motorik

Pasien yang mengalami gangguan motorik tidak mampu mengubah posisi secara mandiri sehingga meningkatkan peluang untuk terjadinya luka dekubitus.

c. Perubahan Tingkat Kesadaran

Pasien yang mengalami perubahan kesadaran mungkin dapat merasakan tekanan namun tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu, sehingga beresiko mengalami dekubitus.

d. Gips, Traksi, Alat Ortotik dan Peralatan Lain

Alat Gips, Traksi, Alat Ortotik dapat beresiko mengalami dekubitus karena alat tersebut dapat mengurangi mobilisasi pasien. Selain itu friksi eksternal mekanik dari permukaan gips yang bergesek pada kulit dan adanya tekanan yang dikeluarkan gips pada kulit.

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi dekubitus

Menurut Perry dan Potter (2005) factor yang mempengaruhi pembentukan dekubitus adalah :

a. Gaya Gesek

Gaya gesek merupakan suatu tekanan yang diberikan pada kulit dengan arah paralel terhadap permukaan tubuh, jika terjadi gaya gesek maka permukaan kulit akan menempel pada permukaan tempat tidur, dan lapisan otot bergeser sesuai dengan arah gerakan tubuh, sehingga kapiler jaringan tertekan dan terjadi hipoksi, perdarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan.

b. Friksi

Friksi adalah gaya mekanik yang diberikan pada kulit saat di geser pada permukaan kasar seperti alat tenun. Cidera ini mempengaruhi epidermis yang terkelupas ketika pasien mengubah posisinya

c. Kelembaban

Kelembaban pada kulit dan durasinya dapat meningkatkan terjadinya dekubitus, kelembaban meningkatkan terjadinya dekubitus sebanyak 5 kali.

d. Nutrisi Buruk

Pasien dengan nutrisi kurang akan mengalami atrofi otot dan jaringan subkutan sehingga jaringan yang berfungsi sebagai bantalan diantara kulit dan tulang menjadi sedikit, akibatnya tekanan meningkat pada jaringan tersebut.

e. Anemia

Penurunan Hemoglobin dapat mengurangi kapasitas darah membawa nutrisi dan oksigen untuk jaringan serta mengganggu metabolisme sel dan mengganggu penyembuhan luka, sehingga dapat mempengaruhi timbulnya dekubitus.

f. Kakeksia

Kekeksia merupakan malnutrisi umum yang ditandai dengan adanya kelemahan dan kurus. Pasien dengan kakeksia mengalami jaringan adipose untuk melindungi tonjolan tulang dari tekanan, sehingga kondisi ini bisa mempengaruhi pembentukan dekubitus.

g. Obesitas

Pada Obesitas, jaringan adipose memperoleh vaskularisasi yang buruk, sehingga jaringan adipose dan jaringan lain yang berada dibawahnya semakin rentan mengalami kerusakan akibat iskemia.

h. Demam

Demam dapat meningkatkan kebutuhan metabolisme tubuh, sehingga membuat jaringan yang telah hipoksia semakin rentan mengalami iskemia, selain itu demam mengakibatkan diaphoresis sehingga meningkatkan kelembaban kulit yang selanjutnya dapat mempengaruhi kerusakan integritas kulit pasien.

i. Gangguan Sirkulasi Perifer

Gangguan sirkulasi perifer dapat mempengaruhi terjadinya dekubitus sebagai akibat dari adanya jaringan yang hipoksia yang mengalami iskemi.

j. Usia

Usia terutama lansia mempunyai potensi besar untuk mengalami dekubitus karena berkaitan dengan perubahan kulit akibat bertambahnya usia.

Menurut Pranaka (1999) faktor penyebab dekubitus pada lansia adalah : Faktor kondisi fisik lansia, faktor perawatan yang diberikan, faktor kebersihan tempat tidur.

2.2.4 Klasifikasi Dekubitus

Menurut NPUAP (1995) dalam Potter & Perry (2005), luka dekubitus di bagi menjadi 4 derajat/stadium sebagai berikut :

- a. **Derajat I** : Eritema tidak pucat pada kulit utuh, lesi luka kulit yang diperbesar. Kulit tidak berwarna, hangat
- b. **Derajat II** : Hilangnya sebagian ketebalan kulit, Luka superficial, terlihat seperti abrasi, lecet atau lubang yang dangkal
- c. **Derajat III** : Hilangnya seluruh ketebalan kulit, luka terlihat seperti lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitar.
- d. **Derajat IV** : Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai destruksi ekstensif, nekrosis jaringan atau kerusakan otot, tulang atau struktur penyangga.



Gambar 2.2 Derajat / Stadium Luka dekubitus menurut NPUAP, 2009

2.3 Pencegahan Dekubitus

Intervensi perawatan dalam pencegahan dekubitus : (Perry & potter, 2005)

2.3.1 Hygiene dan Perawatan Kulit

Perlindungan dasar untuk mencegah kerusakan kulit, adalah kulit harus dijaga agar tetap bersih dan kering, menurut Perry & Potter (2005) setelah kulit dibersihkan, berikan pelembab yang digunakan untuk melindungi epidermis dan sebagai pelumas kulit sehingga kulit tidak mudah lecet. Jenis produk untuk perawatan kulit sangat banyak yang penggunaannya harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Umumnya lotion menggunakan komponen air sehingga ketika dipakai akan memberikan rasa segar sesaat tapi saat kandungan airnya hilang kulit akan jadi kering.

Minyak kelapa murni (Virgin Coconut Oli : VCO) mengandung asam lemak jenuh yang tinggi, 90% asam lemak jenuh terdiri dari asam laurat, miristat dan palmitat, asam laurat memiliki aktivitas anti virus, anti bakteri dan anti jamur (Syah, 2005). Minyak kelapa murni juga mengandung antioksidan dan vitamin E serta asam lemak antiseptic. (Price, 2003) Selain itu Nilam sari (2006) menyatakan minyak kelapa murni mengandung pelembab alami dan antioksidan

yang menghasilkan emulsi stabil dan pH yang sesuai sebagai bahan pelembab kulit

Menurut Perry & Potter (2005) pemberian minyak kelapa murni (VCO) secara topical mampu melindungi epidermis sehingga tidak mudah lecet karena tekanan. Menurut Price (2003) penggunaan minyak kelapa murni (VCO) secara topical juga mampu membantu kulit tetap muda dan mencegah infeksi jamur serta bakteri. Asam kaprat dan asam laurat yang terkandung dalam minyak kelapa murni (VCO) menurut Darmono (2006) dapat mengatasi candida albicans.

2.3.2 Pengaturan Posisi (Alih Baring)

Alih baring diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Penelitian yang dilakukan oleh Bujang (2012) salah satu tindakan untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien CVA adalah dilakukan alih baring setiap 2 jam agar tidak terjadi penekanan yang terlalu lama. Kondisi pasien yang imobilisasi harus di ubah posisinya. Telah direkomendasikan penggunaan jadwal tertulis untuk mengubah posisi pasien minimal tiap 2 jam, saat dilakukan perubahan posisi alat bantu harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Prosedur melakukan alih baring untuk mencegah dekubitus (Perry, Peterson & Potter, 2005)

. Tahap Pra Interaksi

1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien
2. Mencuci tangan
3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

B. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam sebagai pendekatan therapeutic

- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
- c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

C. Tahap Kerja

1. Menjaga privacy pasien
2. Merubah posisi dari terlentang ke miring:
3. Menata beberapa bantal disebelah klien
4. Memiringkan klien kearah bantal yang disiapkan
5. Menekuk lutut kaki yang atas
6. Memastikan posisi klien aman
7. Merapikan pasien

D. Tahap Terminasi

1. Mengevaluasi hasil tindakan
2. Berpamitan dengan pasien/keluarga
3. Menginformasikan akan datang 2 jam lagi untuk merubah posisi selanjutnya dan 4 jam pada malam hari.
4. Mencuci tangan
5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan

2.3.3 Alas Pendukung (Kasur atau tempat tidur terapeutik)

Berbagai jenis alat pendukung dan juga termasuk kasur an tempat tidur khusus telah di buat untuk mengurangi resiko dekubitus. Tidak ada alat yang dapat menghilangkan tekanan pada kulit, sehingga perlu memahami perbedaan antara alas atau alat pendukung yang dapat mengurangi tekanan dan alat pendukung yang dapat menghilangkan tekanan.

Alat untuk menghilangkan tekanan dapat mengurangi tekanan antar permukaan (Tekanan antara tubuh dengan alas pendukung) atau tekanan yang menutupi kapiler. Alat untuk mengurangi tekanan dapat mengurangi tekanan antara permukaan tapi tidak di bawah besar tekanan yang menutupi kapiler.

2.4 Konsep Dasar Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan Fokus

Menurut Dongoes (2000), Pengkajian focus pada pasien CVA adalah :

1. Aktivitas dan istirahat

Data Subyektif:

- a. Kesulitan dalam beraktivitas ; kelemahan, kehilangan sensasi atau paralysis.
- b. Mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot)

Data obyektif:

- e. Perubahan tingkat kesadaran
- f. Perubahan tonus otot (flaksid atau spastik), paralisis (hemiplegia),kelemahan umum.
- g. Gangguan penglihatan

2. Sirkulasi

Data Subyektif:

- a. Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, disritmia, gagal jantung , endokarditis bacterial), polisitemia.

Data obyektif:

- a. Hipertensi arterial

- b. Disritmia, perubahan EKG
 - c. Pulsasi : kemungkinan bervariasi
 - d. Denyut karotis, femoral dan arteri iliaka atau aorta abdominal
3. Integritas ego
- Data Subyektif:
- b. Perasaan tidak berdaya, hilang harapan
- Data obyektif:
- a. Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesedihan, kegembiraan
 - b. Kesulitan berekspresi diri
4. Eliminasi
- Data Subyektif:
- a. Inkontinensia, anuria
 - b. Distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus(ileus paralitik)
5. Makan/ minum
- Data Subyektif:
- a. Nafsu makan hilang
 - b. Nausea/vomitus menandakan adanya peningkatan TIK
 - c. Kehilangan sensasi lidah , pipi , tenggorokan, disfagia
 - d. Riwayat DM, Peningkatan lemak dalam darah
- Data obyektif:
- a. Problem dalam mengunyah (menurunnya reflek palatum dan faring)
 - b. Obesitas (faktor resiko)

6. Sensori neural

Data Subyektif:

- a. Pusing/sincope (sebelum CVA/ sementara selama TIA)
- b. Nyeri kepala : pada perdarahan intra serebral atau perdarahan sub arachnoid.
- c. Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/mati
- d. Penglihatan berkurang
- e. Sentuhan: kehilangan sensor pada sisi kolateral pada ekstremitas dan pada muka ipsilateral (sisi yang sama)
- f. Gangguan rasa pengecap dan penciuman

Data obyektif:

- a. Status mental; koma biasanya menandai stadium perdarahan, gangguan tingkah laku (seperti: letergi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif
- b. Ekstremitas: kelemahan/paralisis (kontralateral) pada semua jenis stroke, genggaman tangan tidakimbang, berkurangnya reflek tendon dalam (kontralateral)
- c. Wajah: paralisis/parese (ipsilateral)
- d. Afasia (kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif/kesulitan berkata kata, reseptif/kesulitan berkata kata komprehensif, global/kombinasi dari keduanya.
- e. Kehilangan kemampuan mengenal atau melihat, pendengaran, stimuli taktil

- f. Apraksia: kehilangan kemampuan menggunakan motorik
- g. Reaksi dan ukuran pupil: tidak sama dilatasi dan tak bereaksi pada sisi ipsi lateral

7. Nyeri/kenyamanan

Data Subyektif:

- a. Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya

Data obyektif:

- a. Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otot/fasial

8. Respirasi

Data Subyektif:

Perokok (faktor resiko)

9. Keamanan

Data obyektif:

- a. Motorik/sensorik : masalah dengan penglihatan
- b. Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
- c. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenali
- d. Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh
- e. Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, berkurang kesadaran diri

2.4.2 Diagnosa keperawatan (NANDA, 2011)

1. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelemahan, imobilisasi fisik

Definisi : Resiko terjadinya perubahan epidermis dan dermis

Batasan Karakteristik : Kerusakan pada lapisan kulit (dermis), Kerusakan pada permukaan kulit (epidermis), Invasi Struktur tubuh.

Faktor yang Berhubungan : Kelembapan Kulit, Imobilisasi fisik, penonjolan tulang, gangguan sirkulasi, usia tua,

2. Ketidakefektifan perfusi Jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri / vena

Definisi : Penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler

Batasan Karakteristik : Perubahan GDA, pengisian kembali kapiler lebih dari tiga detik, perubahan status mental, kelemahan, paralisis ekstremitas, paralisis

Faktor berhubungan dengan : Gangguan aliran arteri atau vena

3. Defisit perawatan diri total b/d kerusakan neuromuscular, kelemahan, intoleran aktifitas

Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktifitas sehari-hari

Batasan Karakteristik : ketidak mampuan untuk melakukan aktifitas sehari hari, mandi, makan, berpakaian

Faktor berhubungan dengan : kelemahan, kerusakan neuromuskuler

4. Hambatan mobilitas fisik b/d intoleran aktivitas, penurunan kekuatan otot.

Definisi : Keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih

Batasan Karakteristik : Kesulitan membolak balik posisi tubuh, melambatnya pergerakan

Faktor yang berhubungan dengan : penurunan kekuatan, gangguan neuro muskuler

2.4.3 Nursing Care Plan

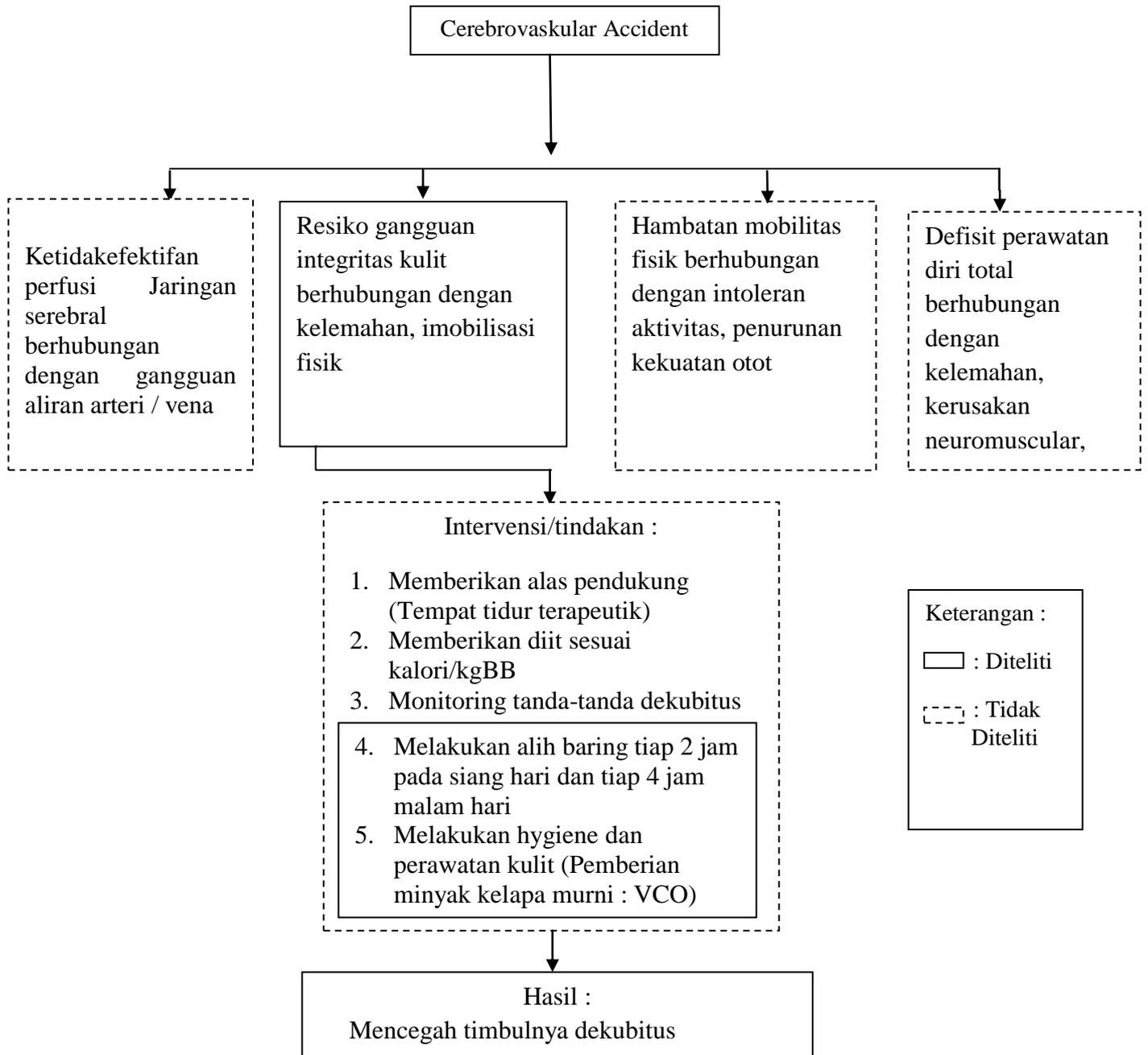
Tabel 2.1 Nursing Care Plan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelemahan, imobilisasi fisik	<p>NOC : <i>Circulation status</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak ada gangguan integritas kulit dengan kriteria hasil: Keutuhan struktural dan fungsi fisiologis kulit dan membran mukosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam batas normal 2. Perfusi jaringan adekuat 3. Tidak ada tanda-tanda dekubitus 4. Turgor kulit baik 	<p>NIC : <i>Pressure Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 8. Monitor status nutrisi pasien 9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat 10. Kaji lingkungan dan

			<p>peralatan yang menyebabkan tekanan</p> <p>11. Kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP, vitamin</p> <p>12. Cegah kontaminasi feses dan urin</p> <p>13. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p>
2.	<p>Ketidakefektifan perfusi Jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri / vena</p>	<p>NOC: <i>Circulation status</i> <i>Neurologic status</i> <i>Tissue Prefusion : cerebral</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan 2. Tidak ada ortostatik hipertensi 3. Komunikasi jelas 4. Menunjukkan konsentrasi dan orientasi 5. Pupil seimbang dan reaktif 6. Tidak mengalami nyeri kepala 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 0 Monitor TTV 1 Monitor AGD, ukuran pupil, ketajaman, kesimetrisan dan reaksi 2 Monitor adanya diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala 3 Monitor level kebingungan dan orientasi 4 Monitor tonus otot pergerakan 5 Monitor tekanan intrkraniak dan respon neurologis 6 Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus 7 Monitor status cairan 8 Pertahankan parameter hemodinamik 9 Tinggikan kepala 0-45° tergantung pada kondisi pasien dan order medis
3.	<p>Defisit perawatan diri total berhubungan dengan kelemahan, kerusakan neuromuscular,</p>	<p><i>Self care : Activity of Daily Living (ADLs)</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit perawatan diri teratasi</p>	<p>Self Care assistane : ADLs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.

	intoleransi aktivitas	dengan kriteria hasil: 1. Klien mampu mempertahankan kebersihan diri dengan atau tanpa bantuan 2. Dapat melakukan ADLS dengan atau tanpa bantuan	2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
4.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleran aktivitas, penurunan kekuatan otot	NOC : Mobilisasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mobilisasi di tempat tidur dengan Kriteria Hasil : 1. Kemampuan untuk bergerak secara mandiri atau dengan bantuan 2. Keseimbangan aktivitas dan istirahat 3. Kemampuan untuk mengubah posisi dan letak tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	NIC : 1. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat 2. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik) 3. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien 4. Pantau respon oksigen pasien terhadap aktivitas keperawatan 5. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala 6. Pertahankan pemberian oksigen

2.5 Kerangka Berpikir



Gambar 2.3 : Kerangka berpikir Pemberian Minyak kelapa murni dan alih baring terhadap pencegahan dekubitus pada pasien CVA