

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teoritis

1. Konsep Stroke Non Hemoragik

a. Pengertian

Stroke adalah penyakit yang terjadi secara tiba-tiba yang menyebabkan kerusakan neurologis. Kerusakan neurologis tersebut dapat disebabkan karena sumbatan total atau parsial pada satu atau lebih pembuluh darah serebral yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak. Hambatan tersebut dapat menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah bahkan pecahnya pembuluh darah (Ikawati dan Anurogo,2018).

Stroke iskemik atau stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang disebabkan ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah sangat berkurang atau iskemia (Haryono R, Utami M, 2022,p.130).

b. Etiologi

Stroke disebabkan oleh adanya arteri yang tersumbat pada pembuluh darah otak (stroke iskemik). Sekitar 80% kasus stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemik) (Haryono, Utami, & Sari, 2019)

Penyebab stroke dibagi menjadi 3, yaitu menurut (Dellima D.R, 2019)

- 1) Trombosis serebral
- 2) Emboli serebri
- 3) Hipoksia umum
- 4) Hipoksia setempat

c. Faktor Risiko

Banyak faktor yang dapat meningkatkan risiko stroke. Adapula faktor risiko stroke yakni:

- 1) Faktor risiko gaya hidup
 - a) Kelebihan berat badan atau obesitas
 - b) Ketidakaktifan fisik
 - c) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin
- 2) Faktor risiko medis
 - a) Memiliki tekanan darah lebih tinggi dari 120/80 mmHg
 - b) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
 - c) Kolesterol Tinggi
 - d) Diabetes
 - e) Apnea tidur obstruktif
 - f) Penyakit kardiovaskular, termasuk gagal jantung, cacat jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal
 - g) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien
- 3) Faktor-faktor lain yang terkait dengan risiko stroke

- a) Usia. Orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki risiko stroke yang lebih tinggi daripada orang yang lebih muda.
- b) Ras. Orang Afrika-Amerika memiliki risiko stroke yang lebih tinggi daripada orang-orang dari ras lain.
- c) Jenis kelamin. Pria memiliki risiko stroke yang lebih tinggi daripada wanita. Perempuan biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.
- d) Hormon. Penggunaan pil KB atau terapi hormon yang termasuk estrogen, serta peningkatan kadar estrogen dari kehamilan dan persalinan (Haryono, & Utami, 2022).

d. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan loka (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering sebagai factor penyebab infark pada otak.

Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena itu trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif.

Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau rupture Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah.

Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebei atau lewat foramen

magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus peradarahan otak di nekles kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan inversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan perenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena dan sekitarnya tertekan lagi. (Arif Mutaqin, 2013)

e. Manifestasi Klinis

Menurut Rahmadani & Rustandi (2019), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi klateral. Pada stroke gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (Hemiparesis) yang timbul secara mendadak
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)
- 4) Afasia (kesulitan dalam bicara)
- 5) Disartria (bicara cadel atau pelo)
- 6) Gangguan penglihatan
- 7) Displopia
- 8) Ataksia
- 9) Vertigo, mual muntah atau sakit kepala

f. Klasifikasi

1) Stroke iskemik transien (*Transient ischemic attack/ TIA*)

Stroke ini biasa disebut dengan stroke kecil, dimana stroke yang terjadi pada periode singkat iskemik serebral terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung selama kurang dari 24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli. Manifestasi neurologis TIA beragam berdasarkan lokasi dan ukuran pembuluh serebral yang terkena dan memiliki awitan tiba-tiba. Biasanya terjadi defisit meliputi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata).

2) Stroke pembuluh darah besar (trombolisis)

Stroke trombotik adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan

masuknya darah yang menuju ke bagian otak.

3) *Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)*

Tanda dan gejala gangguan persarafan yang berlangsung dalam waktu yang lama lama. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 1 minggu (7 hari) dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu 3 minggu) serta tidak meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016).

4) Stroke embolik kardiogenik

Stroke ini terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongesti, atau plak aterosklerosis masuk sistem sirkulasi dan menjadi tersumbat pada pembuluh serebral terlalu sempit untuk memungkinkan gerakan lebih lanjut. Pembuluh darah kemudian mengalami oklusi. Tempat yang paling sering mengalami emboli serebral adalah di bifurkasi pembuluh, terutama pada arteri serebral tengah (Lemone, dkk, 2016).

5) *Complete stroke*

Suatu gangguan pembuluh darah pada otak yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung lebih dalam waktu 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016).

6) *Progressive stroke (Stroke in Evolution)*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih. Stroke jenis ini merupakan stroke dimana penentuan prognosisnya terberat dan sulit. Hal ini disebabkan kondisi pasien

yang cenderung labil, berubah-ubah dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Masriadi, 2016).

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus stroke non hemoragik untuk menegakkan diagnosa sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan radiologi sistem saraf
 - a) CT (Computerized Tomography) Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
 - b) Angiografi membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
 - c) MRI (Magnetic Resonance Imaging) menunjukkan adanya tekanan yang abnormal dan biasanya ada trombosis, emboli TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik subarachonis/pendarahan intrakranial.
 - d) EEG (Electro Ecefallogrhafy) mengidentifikasi masalah dasar didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan lesi yang spesifik.
- 2) Laboratorium
 - a) Darah
 - b) Urine.
 - c) Cairan serebrospinal

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien stroke non hemoragik menurut (silo,2019) adalah sebagai berikut :

1) Penatalaksanaan umum

- a) Nutrisi
- b) Hidrasi intravena : Koreksi dengan NaCl 0,9 % jika hipovolemik
- c) Hiperglikemi : Koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulin reguler subkutan
- d) Neurorehabilitasi dini : Stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif
- e) Perawatan kandung kemih : Kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global)
- f) Mobilisasi : Salah satu penatalaksanaan mobilisasi pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik yaitu dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM).

2) Penatalaksanaan khusus

Terapi spesifik stroke iskemik akut yaitu :

- a) Fibrolitik/trombolitik (rt-PA) intravena
- b) Antiplatelet : Asam salisilat 160-325 mg/hari atau Clopidrogel 75mg/hari
- c) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari
- d) *Pneumatic boots, stocking elastic*, fisioterapi, dan mobilisasi.

3. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Fisik

a) Definisi mobilisasi dan imobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. (Azizah, & Wahyuningsih, 2020).

Jenis mobilisasi menurut (Risnah, dkk 2022) yaitu :

- 1) Mobilitas penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan kegiatan sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik valunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) 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. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi.

Adapula imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan(aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Jenis imobilisasi yaitu :

- 1) Imobilitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi

pergerakan.

- 2) Imobilitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir
- 3) Imobilitas emosional, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena ada perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.
- 4) Imobilitas sosial, merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya, sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial.

b) Faktor yang mempengaruhi mobilisasi dan imobilisasi

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

- 1) Gaya hidup : perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari
- 2) Proses penyakit/cidera : Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh.
- 3) Tingkat energi : energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.
- 4) Usia dan status perkembangan : Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda , hal ini dikarenakan

kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

c) Perubahan sistem tubuh akibat imobilisasi

Dampak dari imobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernapasan, perubahan kardiovaskuler, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil) dan perubahan perilaku.

1) Perubahan metabolisme : Secara umum mobilitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilisasi dapat menyebabkan turunya metabolisme dalam tubuh, hal tersebut dapat kita jumpai pada menurunnya basal metabolisme rate yang menyebabkan energi untuk perbaikan sel-sel berkurang, sehingga dapat mempengaruhi gangguan dalam oksigenasi sel.

2) Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit : sebagai dampak dari imobilitas karena selama proses imobilitas akan terjadi persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum akan berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Disamping itu berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstitial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

3) Gangguan perubahan zat gizi : disebabkan menurunnya pemasukan

protein dan kalori sehingga menyebabkan zat-zat makanan pada tingkat sel akan menurun, dimana sel tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melakukan aktivitas metabolisme.

- 4) Perubahan sistem pernapasan : Karena dengan imobilisasi kadar hemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, terjadi kelemahan otot, terganggunya metabolisme. Terjadinya penurunan kadar hemoglobin dapat berdampak pada pengaliran oksigen dari alveoli di paru ke jaringan menurun sehingga dapat menyebabkan terjadinya ekspansi paru karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru.
- Perubahan sistem muskular : Pertama gangguan muskular yakni menurunnya masa otot sebagai dampak imobilisasi dapat menyebabkan menurunnya kekuatan otot secara langsung, menurunnya fungsi kapasitas otot yang ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya masa otot dapat menyebabkan atrofi pada otot. Kedua gangguan skletal yakni adanya imobilisasi juga dapat menyebabkan gangguan dalam skletal misalnya akan mudah terjadi kontraktur sendi, osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fleksasi yang disebabkan atrofi dan memendeknya otot. Terjadinya kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi sedangkan osteoporosis dapat terjadi karena reabsorpsi tulang semakin besar yang mengakibatkan jumlah kalsium ke dalam darah menurun, sedangkan jumlah kalsium dikeluarkan melalui urin

semakin besar.

d) Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas

Adapula penatalaksanaan gangguan mobilitas yakni dengan melakukan *Range of motion* (ROM). ROM adalah jumlah maksimum gerakan yang dilakukan oleh sendi dalam keadaan normal. (Haryono R, Putri M 2022)

1) Tujuan ROM

- Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- Memelihara mobilitas persendian
- Merangsang sirkulasi darah
- Mencegah kelainan bentuk tulang
- Mencegah kekakuan sendi
- Memperbaiki tonus otot

2) Jenis- jenis ROM

- ROM Aktif (AROM)

ROM aktif adalah isotonik (terjadi kontriksi dan pergerakan otot) yang dilakukan pasien dengan menggerakkan masing-masing persendian nya sesuai rentang gerak nya yaitu normal. Dalam menjalankan ROM aktif, perawat harus memberikan motivasi dan membimbing pasien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Disini, pasien menggunakan kekuatan otot 75% untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-otot nya secara aktif.

– ROM Pasif (PROM)

ROM pasif adalah perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang gerakanya dan energi yang dikeluarkan pasien untuk latihan berasal dari orang lain, perawat atau alat mekanik. Dalam menjalankan ROM pasif, perawat melakukan gerakan persendian sesuai dengan rentang gerak normal untuk pasien dengan kekuatan otot 50%. Ada beberapa indikasi latihan pasif pada pasien seperti pasien tidak mampu melakukan semua atau beberapa rentang gerak dengan mandiri. Pasien tirah baring total, pasien dengan paralisis ekstremitas total, dan pasien semi koma dan tidak sadar (Nababan & Giawa, 2019).

Penurunan kekuatan otot pada umumnya menggunakan gradasi 5 tingkat dari skala MRC (Medical Research Council) seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 2. 1 Gradasi Tingkat Kekuatan Otot dari Skala MRC

Skor	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi
1	Kontraksi ringan
2	Gerakan aktif tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Gerakan aktif dapat melawan gravitasi
4-	Gerakan aktif dapat melawan gravitasi dan tekanan ringan
4	Gerakan aktif dapat melawan gravitasi dan tekanan sedang
4+	Gerakan aktif dapat melawan gravitasi dan tekanan kuat
5	Kekuatan Normal

Sumber : Rehatta, Suwandito & Prihatanto (2015)

3) Indikasi ROM

Secara umum, indikasi ROM terbagi menjadi empat, yaitu stroke

atau penurunan tingkat kesadaran, kelemahan otot, pasien tirah baring lama, dan fase rehabilitasi fisik.

4) Kontraindikasi

Adapula kontraindikasi ROM menurut Padhila (2013) adalah :

- 1) Kelainan sendi atau tulang
- 2) Pasien tahap imobilisasi karena penyakit jantung
- 3) Sendi yang terinfeksi
- 4) Pasien dengan *hiperimobility*
- 5) Suhu tubuh yang tinggi
- 6) ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien dan kondisinya membahayakan (*Life Threatening*)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Stroke Non Hemoragik

Menurut Basri, Utami & Mulyadi (2020) adapula komponen dokumentasi asuhan keperawatan meliputi komponen isi dokumentasi dan komponen dalam konsep penyusunan dokumentasi. Komponen isi dokumentasi meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien. Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan. (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020)

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pekerjaan, pendidikan, status, alamat, dan tanggal masuk rumah sakit (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020)

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering dirasakan yaitu adanya kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak hemiparesis atau kelemahan otot pada bagian anggota gerak tubuh yang terkena (Syahrim, Azhar, & Risnah, 2019)

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien stroke non hemoragik diawali gangguan neuromuskular. Gangguan neuromuskular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Rianawati & Rahayu, 2015). Pasien yang mengalami stroke non hemoragik awalnya yaitu nyeri kepala, muntah-muntah, disatria, atau berbicara pelo, kelumpuhan wajah atau anggota badan (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Khaira, 2018).

f. Pola Fungsi Kesehatan (Wati, 2019)

1) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien stroke sering mengalami disfagia yang menyebabkan gangguan intake dan pola nutrisi. Respons adaptasi tidak efektif yang sering ditunjukkan pasien antara lain mual, muntah, penurunan asupan nutrisi dan perubahan pola nutrisi. Stimulus fokal yang sering menyebabkan respons adaptasi tidak efektif pada pola nutrisi pasien stroke yaitu disfagia dan penurunan kemampuan mencerna makanan. Stimulus kontekstual yaitu kelumpuhan saraf kranial, faktor usia dan kurangnya pengetahuan tentang cara pemberian makanan pada pasien stroke yang mengalami disfagia. Stimulus residual yaitu faktor budaya serta pemahaman pasien dan keluarga tentang manfaat nutrisi bagi tubuh.

2) Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi BAB dan BAK, konsistensi feses, jumlah dan warna urin, inkontinensia urin, inkontinensia bowel, dan konstipasi. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

3) Pola Aktivitas dan Istirahat.

Pada pasien dengan gangguan mobilitas juga adanya kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan anggota gerak, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), kekuatan otot berkurang, mengalami gangguan koordinasi, dan mudah lelah. Hal ini disebabkan otak manusia terdiri atas beberapa bagian-bagian besar yang disebut hemisfer, dan terdapat 2 hemisfer yaitu hemisfer kanan dan kiri. Fungsi tubuh bagian kanan dikendalikan oleh hemisfer kiri sedangkan tubuh bagian kiri dikendalikan oleh hemisfer kanan sehingga bila terjadi gangguan akan menyebabkan hemiplegi atau hemiparesis. Terjadinya penurunan kekuatan otot disebabkan oleh kurangnya kontraksi otot akibat terhambatnya suplai aliran darah ke otak belakang dan otak tengah, sehingga dapat menghambat hantaran jaras-jaras utama antara otak dan medula spinalis (Sukawana et al, 2015). Hal inilah yang menyebabkan gangguan neuromuskular pada pasien gangguan mobilitas fisik dengan stroke non hemoragik.

Tanda : Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegi/hemiparesis), tidak dapat melakukan ADL nya secara mandiri maka dari itu penting melakukan pengkajian *activity of dailiy living* (ADL) untuk mengetahui tingkat ketergantungan, yaitu seberapa bantuan itu diperlukan dalam aktivitas sehari-hari.

Dalam penilaian skala ketergantungan dapat dilakukan seperti pada tabel berikut :

Tabel 2. 2 Skala ketergantungan

AKTIFITAS	KETERANGAN				
	0	1	2	3	4
Bathing					
Toileting					
Eating					
Moving					
Ambulasi					
Walking					

Keterangan :

0= Mandiri/ tidak tergantung apapun

1= dibantu dengan alat

2= dibantu orang lain

3= Dibantu alat dan orang lain

4= Tergantung total

4) Pola Tidur dan Istirahat

Mudah lelah, namun biasanya lebih banyak tidur dan istirahat karena semua sistem tubuh akan mengalami penurunan kerja

5) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

6) Pola Persepsi Dan Konsep Diri

Konsep diri merupakan pandangan individu tentang dirinya yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi berdasarkan reaksi orang lain terhadap dirinya. Konsep diri terbagi menjadi dua aspek yaitu fisik diri dan personal diri. Fisik diri adalah pandangan individu

tentang kondisi fisiknya yang meliputi atribut fisik, fungsi tubuh, seksual, status sehat dan sakit, dan gambaran diri. Personal diri adalah pandangan individu tentang karakteristik diri, ekspresi, nilai yang meliputi konsistensi diri, ideal diri, dan moral etika

g. Pemeriksaan Fisik (Amanda, 2018)

Pada pemeriksaan fisik klien biasanya menggunakan teknik pengkajian per sistem, sama seperti pada pemeriksaan medical bedah lainnya, meliputi :B1 (*Breathing*), B2 (*Bleeding*), B3 (*Brain*), B4 (*Bladder*), B5 (*Bowel*), B6 (*Bone*) yakni sebagai berikut :

1) B1 (*Breathing*)

Pada klien dengan kesadaran komposmentis tidak didapatkan kelainan. Jika klien dengan batuk didapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Untuk auskultasinya didapatkan bunyi napas tambahan seperti ronkhi. Pada tahap palpasi nadi didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri.

2) B2 (*Blood*)

Pada sistem kardiovaskuler biasanya didapatkan syok hipovolemik, tekanan darah tinggi, yaitu lebih dari 200 mmHg.

3) B3 (*Brain*)

a) Pengkajian tingkat kesadaran

Kesadaran yang sehat dan adekuat dikenal sebagai kewaspadaan, yaitu aksi dan reaksi terhadap apa yang diserap (dilihat, didengar, dihidu, dikecap, dan seterusnya). Kesadaran saat suatu aksi sama

sekali tidak di balas dengan suatu reaksi dikenal sebagai koma.

Keasadaran komposmentis dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15-14, kesadaran apatis dengan nilai GCS 13-12, kesadaran delirium dengan nilai GCS 11-10, kesadaran somnolen dengan nilai GCS 9-7, kesadaran sopor dengan nilai GCS 6-5, kesadaran semi koma atau koma ringan dengan nilai GCS 4, dan yang terakhir kesadaran koma dengan nilai GCS 3.

b) Pengkajian fungsi serebral.

Pada pengkajian *hemires*, pasien dengan stroke hemisfer kanan akan didapatkan hemiparese pada sebelah kiri tubuh sedangkan pada pasien dengan stroke *hemifer* kiri akan mengalami hemiparese kanan.

c) Pengkajian saraf kranial.

Pada pengkajian saraf kranial *nervus olfaktori* (nervus I) akan didapatkan gangguan hubungan visual-spasial pada pasien dengan hemiplegia kiri. Kemudian, pada *nervus asesoris* (nervus XI) tidak didapatkan atrofi otot *sternokleidomartoides* dan *trapezius*.

d) Pengkajian sistem motorik.

Pada pengkajian inspeksi umum akan didapatkan hemiplegia yang dikarenakan lesi pada sisi otak yang berlawanan. Tanda yang lain adalah hemiparesis. Kemudian, fasikulasi (otot berkedut/kontaksi kecil) akan didapatkan pada otot-otot ekstremitas. Pada penilaian kekuatan otot sendiri menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit dan akan didapatkan

tingkat 0 atau dibawah 5 . Koordinasi dan keseimbangan mengalami gangguan akibat hemiparese dan hemiplegia. Penilaian rentang gerak sendi tertentu dilakukan setelah pemeriksaan di atas. Perawat harus menyadari sendi yang meradang atau arthritis mungkin nyeri. Gerakkan sendi dengan perlahan-lahan. Pada kondisi normal sendi harus bebas dari kekakuan, ketidakstabilan, pembengkakan, atau inflamasi.

Tabel 2. 3 Penilaian Kekuatan Otot

Tingkat	Kekuatan Otot
0	Paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot
1	Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi
2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi
3	Selain dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa
4	Kekuatan otot seperti pada tingkat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan
5	Kekuatan otot normal

e) Pengkajian sistem sensorik.

Pasien dapat mengalami hemihipestasi, yaitu ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat berupa kehilangan proprioepsi serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Wilkinson, Nancy, Ehern, 2011).

4) B4 (*Bladder*)

Pasien mungkin mengalami inkontinesia urine sementara yang dikarenakan konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan serta ketidakmampuan mengendalikan kandung kemih dikarenakan kontrol motorik dan postural. Inkontinesia urine yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas.

5) B5 (*Bowel*)

Pada pasien akan didapatkan keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah pada fase akut. Terjadi konstipasi pada pola defeksasi akibat penurunan peristaltik usus. Inkontinesia alvi yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologis yang luas.

6) B6 (*Bone*)

Disfungsi motorik yang umum terjadi adalah hemiplegia dikarenakan lesi pada sisi otak yang berlawanan dan hemiparesis.

h. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan radiologi

- a) CT scan: Pemeriksaan ini untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikel otak (Anania, Pamela C. et.al, 2011). Otak terdiri atas lobus yang mana bila terjadi gangguan dari pembuluh darah otak yang memberikan pasokan darah ke lobus tertentu akan menyebabkan kelainan sesuai dengan fungsi lobus, seperti pada gangguan peredaran darah di lobus frontalis dan parietal yang akan menyebabkan gangguan gerak atau kelemahan otot dan kebas pada kulit. Bila gangguan terdapat di serebelum maka akan

terjadi gangguan gerak dan koordinasi serta keseimbangan (Elim, Tubagus, Ali, 2016)..

- b) MRI : Pemeriksaan ini untuk menunjukkan daerah mana yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteriovena (Anania, Pamela C et.al, 2011).

2) Pemeriksaan laboratorium

- a) Fungsi lumbal: Menunjukkan adanya tekanan normal dan cairan tidak mengandung darah atau jernih.
- b) Pemeriksaan darah rutin
- c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
- d) Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- e) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2. Diagnosis Keperawatan

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

Diagnosis yang akan muncul pada kasus Gangguan Mobilitas Fisik dengan Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam TIM Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

meliputi :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, neuromuskular, efek agen farmakologis, program pembatas gerak, nyeri, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan persepsi sensori dibuktikan dengan dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak ROM menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (D.0054)

Kategori : Fisiologis

Sub kategori : Aktivitas/istirahat.

- 1) Definisi : Keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko stroke (D.0017)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077)
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)

- f. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu atau melihat (D.0085)
- g. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun(D.0143).
- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D. 0119)

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses keperawatan untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah, atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Suatu perencanaan yang tertulis dengan baik akan memberi petunjuk dan arti pada asuhan keperawatan karena perencanaan adalah sumber informasi bagi semua yang terlibat dalam asuhan keperawatan pasien. Rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, diharapkan dapat mencapai tujuan sehingga mendukung dan mencapai status kesehatan pasien secara efektif dan efisien (Induniasih dan Hendarsih, 2016). Menurut PPNI, 2018 bahwa intervensi yang dilakukan pada diagnosa yang mungkin muncul pada kasus gangguan mobilitas fisik dengan stroke non hemoragik sebagai berikut :

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan																					
1.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, neuromuskular, efek agen farmakologis, program pembatas gerak, nyeri, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan persepsi sensori dibuktikan dengan dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak ROM menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (D.0054) SDKI 2017, hal 124</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: Mobilitas Fisik : L.05042 Hal.65</p> <table border="1" data-bbox="869 483 1326 943"> <thead> <tr> <th>KriteriaHasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kecemasan</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Kaku sendi</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> </tbody> </table>	KriteriaHasil	Awal	Target	Pergerakan ekstremitas	1 Menurun	5 Meningkat	Kekuatan otot	1 Menurun	5 Meningkat	Rentang gerak	1 Menurun	5 Meningkat	Kecemasan	1 Meningkat	5 Menurun	Kaku sendi	1 Meningkat	5 Menurun	Gerakan tidak terkoordinasi	1 Meningkat	5 Menurun	<p>Dukungan Ambulasi (I.05173) <i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu mis. pagar tempat tidur - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan maksud dan tujuan melakukan mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mis. Duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan fisioterapi terkait latihan rentang gerak
KriteriaHasil	Awal	Target																						
Pergerakan ekstremitas	1 Menurun	5 Meningkat																						
Kekuatan otot	1 Menurun	5 Meningkat																						
Rentang gerak	1 Menurun	5 Meningkat																						
Kecemasan	1 Meningkat	5 Menurun																						
Kaku sendi	1 Meningkat	5 Menurun																						
Gerakan tidak terkoordinasi	1 Meningkat	5 Menurun																						
2.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko stroke (D.0017) SDKI 2017, hal 51</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi Serebral : L.02014 Hal.86</p>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) <i>Observasi:</i></p>																					

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Agitasi</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah rata-rata</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah diastolik</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Sakit kepala	1 Meningkat	5 Menurun	Agitasi	1 Meningkat	5 Menurun	Tekanan darah rata-rata	1 Memburuk	5 Membaik	Tekanan darah sistolik	1 Memburuk	5 Membaik	Tekanan Darah diastolik	1 Memburuk	5 Membaik	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor status pernapasan <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler - Pertahankan suhu tubuh normal <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dieuretik osmosis, jika perlu
Kriteria Hasil	Awal	Target																				
Sakit kepala	1 Meningkat	5 Menurun																				
Agitasi	1 Meningkat	5 Menurun																				
Tekanan darah rata-rata	1 Memburuk	5 Membaik																				
Tekanan darah sistolik	1 Memburuk	5 Membaik																				
Tekanan Darah diastolik	1 Memburuk	5 Membaik																				
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077) SDKI 2017, hal 172	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri : L.08066 Hal.145</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi Nadi</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Keluhan Nyeri	1 Meningkat	5 Menurun	Meringis	1 Meningkat	5 Menurun	Gelisah	1 Meningkat	5 Menurun	Frekuensi Nadi	1 Memburuk	5 Membaik	Tekanan Darah	1 Memburuk	5 Membaik	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Monitor skala nyeri <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 	
Kriteria Hasil	Awal	Target																				
Keluhan Nyeri	1 Meningkat	5 Menurun																				
Meringis	1 Meningkat	5 Menurun																				
Gelisah	1 Meningkat	5 Menurun																				
Frekuensi Nadi	1 Memburuk	5 Membaik																				
Tekanan Darah	1 Memburuk	5 Membaik																				

			<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 																		
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019) SDKI 2017, hal 56	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Status Nutrisi : L.03030 Hal.121</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porsi makanan yang dihabiskan</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot pengunyah</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot menelan</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td>1 Memburuk</td> <td>5 Membaik</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Porsi makanan yang dihabiskan	1 Menurun	5 Meningkat	Kekuatan otot pengunyah	1 Menurun	5 Meningkat	Kekuatan otot menelan	1 Menurun	5 Meningkat	Nafsu makan	1 Memburuk	5 Membaik	Frekuensi makan	1 Memburuk	5 Membaik	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
Kriteria Hasil	Awal	Target																			
Porsi makanan yang dihabiskan	1 Menurun	5 Meningkat																			
Kekuatan otot pengunyah	1 Menurun	5 Meningkat																			
Kekuatan otot menelan	1 Menurun	5 Meningkat																			
Nafsu makan	1 Memburuk	5 Membaik																			
Frekuensi makan	1 Memburuk	5 Membaik																			
5.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129) SDKI 2017, Hal 282	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil: Integritas Kulit dan Jaringan : L.14125 Hal.33</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target				<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau). - Monitor tanda-tanda infeksi (rubor, calor, tumor, dolor, fungsiolesa) <p><i>Terapeutik:</i></p>												
Kriteria Hasil	Awal	Target																			

			<table border="1"> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Pigmentasi Abnormal</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> </table>	Kerusakan lapisan kulit	1 Meningkat	5 Menurun	Nyeri	1 Meningkat	5 Menurun	Perdarahan	1 Meningkat	5 Menurun	Kemerahan	1 Meningkat	5 Menurun	Pigmentasi Abnormal	1 Meningkat	5 Menurun	<ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan luka dengan cairan NACL 0.9% sesuai kebutuhan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik seteril saat perawatan luka <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga
Kerusakan lapisan kulit	1 Meningkat	5 Menurun																	
Nyeri	1 Meningkat	5 Menurun																	
Perdarahan	1 Meningkat	5 Menurun																	
Kemerahan	1 Meningkat	5 Menurun																	
Pigmentasi Abnormal	1 Meningkat	5 Menurun																	
6.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu atau melihat (D.0085) SDKI 2017, Hal 190	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: Persepsi Sensori: L.090883 Hal. 93</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi melihat bayangan</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	1 Menurun	5 Meningkat	Verbalisasi melihat bayangan	1 Menurun	5 Meningkat	Konsentrasi	1 Menurun	5 Meningkat	<p>Meminimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri atau kelelahan) <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi stimulus lingkungan - Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Kolaborasi pemberian obat yang</p>				
Kriteria Hasil	Awal	Target																	
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	1 Menurun	5 Meningkat																	
Verbalisasi melihat bayangan	1 Menurun	5 Meningkat																	
Konsentrasi	1 Menurun	5 Meningkat																	

			mempengaruhi persepsi stimulus.															
7.	Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun (D.0143) SDKI 2017, Hal 306	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Jatuh: L.04138 Hal. 140	Pencegahan Jatuh (I.14540) <i>Observasi:</i> - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun) - Hitung risiko jatuh (mis. Fall morse scall atau humpty dumpty) <i>Terapeutik:</i> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam kondisi terkunci - Pasang handraill tempat tidur - Gunakan alat bantu berjalan (mi. Kursi roda, walker) <i>Edukasi:</i> - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat dipindahkan</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Jatuh dari tempat tidur	1 Meningkat	5 Menurun	Jatuh saat berdiri	1 Meningkat	5 Menurun	Jatuh saat dipindahkan	1 Meningkat	5 Menurun				
Kriteria Hasil	Awal	Target																
Jatuh dari tempat tidur	1 Meningkat	5 Menurun																
Jatuh saat berdiri	1 Meningkat	5 Menurun																
Jatuh saat dipindahkan	1 Meningkat	5 Menurun																
8.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D. 0119) SDKI 2017, Hal 264	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: Komunikasi verbal: L.13118 Hal. 49	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492) <i>Observasi:</i> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara - Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara <i>Terapeutik:</i> - Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar atau huruf, isyarat tangan) - Ulangi apa yang disampaikan pasien															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1 Menurun</td> <td>5 Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Afasia</td> <td>1 Meningkat</td> <td>5 Menurun</td> </tr> <tr> <td>Disfasia</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Kemampuan berbicara	1 Menurun	5 Meningkat	Kontak mata	1 Menurun	5 Meningkat	Afasia	1 Meningkat	5 Menurun	Disfasia	1	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target																
Kemampuan berbicara	1 Menurun	5 Meningkat																
Kontak mata	1 Menurun	5 Meningkat																
Afasia	1 Meningkat	5 Menurun																
Disfasia	1	5																

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Supratti & Ashriady, 2018).

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual) kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan (Supratti & Ashriady, 2018).

Komponen yang terdapat pada implementasi adalah :

- a. Tindakan observasi Tindakan observasi yaitu tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien.
- b. Tindakan terapeutik Tindakan terapeutik adalah tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien.
- c. Tindakan edukasi Tindakan edukasi merupakan tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien merawat dirinya dengan membantu klien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah.
- d. Tindakan kolaborasi Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya seperti dokter, analis, ahli gizi, farmasi.

Adapula implementasi yang dilakukan pada masalah prioritas gangguan mobilitas fisik adalah :

Observasi:

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Terapeutik:

- 1) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu mis. pagar tempat tidur
- 2) Memfasilitasi melakukan pergerakan
- 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan maksud dan tujuan melakukan mobilisasi (ROM)
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mis. Duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi dengan fisioterapi terkait latihan rentang gerak

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas tindakan perawat untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan terhadap

pasien evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di berikan (Andi Parellangi 2017).

Terdapat dua jenis evaluasi menurut (Fitrianti, 2018):

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan:

- 1) S (subjektif) yaitu Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (objektif) yaitu Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) yaitu Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) yaitu Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

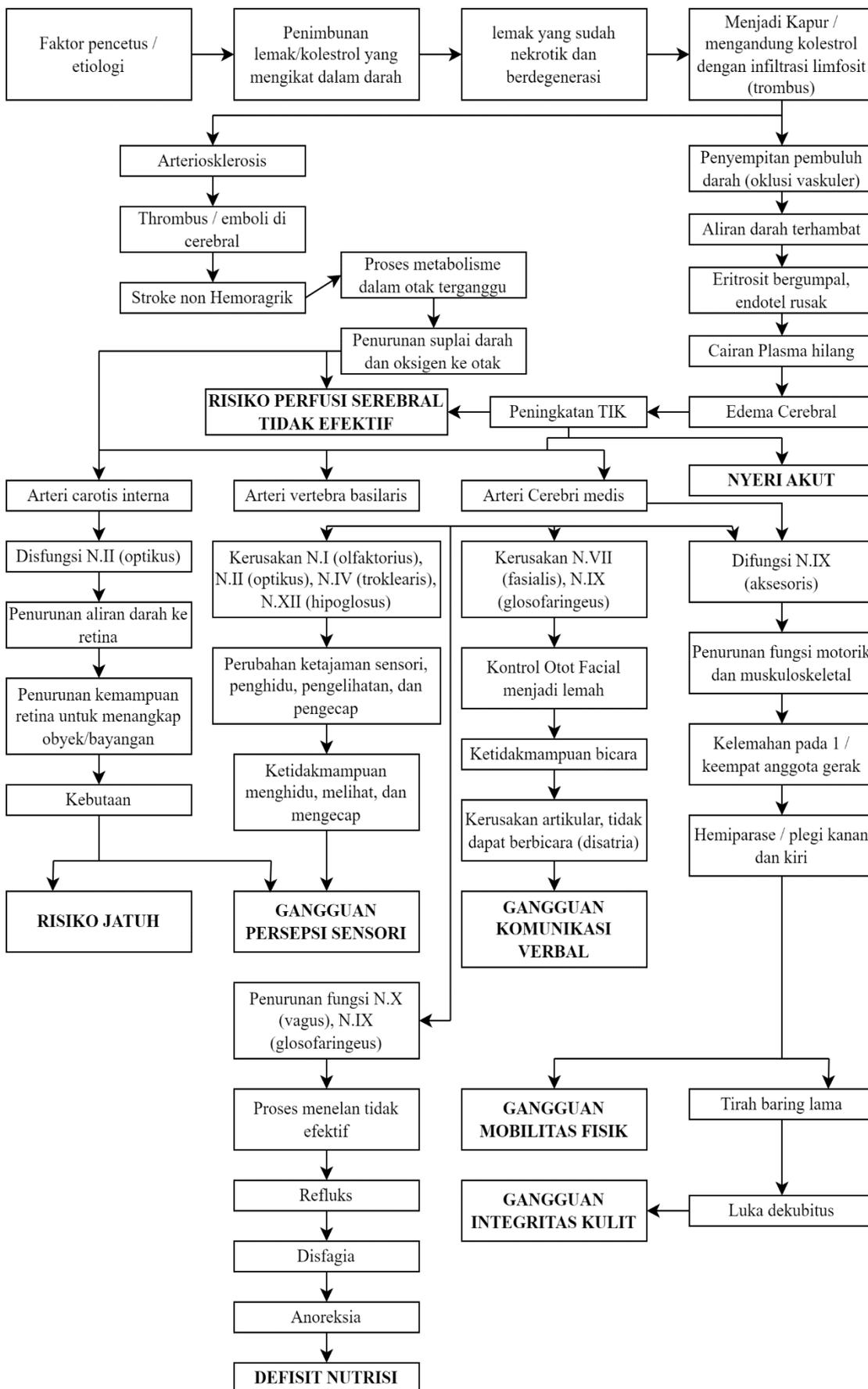
b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang

telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali

A. Web Of Cautional Stroke Non Hemoragik



C. Analisis Jurnal Range Of Motion (ROM)

Tabel 2. 5 *Literatur Review*

No.	Judul	Jurnal	Populasi/ Pasien	Intervensi	Comparasion	Outcome	Time/ Lama Penelitian
1.	Penerapan Latihan Range of Motion (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke	https://doi.org/10.36590/jika.v2i2.48 Jurnal Ilmiah Kesehatan Volume 2, No. 2 Agustus 2020 Peneliti: Agusrianto, Nirva Rantesigi Metode: Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus	Pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan kelumpuhan ekstremitas di ruang Neuro Stroke Center RSUD Poso sejumlah 1 pasien	Pasien diberikan terapi ROM pasif, dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore selama 15-20 menit untuk meningkatkan kekuatan otot kemudian selanjutnya akan di evaluasi pada hari terakhir kekuatan otot setelah dilakukan ROM.	Tidak ada kelompok pembanding.	Hasil evaluasi setelah enam hari penerapan latihan ROM pasif didapatkan ada peningkatan kekuatan otot yang dicapai yaitu pada ekstremitas kanan atas/bawah dari semula skala 2 naik menjadi skala 3 yang artinya dapat mengangkat tangan dan kaki tetapi tidak dapat melawan gaya gravitasi dan pada ekstremitas kiri atas/bawah dari semula skala 0 menjadi skala 1 yang artinya hanya dapat menggerakkan jari-jari tangan dan kaki.	25-30 Juni 2020
2.	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Kebutuhan Mobilitas fisik pada Pasien Stroke Non	https://journal.poltekkes-mks.ac.id/ojs2/index.php/mediakperawatan/article/download/155/5/pdf Vol 3, No 2,	Pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik	Pasien dilakukan anmnesis , pemeriksaan fisik, kemudian diberikan asuhan keperawatan yakni selama 3 hari. Adapula intervensi yang dilakukan sesuai kondisi pasien yaitu mobilisasi, latihan rentang	Tidak ada kelompok pembanding.	Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan yakni ROM selama 3x24 jam pada kedua pasien dengan gangguan mobilitas fisik, pasien mengalami peningkatan kemampuan	Juni 2019

	Hemoragik di RSKD Makassar	<p><u>2020</u></p> <p>Peneliti: Nurshiyam, Muhammad Ardi, Muhammad Basri</p> <p>Metode: Penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan menggunakan desain studi kasus</p>	Sebanyak 2 pasien.	gerak (Range of Motion) dan bantuan perawatan diri.		mobilitas dan kekuatan otot walaupun kedua pasien memiliki hasil yang berbeda. Pada pasien pertama kekuatan otot meningkat menjadi 2 sedangkan pada pasien kedua kekuatan otot lengan dan tungkai kanan masih 1.	
3.	A randomized controlled clinical trial of the effects of range of motion exercises and massage on muscle strength in critically ill patients	<p>https://doi.org/10.1186/s13102-022-00489-z Tahun 2022</p> <p>Peneliti: Elham Rahiminez D, Mehdi Sadeghi, Mehdi, Ahmadinejad, Mahlaga Dehghan</p> <p>Metode: Penelitian yang</p>	Pasien yang dirawat di ICU sebanyak 109 orang (35 kelompok kontrol, 38 kelompok pijat, dan 36 kelompok ROM)	Pasien akan diberikan posisi supinasi dan peneliti berada dekat tubuh pasien. Kemudian diberikan latihan ROM disesuaikan dengan kondisi pasien baik aktif maupun pasif. ROM diberikan dimulai dari ekstremitas atas yakni gerakan : fleksi, ekstensi, abduksi bahu, fleksi dan ekstensi siku, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, sendi ibu jari dan jari. Sedangkan latihan ROM pada ekstremitas	Terdapat kelompok pembandingan yakni kelompok kontrol, kelompok pijat, dan kelompok ROM	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa latihan ROM dan pijat dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kekuatan otot pasien yang dirawat di Intensive Care Unit (ICU). Hal ini dikarenakan pasien yang dirawat di ICU tidak dapat bergerak dalam waktu yang lama yang mengakibatkan otot menjadi lemah dalam waktu yang lama	2020

		digunakan adalah randomized clinical trial		bawah meliputi fleksi dan ekstensi lutut, dorsofleksi pergelangan kaki, fleksi plantar.			
4.	Passive Mobilisation of the shoulder in subacute stroke patients with persistent arm paresis : A randomised multiple treatments trial	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8905406/pdf/SAJP-78-1589.pdf 2022</p> <p>Peneliti: Anke van Bladel, Ann Cools, Marc Michielsen, Kristine Oostra, Dirk Cambier</p> <p>Metode: A randomised multiple treatment design</p>	Pasien yang mengalami kelemahan lengan atas sebanyak 11 orang	Setiap peserta menjalani tiga teknik yang berbeda. Teknik 1 adalah gabungan mobilisasi jaringan lunak sendi bahu pada bidang skapula. Teknik 2 adalah mobilisasi skapula (segala arah). Teknik 3 mobilisasi angular glenohumeral ke segala arah sendi bahu dengan abduksi bahu dan rotasi pada bidang frontal. Teknik 1 dan 3 dilakukan dengan posisi pasien terbaring dan telentang dan sebagai intervensi kontrol. Teknik 2 dilakukan dengan pasien berbaring miring. Kemudian setelah dilakukan PROM bahu, diukur menggunakan goniometer manual dengan pasien berbaring telentang. Derajat maksimal PROM dicatat untuk fleksi, abduksi, rotasi eksternal dan internal sendi bahu.	Tidak ada kelompok pembanding.	Latihan mobilisasi pada pasien stroke dengan kelemahan lengan atas meningkatkan rotasi eksternal bahu ($p=0,006$). Peningkatan rata-rata $6,82^0$. sementara pada dua teknik lainnya rotasi eksternal pasif menurun (mobilisasi scapular -7.27^0 dengan sudut mobilisasi $11,72^0$)	Tahun 2020

5.	Effect of Aerobic Versus Anaerobic Exercise on Quality of Life in Stroke Patients	https://www.researchgate.net/profile/Mai-Mohamed-Gamal-Mahrous/publication/356646349_Effect_of_Aerobic_Versus_Anaerobic_Exercise_on_Quality_of_Life_in_Stroke_Patients/links/61a69220743d9629db28fe0d/Effect-of-Aerobic-Versus-Anaerobic-Exercise-on-Quality-of-Life-in-Stroke-Patients.pdf?origin=publication_detail International Journal of Human Movement and Sports Science Peneliti : Mahmoud Y. Elzanaty, Mai M. Gamal. Gehan M.	Pasien dengan hemiparetic sebanyak 30 pasien.	Pasien dibagi atas 3 kelompok. Kelompok A,B, dan kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol diberikan terapi fisik tradisional dengan melakukan ROM pasif untuk mengencangkan otot-otot tungkai atas dan bawah. Sedangkan pada kelompok A diberikan latihan aerobik dengan berjalan kaki, dan kelompok B diberikan latihan anaerobik dengan gerakan squat, push up, berjinjit dan gerakan duduk-berdiri.. Masing-masing latihan dilakukan tiga kali dalam seminggu selama delapan minggu dengan waktu 50-60 menit	Membandingkan kelompok yang diberikan intervensi aerobik, anaerobik, dan ROM pasif.	Hasil yang didapatkan yakni terdapat peningkatan terhadap kekuatan fisik fungsional rentang gerak pasif daripada kelompok A, dan namun tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok aerobik dan anaerobik. Namun latihan aerobik dan anaerobik dapat digunakan sebagai metode yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke dan rentang gerak pasif sangat bermanfaat untuk mengencangkan otot-otot tungkai dan bawah pada pasien	2020
----	---	---	---	--	---	---	------

		Metode : A randomized controlled study, pre-test post-test					
--	--	---	--	--	--	--	--