

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Konsep Stroke

2. 1.1 Pengertian

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa stroke merupakan suatu kondisi yang mendadak dan serius pada otak, baik yang bersifat fokal ataupun menyeluruh, yang berlangsung ≥ 24 jam akibat terganggunya aliran darah ke otak. Stroke kerap mengakibatkan kecacatan, seperti kelumpuhan pada anggota gerak, gangguan bicara, kesulitan dalam berfikir, berkurangnya ingatan, serta sebagai bentuk kecacatan lain yang diakibatkan terganggunya fungsi otak (Amira & Trimona, 2020).

Cerebrovaskular accident yang umumnya dikenal sebagai stroke, merupakan cedera pada otak yang terjadi ketika pembuluh darah tersumbat atau ketika aliran darah tidak mencukupi, yang menyebabkan kematian jaringan atau pendarahan di dalam jaringan otak (Yudo, 2024). Stroke merupakan suatu kondisi yang mempengaruhi arteri yang memasok darah ke otak, stroke ini berlangsung saat pembuluh darah yang menuju otak terhalang oleh bekuan darah atau pecah. Ketika hal ini terjadi, bagian-bagian otak kehilangan pasokan oksigen yang penting, kemudian sel-sel pada otak mengalami disfungsi (American Heart Association, 2023).

Stroke infark merupakan stroke yang umum terjadi di masyarakat. hal ini diakibatkan oleh pasokan darah ke otak terhenti atau berkurang secara signifikan, yang menyebabkan disfungsi neurologis. Penyebab

utama stroke infark ini karena penyumbatan arteri otak karena bekunya darah atau plak aterosklerosis, ketika hal ini terjadi menyebabkan aliran darah ke otak terganggu, dimana kejadian tersebut dapat mengakibatkan kematian jaringan otak di area yang terkena (Diauddin et al., 2024).

2. 1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut American Heart Association (2023) stroke diklasifikasikan menurut penyebabnya menjadi :

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik atau biasa dikenal juga sebagai stroke infark jenis ini mencakup sekitar 85% dari seluruh kasus stroke, stroke iskemik yaitu gangguan saraf yang disebabkan karena infark serebral fokal ditandai dengan pembuluh darah yang tersumbat yang dapat memutuskan aliran darah ke sel-sel otak. Pembentukan timbunan lemak pada dinding pembuluh darah dapat menyebabkan penyumbatan jenis ini. Kondisi tersebut dikenal sebagai aterosklerosis, Stroke iskemik dampaknya terhadap kemampuan motorik sangat tergantung pada tempat dan luas area otak yang terdampak. Studi oleh Wu et al. (2023) menggunakan analisis fMRI longitudinal untuk meneliti perubahan dinamis dalam jaringan fungsional otak pada pasien stroke iskemik. Hasilnya menunjukkan bahwa pasien dengan pemulihan motorik yang baik memiliki pola rekrutmen dan fleksibilitas jaringan otak yang berbeda dibandingkan dengan mereka yang pemulihannya buruk,

menandakan bahwa reorganisasi jaringan otak berperan penting dalam pemulihan motorik

Stroke iskemik terbagi menjadi 2 jenis berdasarkan lokasinya yaitu (Utomo, 2022):

1. Stroke trombotik: yang disebabkan oleh pembentukan thrombus yang akhirnya menjadi gumpalan.
2. Stroke embolik: yang disebabkan oleh terhalangnya pembuluh arteri akibat penggumpalan darah..

b. Stroke Hemoragik

Hal ini diakibatkan rusaknya pembuluh darah yang lemah, yang kemudian mengakibatkan pendarahan pada daerah otak. Darah yang terkumpul ini memberikan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya. Jenis ini lebih jarang tetapi cenderung lebih fatal Studi oleh Wu et al. (2023) juga meneliti pasien dengan stroke hemoragik dan menemukan bahwa pasien dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi menunjukkan penurunan rekrutmen dan peningkatan integrasi antar jaringan otak, yang berkorelasi dengan gangguan motorik yang lebih parah. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan dalam dinamika jaringan otak dapat mempengaruhi pemulihan motorik pada pasien stroke hemoragik terdapat dua jenis stroke hemoragik:

1. perdarahan intraserebral, yang terjadi di dalam otak atau pendarahan langsung ke jaringan otak.

2. perdarahan subaraknoid, yang dapat terjadi di antara lapisan dalam dan luar jaringan.

2. 1.3 Etiologi

Berdasarkan Amira & Trimona (2020), penyebab yang dapat menyebabkan stroke adalah sebagai berikut:

1. Trombosis Serebral

Trombosis serebral timbul ketika pembuluh daerah tersumbat, hal ini menyebabkan iskemia pada jaringan otak, kondisi ini dapat menimbulkan pembengkakan dan penyumbatan pada area sekitarnya. Penyebab trombosis meliputi aterosklerosis, hiperkoagulabilitas akibat polisitemia, radang arteri (arteritis) dan emboli.

2. Hemoragi (Pendarahan)

Pendarahan di dalam otak, yang juga dikenal sebagai pendarahan intraserebral, terjadi ketika perdarahan menuju ruang subaraknoid maupun ke jaringan otak karena robeknya pembuluh darah. Pembuluh darah yang robek ini umumnya disebabkan oleh penyakit arterosklerosis dan hipertensi. Jika di daerah otak terdapat pecahnya pembuluh darah, kemungkinan dapat mengakibatkan pembengkakan otak dan kompresi jaringan otak, yang dapat memicu infark serebral, edema dan mungkin herniasi otak.

3. Hipoksia Umum

Hipoksia umum sering kali terjadi karena beberapa faktor, termasuk tekanan darah tinggi yang parah, serangan jantung, atau berkurangnya curah jantung akibat gangguan ritme jantung, yang pada akhirnya menghambat pasokan darah ke otak.

4. Hipoksia Setempat

Hipoksia setempat dapat terjadi akibat spasme arteri serebral, umumnya menyertai pendarahan subaraknoid, atau akibat stenosis vaskular arteri serebral, yang sering menyebabkan sakit kepala atau migrain.

Faktor-faktor yang meningkatkan terjadi stroke dibagi menjadi dua kategori, yaitu risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi sebagai berikut:

1. Dapat dimodifikasi yaitu :

a) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan terbentuknya plak di dalam pembuluh darah, kondisi ini dikenal sebagai aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah. Akibatnya, aliran darah menuju otak menjadi berkurang (Yudha & Suidah, 2023).

b) Diabetes Melitus

Orang yang menderita diabetes melitus memiliki kemungkinan dua kali lipat untuk mengalami stroke dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki penyakit ini. Penyebabnya adalah

tingkat gula darah yang tinggi, yang bisa menyebabkan munculnya aterosklerosis (Iswanti et al., 2024)

- c) Gangguan Jantung (Miokardium infark)
- d) Hiperlepidemia
- e) Merokok
- f) Alkohol
- g) Pemakai Kokain
- h) Obesitas

2. Tidak dapat dimodifikasi yaitu:

- a) Keturunan

Risiko terjadinya stroke lebih tinggi pada seseorang yang mempunyai keturunan keluarga dengan riwayat stroke. Mereka yang memiliki riwayat stroke biasanya memiliki penyakit diabetes dan tekanan darah tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa ada kemungkinan faktor turunan stroke di dalam keluarga.

- b) Jenis Kelamin

Jenis Kelamin perempuan dan laki-laki, terdapat perbedaan penyakit stroke yang dialami oleh pria lebih sering dibandingkan dengan wanita. Dalam konteks ini, jenis kelamin juga memengaruhi kualitas kekuatan otot. Rata-rata, kekuatan otot pria lebih besar dibandingkan wanita, dengan wanita memiliki kekuatan sekitar dua pertiga dari pria karena adanya perbedaan dalam komposisi otot di dalam tubuh (Hermanto, 2021).

c) **Umur**

Sebagian besar kejadian stroke terjangkit pada individu yang memiliki usia lebih dari 50 th. Namun, pola hidup yang kurang sehat dapat menyebabkan serangan sebelum usia 50 tahun.

2. 1.4 Patofisiologi

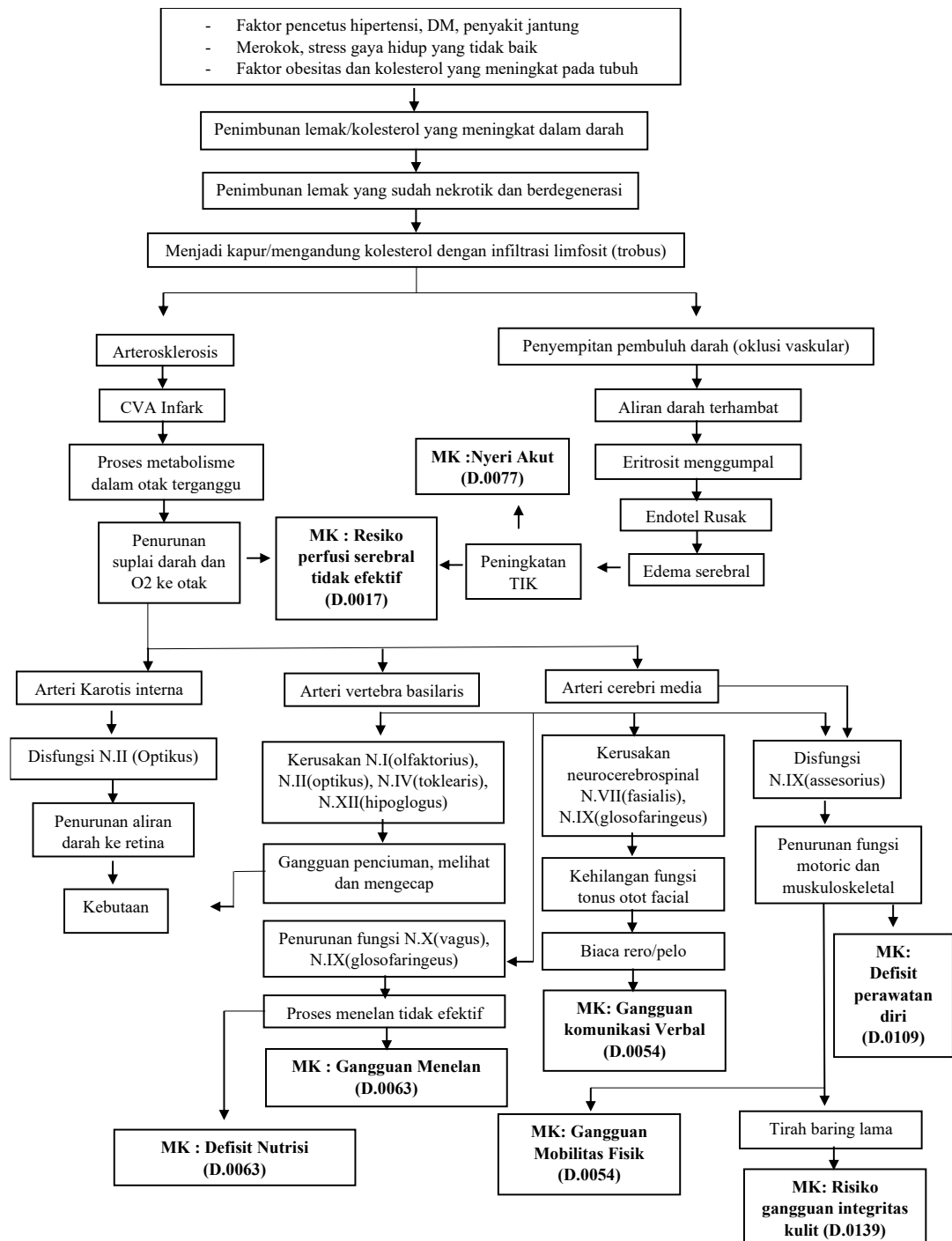
Gangguan neurologis yang muncul secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke area otak disebut stroke. Dua arteri karotis internal di bagian depan dan dua arteri vertebralis di bagian belakang (lingkaran Willis) mengatur pasokan darah ke otak. Stroke hemoragik terjadi karena adanya pendarahan atau pecahnya pembuluh darah, sementara stroke iskemik terjadi akibat kurangnya aliran darah dan oksigen yang sampai ke otak. Otak mengalami keadaan trombotik dan emboli akibat oklusi iskemik. Penyempitan arteri yang diinduksi aterosklerosis mengganggu aliran darah pada trombosis (Bersano & Gatti, 2023).

Trombus terbentuk dari penggumpalan platelet yang mengeras maupun fibrin di dalam aliran darah, yang dapat menyumbat pembuluh darah baik vena maupun arteri. Hal ini berpotensi menimbulkan iskemia serta kematian jaringan secara lokal. Trombus tersebut dapat lepas dari dinding pembuluh darah, dan kondisi ini dikenal sebagai tromboemboli. Trombosis dan tromboemboli memiliki peran yang signifikan dalam perkembangan stroke iskemik, karena lokasi trombosis sangat mempengaruhi jenis gangguan yang terjadi. Trombosis arteri dapat

mengakibatkan serangan jantung dan stroke, sementara trombosis vena dapat menyebabkan emboli di paru-paru. Trombosis arteri dapat dianggap sebagai salah satu masalah yang muncul akibat aterosklerosis, yang disebabkan oleh kerusakan pada plak aterosklerosis (Azzahra & Fitriyani, 2023).

Penumpukan plak pada akhirnya akan mengakibatkan penyempitan dan penggumpalan ruang pembuluh darah, yang berujung pada stroke trombotik. Emboli disebabkan oleh kurangnya suplai aliran darah menuju area otak saat terjadi stroke emboli; hal ini menimbulkan stress yang hebat serta kematian sel secara dini (nekrosis). Setelah terjadinya nekrosis, membran plasma menjadi rusak, organel mengalami pembesaran dan menumpahkan sinya ke ruang ekstraseluler, serta neuron berhenti bekerja (Bersano & Gatti, 2023).

Bagan 2. 1 Pathway Stroke infark



Sumber: SDKI tahun 2017 (dikutip dalam Haksara & Aliya, 2021)

2. 1.5 Tanda dan Gejala

Berdasarkan Ghofir & Press (2021) manifestasi klinis stroke menimbulkan efek yang berbeda tergantung berat dan ringannya difungsi neurologis yaitu :

- a. Separuh anggota tubuh pada wajah atau anggota gerak tubuh melemah (hemiparesis) secara tiba-tiba.
- b. Perubahan pada indera di satu atau lebih bagian tubuh (masalah hemisensorik).
- c. Penurunan pada kondisi mental (kejang, kebingungan, kantuk berlebihan, kehilangan kesadaran, atau keadaan tidak sadar).
- d. Afasia (komunikasi terganggu, kesulitan memahami kata-kata atau bicara tidak nyambung).
- e. Disartria (kesulitan dalam berbicara atau berbicara tidak jelas).
- f. Masalah penglihatan (pandangan kabur)
- g. Ataksia (masalah dalam koordinasi gerak dan keseimbangan tubuh).
- h. Pusing berputar, anoreksia, dan sakit kepala.

2. 1.6 Komplikasi

Berdasarkan penjelasan Retnaningsih (2023), pasien stroke yang berbaring dalam waktu lama dapat mengalami komplikasi yang berdampak pada kondisi fisik dan emosional, di antaranya yaitu:

- a. Bekuan darah (trombosis)

Pada kaki yang mengalami kelumpuhan, bekuan darah (trombosis) cenderung terbentuk dengan mudah, yang dapat menyebabkan

penumpukan cairan dan pembengkakan (edema). Kondisi ini juga dapat memicu terjadinya embolisme paru, yaitu bekuan darah yang terbentuk dalam salah satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Dekubitus

Luka tekan pada pasien stroke biasanya sering terjadi pada bagian tubuh seperti pinggul, bokong, sendi kaki, dan tumit. Jika terjadi memar ataupun kemerahan yang muncul tidak ditangani dengan baik, maka akan berlanjut menjadi ulkus dekubitus yang berisiko menginfeksi.

c. Pneumonia

Pada pasien stroke salah satu masalah yang dihadapi adalah ketidakmampuan untuk batuk dan menelan dengan baik. Kondisi ini dapat menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan berpotensi menimbulkan pneumonia.

d. Osteopenia dan osteoporosis

Pada pasien stroke hal ini dapat terjadi ditandai dengan penurunan densitas mineral tulang. Kondisi ini juga dapat terjadi akibat mobilitas dan kurangnya paparan sinar matahari.

e. Depresi dan efek psikologis

Depresi dan efek psikologis dapat muncul sebagai akibat dari kepribadian penderita atau faktor usia lebih lanjut. Sebanyak 25% pasien mengalami depresi mayor pada fase akut dan 31% lainnya

mengalami depresi dalam tiga bulan setelah stroke. Kejadian ini lebih umum ditemukan pada penderita hemiparesis kiri.

f. Inkontinensia dan konstipasi

Pada pasien stroke hal ini umumnya disebabkan oleh mobilitas, kurangnya asupan cairan, pola makan yang tidak memadai, serta efek dari penggunaan obat-obatan.

g. Spastisitas dan kontraktur

Hal ini biasanya terjadi mengikuti pola hemiplegi, disertai dengan rasa sakit pada bahu di sisi yang lemah. Kontraktur dan rasa sakit pada bahu-tangan (sindrom bahu-tangan) terjadi pada sekitar 27% dari pasien yang mengalami stroke..

Komplikasi yang mungkin sering terjadi pada pasien stroke cukup bervariasi, menurut Diontama et al. (2025) komplikasi fisik yang terlihat jelas meliputi nyeri, seperti hemiplegia bahu yang menghambat kegiatan sehari-hari dan menurunkan kualitas hidup, kelumpuhan ini menyebabkan hilangnya fungsi motorik, dan kesulitan berbicara dan menelan karena kerusakan saraf di area otak tertentu. Depresi setelah stroke juga sering ditemui pada pasien yang mengalami stroke, juga bisa mengalami gangguan kognitif dan ingatan.

2. 1.7 Pemeriksaan Penunjang

a. CT-Scan Kepala

CT-Scan merupakan pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan pada pasien stroke. Pemeriksaan ini sangat bermanfaat untuk

menentukan jenis serta lokasi stroke yang dialami pasien. Tujuan utama dari pemindaian CT-scan ini adalah guna memahami keterkaitan antara posisi lesi dan tampilan yang terlihat pada CT-scan yang tidak menimbulkan rasa sakit dan mampu memberikan data yang sangat tepat mengenai keadaan penyajiut pada organ yang dianalisis, sehingga mendukung dalam menetapkan diagnosis serta rencana perawatan selanjutnya (Mudzalifah, 2019).

b. *Magnetic Resonance maging* (MRI)

Pemeriksaan tambahan ini digunakan guna mengidentifikasi area yang mengalami serangan jantung, perdarahan, dan kelainan pada pembuluh darah (Isnainia et al., 2022).

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini mencakup beberapa jenis analisis. ini termasuk Pemeriksaan tingkat gula dalam darah, enzim jantung, elektrolit, analisis gas dalam darah, pemeriksaan hematologi menyeluruh, serta kadar urea dan kreatinin, *Activated Partial Thromboplastin Time* (aPRT) (Isnainia et al., 2022).

2. 1.8 Penatalaksanaan

Berdasarkan Hermanto (2021) intervensi yang dilakukan untuk penderita stroke meliputi:

1. Penatalaksanaan Medis:

- a) Pengawasan Tingkat gula darah, hiperglikemia, yaitu situasi ketika kadar glukosa dalam darah melebihi 180 mg/dl, pada

pasien dengan stroke akut perlu ditangani melalui titrasi insulin. Tujuan dari pengobatan ini adalah untuk mencapai kadar glukosa darah yang normal. Selain itu, perlu diperhatikan pula potensi hipoglikemia berat.

- b) Jika pasien merasa gelisah, pertimbangkan untuk menjalani terapi psikologi. Jika diperlukan, obat penenang seperti benzp diazepine dengan efek singkat atau profol.
- c) Pemberian obat penghilang rasa sakit dan anti mual sesuai dengan petunjuk dokter.
- d) Pemberian H2 antagonis, jika diperlukan (pendarahan lambung).
- e) Berhati-hatilah saat melakukan gerakan, suction atau saat memandikan, karena hal tersebut memungkinkan berdampak pada tekanan intrakranial
- f) Proses pergerakan dilakukan secara bertahap ketika kondisi sudah stabil, tidak sesak dan tekanan darah tidak tinggi.
- g) Kateterisasi ntermiten.

2. Fisioterapi

Kolaborasi dengan ahli fisioterapi, salah satunya adalah terapi stimulasi otot listrik atau *Transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS). TENS adalah suatu jenis teknologi dalam fisioterapi yang mampu memberikan rangsangan kepada pasien yang mengalami stroke dan juga berfungsi sebagai terapi untuk membantu mengurangi rasa sakit dengan mengontrol sistem pereda nyeri. TENS

dapat membantu kemampuan sensorimotor dan fungsional pasien stroke kronis. TENS merangsang sistem saraf melalui permukaan kulit dengan menggunakan energi listrik (Immanuel, 2022)

3. Cairan

- a) Memberikan cairan yang seimbang, seperti larutan garam 0,9%, untuk mempertahankan agar tidak terjadi hypovolemia. Pastikan tekanan vena sentral berada dalam rentang 5-12 mmHg.
- b) Pemenuhan kebutuhan cairan dialokasikan sebesar 30 ml/kg dalam sehari baik melalui jalur parenteral maupun enteral.
- c) Ukuran total produksi urine setiap hari digunakan untuk menghitung keseimbangan cairan. Setelah tu, estimasi kehilangan cairan yang tidak terdeteksi ditambahkan. Totalnya mencakup volume urine yang diproduksi, ditambahkan 500 mililiter untuk mengurangi cairan yang tidak terlihat. Jika pasien mengalami demam, ditambahkan pula 300 ml untuk setiap kenaikan satu derajat Celsius pada suhu tubuh pasien.
- d) Penting untuk selalu memantau serta memperbarui cairan elektrolit seperti natrium, kalium, kalsium, dan magnesium ketika ada kekurangan hingga nilai normalnya dicapai.
- e) Berdasarkan hasil pemeriksaan gas darah, asidosis dan alkalosis harus diperbaiki.

4. Nutrisi

- a) Nutrisi melalui saluran pencernaan perlu diberikan dalam rentang waktu 48 jam, sedangkan asupan makanan melalui mulut baru dapat dilakukan setelah tes menelan menunjukkan hasil yang baik.
- b) Jika ada masalah dalam menelan atau penurunan tingkat kesadaran, maka makanan akan diberikan melalui selang nasogastrik.
- c) Dalam keadaan akut, kalori yang dibutuhkan adalah 25–30 kkal /kg/hari, dengan kalori 30–40% karbohidrat dan 20–35% lemak. Jika ada gangguan pernapasan, persentase lemak dapat menjadi 35–55 persen, dan protein 20–30 persen. Pada keadaan stres, protein yang dibutuhkan adalah 1,4–2,0 g/kgBB per hari (pada gangguan fungsi ginjal kurang dari 0,8 g/kgBB per hari).

2. 2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke

2. 2.1 Pengkajian

Tahapan awal yang dilakukan dalam proses asuhan keperawatan, yang dilakukan secara berurutan dengan tujuan mengumpulkan berbagai data dari sumber guna menilai serta menetapkan kondisi pasien, biasa dikenal sebagai pengkajian. Tahapan ini segala bentuk informasi dikumpulkan secara teratur untuk menentukan keadaan kesehatan pasien, mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual. Tujuannya untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk membuat data dasar pasien. Proses ini

dilakukan perawat menggunakan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan informasi. Pencatatan yang menyeluruh mengenai kebutuhan pasien dapat meningkatkan kualitas perawatan (Tampubolon, 2020). Pengumpulan data dalam pengakajian pada pasien stroke yaitu:

a. Anamnesis

1. Identitas Pasien

Data identitas diri, alamat, gender, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, etnis, waktu, nomor rekam medik (RM), diagnose dokter adalah semua informasi pasien (Rhamadani et al., 2022).

2. Keluhan Utama

Keluhan penderita stroke biasanya lemah pada ekstremitas dari sebagian sisi tubuh, dengan keluhan susah menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot yang menurun, bicara pelo/tero dan penurunan tingkat kesadaran (Rhamadani et al., 2022).

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pasien stroke bisanya terdapat riwayat seperti hipertensi, obesitas, hiperlipidemia, diabetes mellitus, anemia, fibrasi atrium, penyakit jantung serta kebiasaan hidup yang kurang sehat seperti konsumsi rokok, minuman beralkohol, dan penggunaan obat terlarang (Isnainia et al., 2022).

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Memiliki riwayat hipertensi, stroke berulang, kolesterol tinggi, DM, gangguan jantung, anemia, cedera kepala, penggunaan jangka

panjang kontrasepsi oral, serta kondisi obesitas (Rhamadani et al., 2022).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Seseorang yang terlahir dengan riwayat keluarga stroke mempunyai risiko lebih tinggi mengalami stroke, sehingga faktor keturunan sangat penting (Isnainia et al., 2022).

6. Riwayat Psikososial

Biaya pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang diperlukan untuk stroke merupakan penyakit yang terbilang mahal, sehingga biaya dapat berdampak pada kestabilan emosi serta kondisi psikologis pasien dan anggota keluarganya (Retnaningsih, 2023).

b. Pola Kesehatan Fungsional

Menurut Rhamadani et al. (2022) terdapat pola kesehatan fungsional Gordon, yaitu :

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengkajian ini mengetahui pengetahuan pasien mengenai pola kesehatan dan cara mengontrol maupun mencegah masalah kesehatan.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Beberapa pasien stroke mengalami gangguan menelan yang ditandai dengan gejala seperti kehilangan nafsu makan, mual, muntah, dan kehilangan sensasi pada lidah, pipi, dan tenggorokan.

3. Pola eliminasi

Perubahan kebiasaan pola eliminasi seperti BAB dan BAK, seperti inkontinensia, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara bising usus yang menghilang.

4. Pola aktivitas dan Latihan

Pada pasien stroke yang mengalami kelemahan dan kelumpuhan pada separuh badannnya menyebabkan aktivitas pasien terganggu seperti perlu adanya bantuan toileting dan *personal hygiene*.

5. Pola istirahat dan tidur

Nyeri otot biasanya mengganggu tidur pasien stroke.

6. Pola kognitif perseptual sensori

Pada pasien stroke dengan pola kognitif yang terganggu akan mengalami nyeri pada kepala, gangguan penglihatan seperti kabur, hilangnya daya sensori pada bagian pada ekstremitas maupun pada wajah.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

Penderita stroke sering mengalami penurunan motivasi hidup dan merasa sedih karena merasa telah merepotkan orang-orang di sekitarnya.

8. Pola mekanisme koping

Biasanya, individu yang mengalami stroke didapatkan pola koping dan toleransi diri terganggu, dimana pasien merasa cemas, dan khawatir karena tidak bisa pulih seperti sedia kala.

9. Pola peran berhubungan dengan orang lain

Karena gangguan bicara, pasien stroke umumnya mengalami hambatan dalam berinteraksi atau berkomunikasi dengan orang lain.

10. Pola seksual reproduksi

Efek dari terapi stroke, termasuk penggunaan obat antikejut dan obat penurun tekanan darah, mengurangi gairah seksual pada pasien stroke, Obat antagonis histamin juga memberikan pengaruh terhadap pembuluh darah, sistem hormonal, neuromuskular, serta dipengaruhi oleh faktor usia.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Banyak faktor akan mempengaruhi pasien stroke, termasuk kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

c. Pemeriksaan Fisik

Menurut Yosep (2022) pemeriksaan fisik pada stroke alah:

1. Keadaan Umum

Pasien yang mengalami stroke biasanya mengalami penurunan tingkat kesadaran disertai gangguan berbicara, seperti bicara pelo atau tidak jelas. Tanda-tanda vital pada pasien umumnya

menunjukkan perubahan tertentu dengan tekanan darah yang tinggi.

2. Sistem pernafasan

Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, terdapat suara tambahan ronkhi, kemampuan batuk yang menurun umum ditemukan pada pasien stroke dengan kesadaran yang menurun hingga koma.

3. Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan kardiovaskuler pada pasien stroke sering kali mengalami syok hipovolemik, dengan tekanan darah yang tinggi.

4. Sistem Pencernaan

Pada pasien stroke kemungkinan mengalami inkontensia urine, gangguan pada urinal karena kerusakan kontrol, motorik dan postural, dalam hal ini pada pasien stroke biasanya dilakukan kateterisasi. Biasanya pada pasien stroke mendapatkan keluhan seperti mual muntah, nafsu makan yang menurun.

5. Sistem Persyarafan

1) Nervus (*Olfactorius*)

Pemeriksaan penciuman, penderita tidak menunjukkan adanya gangguan N. olfaktorius.

2) Nervus I (*Opticus*)

Pemeriksaan ini mencakup ketajaman penglihatan, visus 6/6 biasanya beberapa pasien stroke mengalami penurunan dalam penglihatannya.

3) Nervus II, V dan VI (*Okulomotorius, troklearis dan abducens*)

Nervus ini mensarafi semua bagian otot bola mata bagian luar kecuali otot muskulus lateralis, yang berfungsi menggerakkan bola mata ke arah lateral.

4) Nervus V (*Trigeminus*)

Umumnya pada penderita mampu menyebutkan lokasi usapan. Nervus ini yang mensarafi wajah dan otot pengunyah.

5) Nervus VII (*Vestibulococlear*)

Penderita stroke, umumnya bentuk alis tidak tampak asimetris dan masih mampu mengangkat alis. Beberapa pasien saat pasien tersenyum lebar terlihat tidak simetris, tergantung pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan.

6) Nervus X dan X (*Glosafaringeus dan Vagus*)

Mengetahui kemampuan menelan, kesulitan dalam membuka mulut, umumnya reflek menelan menurun.

7) Nervus XI (*Assesorius*)

Ovula yang terangkat biasanya menunjukkan ketidaksimetrisan dan condong ke sisi tubuh yang mengalami kelemahan.

8) Nervus XII (*Hipoglosus*)

Pada umumnya, pasien masih bisa menggerakkan lidah dan mengarahkan ke kiri serta kanan, tetapi ucapan yang dihasilkan tidak begitu jelas saat berbicara.

6. Sistem Integumen

Pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dengan tirah baring yang lama, kemungkinan pasien dapat menyebabkan risiko decubitus dan kulit lembab karena kurangnya *personal hygiene*.

7. Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien penderita stroke dengan disfungsi motoric seperti hemiplegia, hemiparesis pada sebagian tubuh, hal ini mengakibatkan masalah mobilitas fisik, dengan menurunnya kekuatan otot, pada pemeriksaan reflek pada Pada pasien stroke, ketika telapak kaki digores, biasanya tidak terjadi pengembangan jari-jari kaki atau menunjukkan respon refleksi Babinski yang abnormal (+)). Ketika reflek patella dilakukan, femur tidak menunjukkan kontraksi (reflek patella (+)).

Mengkaji dengan tes kekuatan otot menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT)

Tabel 2. 1 Skala Metode *Manual Muscle Testing* (MMT)

SKALA	KETERANGAN
0	Tidak terdapat sama sekali kontraksi maupun tonus otot
1	Tidak terdapat gerakan sama sekali namun hanya terdapat kontraksi maupun tonus otot
2	Terdapat gerakan namun tidak dapat melawan gaya gravitasi
3	Terdapat gerakan sendi serta mampu melawan gaya gravitasi namun belum bisa melawan tahanan
4	Mampu bergerak penuh melawan gaya gravitasi dan dapat melawan tahanan minimal
5	Tidak terpengaruh oleh hambatan dan dapat bergerak bebas dari gaya gravitasi.

Sumber: (Maljuliani et al., 2023)

8. Sistem Penglihatan

Pada pasien stroke biasanya mengalami penurunan melihat, pandangan kabur.

9. Wicara dan THT

Pada pasien stroke yang mengalami gangguan berbicara, biasanya pasien terlihat rero/pelo, bicara tidak lancar, pendengaran pada pasien biasanya mengalami penurunan.

2. 2.2 Diagnosa Keperawatan

Langkah kedua dalam proses keperawatan adalah diagnosa keperawatan. Ini menjelaskan bagaimana individu, keluarga, dan masyarakat bereaksi terhadap permasalahan kesehatan mereka saat ini atau

yang mungkin muncul, serta bagaimana perawat yang terlatih dapat menanganinya. Proses diagnosa keperawatan meliputi pemikiran yang rumit berdasarkan data dari pasien, keluarga, rekam medis dan penyedia layanan kesehatan lainnya (Tampubolon, 2020).

Penilaian klinis, atau yang disebut juga dengan diagnosis keperawatan, melibatkan pasien dalam menilai kondisi kesehatan atau peristiwa yang mereka alami. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk memahami bagaimana pasien, keluarga, serta komunitas bereaksi terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut SDKI tahun 2017 (dikutip dalam Haksara & Aliya 2021), diagnosa keperawatan yang umum ditemukan muncul pada pasien yang mengalami stroke yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot atau gangguan neuromuskular (D.0054).
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0119).
- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (D.0063).
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).

- g. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017).
- h. Risiko gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0139).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan dibuat, perencanaan dan tindakan perawatan dilakukan berdasarkan pengetahuan dan evaluasi klinis untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah dalam tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat guna mencapai tujuan atau hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan erat kaitannya dengan standar luaran keperawatan hal ini yang akan menjadi tolak ukur perawat dalam menetapkan kondisi kesehatan pasien dimana diharapkan dapat tercapai sesuai kriteria setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2022).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077) DS: 1. Mengeluh nyeri DO:	Setelah dilakukan intervensi selama ... x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: (SLKI L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri (SIKI .08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, ntensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	Observasi 1. untuk mengevaluasi keefektifan pengobatan yang diberikan 3. Mengetahui tingkat nyeri yang dialami pada pasien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
1. Tampak meringis	2. Meringis menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal	4. Untuk mengetahui ekspresi wajah pada pasien saat nyeri dirasakan muncul
2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi, menghindari nyeri)	3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri dentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	5. Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan nyeri yang dirasakan pasien 6. Dapat mnegurangi nyeri dirasakan pasien 7. Untuk mengetahui apakah terapi komplementer berpengaruh pada pasien atau tidak
3. Gelisah		7. Indentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	8. Guna kenyamanan pada pasien
4. Frekuensi nadi meningkat		Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik majinasi terbimbing,	Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kenyamanan serta mengurangi nyeri yang dirasakan dengan terapi nonfarmakologis 2. Untuk kebutuhan tidur pasien terpenuhi
5. Sulit tidur			

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi	3. Dapat memfasilitasi dan mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien 4. Agar pasien dapat menghindari sumber nyeri Edukasi 1. Agar pasien mengetahui pemicu nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien mengetahui strategi apa yang akan dilakukan untuk meredakan nyeri 3. Agar pasien terlatih dalam memonitor nyeri 4. Agar pasien mengatui penggunaan obat yang benar dan tepat 5. Agar pasien terlatih dalam menggunakan Teknik nonfarmakologi secara mandiri Kolaborasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	6. Pemberian analgetik dengan tujuan untuk meningkatkan penyembuhan
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054) DS: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil : (SLKI L.05042) 1. Pergerakan ektermis meningkat 2. Kekuatan otot Meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Kaku Sendi Menurun 5. Kelemahan Fisik Menurun	Dukungan Mobilisasi (SIKI .05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Montor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat	Observasi 1. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan pasien atau keluhan yang memperberat pasien dalam melakukan mobilisasi 2. Mengetahui tingkat kemandirian pasien 3. Mengetahui dan menjaga nilai normal saat melakukan mobilisasi 4. Menjaga kestabilan keadaan umum pasien selama pergerakan Terapeutik 1. Memenuhi aktivitas dengan alat bantu

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		bantu	2. Untuk
		2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i>	meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
		3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3. Meningkatkan kemandirian keluarga pasien
		Edukasi	Edukasi
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	1. Untuk
		2. Anjurkan melakukan mobilisasi	2. memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi pasien
		3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	3. Melatih kekuatan otot
			4. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan mobilisasi
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119) DS : 1. Tidak ada DO:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118)	Promosi Komunikasi: Defisiit Bicara (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.	Observasi 1. Menentukan gangguan komunikasi pada pasien 2. Mempelajari proses kognitif, abatomis, dan fisiologis saat berbicara

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
1. Tidak mampu berbicara atau mendengar	1. Kesesuaian ekspresi	2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	3. Memahami komunikasi melalui perilaku, emosional, dan fisik
2. Menunjukkan respon tidak sesuai	2. wajah/tubuh meningkat 3. Pelo menurun 4. Gagap menurun	3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Terapeutik 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, syarat tangan, dan komputer) 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri didepan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu	Terapeutik 1. Untuk membantu pasien berkomunikasi dengan orang lain 2. Mengkonfirmasi apa yang mereka katakan 3. Membantu memenuhi kebutuhan pasien 4. Meningkatkan kemampuan pasien dalam berbicara secara lisan 5. Membantu meningkatkan kesehatan pasien Edukasi 1. Meningkatkan kemampuan bicara pasien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindariteriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	dengan berbicara perlahan sesuai kemampuan.
		2. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit pasien.	
		3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
		4. Ulangi apa yang disampaikan pasien	
		5. Berikan dukungan psikologis	
		Edukasi	
		1. Anjurkan berbicara perlahan	
		2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan	

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063) DS: 1. Mengeluh sulit menelan DO: 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: (SLKI L.06052) 1. Refleks menelan membaik 2. Frekuensi tersedak menurun 3. Batuk menurun	Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI .11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, <i>jika perlu</i> Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat	Observasi 1. Dapat mengetahui nutrisi yang harus diberikan kepada pasien 2. Mengidentifikasi kemampuan menelan pasien dan pengobatannya 3. Untuk mengidentifikasi apakah pasien mengalami kekurangan cairan atau tidak Terapeutik 1. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat makan 2. Membantu mencegah tersedak 3. Mampu

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		4. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan	meningkatkan nafsu makan mereka, dan tetap bersih
		5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan	4. Agar makanan dapat dilihat pasien
		6. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan	5. Agar mudah bagi pasien untuk minum
		7. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan	6. Makanan hangat dapat meningkatkan nafsu makan pasien dan menghindari mual
		Kolaborasi	
		1. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgestik, antiemeti), sesuai ndikasi.	7. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien agar mereka bersedia makan.
			8. Pasien yang mengalami mobilisasi menerima bantuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi mereka
			Kolaborasi
			1. Meningkatkan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
			pemahaman pasien tentang memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai dengan kondisinya dan Memberikan terapi untuk mengurangi keluhan seperti mual
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019) DS: 1. Tidak ada DO: 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang deal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteia hasil : (SLKI, L.03030) 1. Porsi makan dihabiskan 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot meningkat	Manajemen Nutrisi (SIKI .03119) Obervasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric	Observasi 1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk menghindari makanan allergen 3. Untuk menambah nafsu makan pasien 4. Untuk mengetahui jumlah kalori yang diperlukan 5. Menjaga kemampuan untuk memenuhi kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		6. Monitor berat badan	nutrisi pasien
		Terapeutik	6. Mengetahui MT pasien dan tindakan yang diberikan
		1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i>	Terapeutik 1. Menjaga kebersihan oral dan meningkatkan nafsu makan
		2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan)	2. Menyediaan sesuai dengan kebutuhan pasien
		3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	3. Untuk menjaga nafsu makan pasien tetap tinggi
		4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	4. Untuk mempermudah proses pencernaan pasien, terutama BAB pasien
		5. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein	5. untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien secara seimbang
		6. Berikan suplemen makanan <i>jika perlu</i>	6. Untuk meningkatkan rangsangan dan meningkatkan
		7. Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric <i>jika</i>	

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		asupan oral dapat ditoleransi	nafsu makan pasien
		Edukasi	7. Untuk mencegah kelebihan nutrisi yang diberikan.
		1. Anjurkan posisis duduk, jika mampu	
		2. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, anti emetik), <i>jika perlu</i>	Edukasi 1. Untuk menghindari terjadinya aspirasi/tersedak ketika makan
		3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	Kolaborasi 1. Menurunkan gejala nyeri atau mual sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi 2. Menentukan kebutuhan nutrisi pasien sesuai dengan keadaan pasien
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	Perawatan diri meningkat (L.11103)	Dukungan Perawatan diri (L.111348)	Observasi
Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan		1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	1. Mengetahui aktivitas pasien 2. Mengetahui tingkat kemandirian pada pasien
DS:	Selama ..x24 jam, diharapkan	2. Monitor tingkat kemandirian	3. Mengetahui alat kebersihan diri yang dibutuhkan
1. Menolak melakukan perawatan diri	Perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil :		Terapeutik
DO:			

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
1. Tidak mampu mandi/mengeneakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri	1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	1. Menciptakan lingkungan yang nyaman 2. Membantu kebutuhan pribadi pasien 3. Membantu pemenuhan kebutuhan pasien
2. Minat melakukan diri kurang	4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK	Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	4. Membantu pemenuhan fasilitas untuk melatih kemandirian pasien 5. Menjamin pemenuhan kebutuhan dengan jadwal rutin setiap pagi
			Edukasi 1. Menjaga keamanan berdasarkan kemampuan pasien.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	
		Edukasi	
		1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	
Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan hipertensi (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:	Pemantauan tekanan intracranial	Observasi
Faktor risiko:		(I.06198)	1. Mengidentifikasi sumber tekanan intrakranial yang meningkat
1. Tumor otak	1. Tingkat Kesadaran Meningkat	1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial	2. Memeriksa tekanan darah
2. Aneurisma serebri	2. Tekanan intrakranial menurun	2. Monitor tekanan darah	3. Memeriksa frekuensi nadi.
3. Embolisme	3. Sakit Kepala Menurun	3. Monitor tekanan nadi	4. Menjadikan pasien nyaman dengan lingkungan RS dan mengurangi gangguan
4. Cidera kepala	4. Gelisah	4. Monitor kesadaran	5. Melakukan pemeriksaan aliran darah yang tepat.
5. Hiperkolesteronemia	5. Nilai tekanan darah membaik	5. Monitor MAP	Terapeutik
6. Hipertensi		1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Terapeutik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		2. Berikan posisi semi fowler 3. Pertahankan suhu tubuh normal Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan	1. Memberikan pasien posisi semi fowler untuk sirkulasi pernafasan yang baik dan mencegah tersedak saat makan 2. ntuk mencegah tekanan tambahan pada pada intrakranial, tetapkan suhu kan normal. Edukasi 1. Memberikan informasi tujuan tentang prosedur dan pengawasan yang dilakukan 2. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang hasil perkembangan pasien
Resiko gangguan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax 24 jam diharapkan	Perawatan (I.11353) Observasi	Observasi
berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai			1. Untuk mengidentifikasi penyebab gangguan pada

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
dengan tirah baring (SDKI D.0139)	integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)	kulit. Terapeutik 1. Mengubah posisi pasien dapat mencegah luka tekan yang terlalu lama 2. Mengindari komplikasi 3. Menjaga kebersihan 4. Agar kulit tetap lembab dan tidak kering 5. Membantu mengurangi ritasi pada kulit
Faktor risiko	(SLKI L.14125)		
1. Perubahan sirkulasi	1. Kerusakan jaringan menurun		
2. Penurunan mobilitas	2. Kerusakan lapisan kulit menurun		
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan	3. Perdarahan menurun, elastisitas meningkat		
4. Penurunan mobilitas			
5. Kelembaban			
6. Penekanan pada tonjolan tulang			
7. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan		Terapeutik 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau	Edukasi 1. Menjaga kelembapan kulit 2. Sarankan untuk minum banyak untuk meningkatkan elastisitas kulit dan mencegah keringnya kulit. 3. Untuk mempercepat penyembuhan 4. Mencegah luka

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		minyak pada kulit kering	bakar
		5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive	5. Melindungi kulit dari paparan sinar ultraviolet 6. Membantu mencegah kulit kering
		Edukasi	
		1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)	
		2. Anjurkan minum air yang cukup	
		3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	
		4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	
		5. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah	
		6. Anjurkan mandi dan menggunakan	

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		sabun	
		secukupnya	

Sumber: (PPNI, 2018)

2. 2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yaitu aktivitas atau perilaku guna melaksanakan perencanaan keperawatan (PPNI, 2018). Pengelolaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan selama tahap perencanaan dikenal sebagai implementasi keperawatan ini dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan serta meningkatkan kondisi kesehatan pasien (Tampubolon, 2020).

2. 2.5 Evaluasi Keperawatan

Perawat melakukan evaluasi keperawatan secara teratur untuk menentukan apakah rencana keperawatan akan dilanjutkan, diperbaiki, atau dihentikan. Pada tahap ini, perawat menilai dan mengamati sejauh mana pasien mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan berdasarkan indikator atau kriteria hasil yang dirancang dalam perencanaan keperawatan (Tampubolon, 2020). Menurut Fatihah (2020) Evaluasi dibagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif fokus dalam kegiatan keperawatan, pencapaian hasil, serta kualitas pelayanan yang diberikan. Pengumpulan data, diskusi, wawancara, analisis rencana asuhan, dan pengisian formulir adalah semua bagian dari proses ini. Evaluasi dilakukan setelah perencanaan dimulai,

dimana evaluasi dilakukan dan berlanjut hingga tujuan tercapai. Perawat juga menilai respons klien terhadap tindakan keperawatan. Sementara evaluasi sumatif menekankan pada outcome atau hasil akhir dari Tindakan yang dilakukan, perawat mengevaluasi sejauh mana terjadi perubahan pada status kesehatan klien setelah dilakukan intervensi keperawatan.

2.3 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke

2.3.1 Pengertian

Mobilitas adalah kemampuan individu dalam melakukan pergerakan secara leluasa guna memenuhi kebutuhan aktivitas dan untuk mempertahankan kesehatan mereka (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

Gangguan mobilitas fisik yaitu ketidakmampuan individu menggunakan separuh atau lebih anggota gerak tubuh dengan sendirinya (PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik adalah proses dimana menurunnya gerakan fisik pada tubuh sehingga mengakibatkan keterbatasan dalam aktivitas baik satu maupun lebih pada ekstremitas (Anggraeni & Widada, 2023).

2.3.2 Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) mengemukakan data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu:

Tabel 2. 3 Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Fisik lemah

Sumber: (PPNI, 2017)

2. 3. 3 Faktor Penyebab Gangguan Mobilisasi

1. Penurunan Kekuatan Otot (Muscle Weakness) :

Penurunan kekuatan otot merupakan faktor utama dalam gangguan mobilisasi pasca-stroke. Sebuah studi observasional menunjukkan bahwa kelemahan otot lebih berkorelasi dengan hasil fungsional pasien stroke dibandingkan dengan sarcopenia atau atrofi otot. Hal ini menekankan pentingnya intervensi yang menargetkan peningkatan kekuatan otot dalam rehabilitasi stroke (Nozoe et al., 2024).

2. Spastisitas atau ketegangan otot :

Spastisitas, ditandai dengan peningkatan tonus otot yang bergantung pada kecepatan, sering terjadi setelah stroke dan dapat menyebabkan kekakuan otot serta keterbatasan gerak. Sebuah tinjauan terbaru menyimpulkan bahwa spastisitas pasca-stroke terjadi pada lebih dari sepertiga pasien dalam tahun pertama setelah stroke, terutama pada ekstremitas yang terkena. Penanganan dini dengan toksin botulinum

tipe A dan terapi rehabilitasi dapat membantu mengurangi dampak spastisitas terhadap mobilitas (Doquenia, 2023).

3. Gangguan Koordinasi Motorik :

Gangguan koordinasi motorik, seperti kesulitan dalam melakukan gerakan yang terkoordinasi, umum terjadi pada pasien stroke. Sebuah studi menemukan bahwa pasien stroke dengan gangguan kognitif ringan menunjukkan performa berputar yang lebih rendah dibandingkan pasien dengan fungsi kognitif yang masih optimal., menunjukkan hubungan antara koordinasi motorik dan fungsi kognitif (Kuan et al., 2022).

4. Kekakuan dan Penurunan Fleksibilitas Sendi :

Kekakuan sendi dan penurunan fleksibilitas dapat menghambat mobilitas pasien stroke. Terapi fisik dan latihan peregangan secara teratur dapat membantu meningkatkan fleksibilitas dan mengurangi kekakuan (Studnicki et al., 2024).

2. 3. 4 Tujuan Mobilisasi

Mobilisasi pada pasien stroke bertujuan untuk menjaga jangkauan gerakan guna membantu memperbaiki aliran darah, pernapasan, mencegah masalah kesehatan, dan mendukung aktivitas perawatan diri. mungkin (Salmawanti & Siyamti, 2025).

Dukungan mobilisasi memiliki tujuan untuk memfasilitasi pergerakan, meningkatkan fungsi ekstremitas, memperkuat kekuatan otot,

memperbaiki rentang gerak, dan menurunkan tingkat kelemahan fisik (PPNI, 2018).

2.3.5 Jenis-jenis Mobilisasi

Menurut Gukguk (2019) jenis mobilisasi terbagi 2 macam meliputi :

a. Mobilisasi dini penuh

Individu mampu melakukan pergerakan secara leluasa agar dapat berkomunikasi dan mampu menjalankan peran sehari-hari maupun melakukan aktivitas yang lainnya. Mobilisasi yang bebas atau gerakan leluasa terjadi karena kemampuan saraf pergerakan dan sensorik untuk mengatur semua bagian ekstremitas pada individu.

b. Mobilitas dini sebagian

Kemampuan individu saat melakukan pergerakan secara keterbatasan atau peraturan tertentu yang menghalangi kebebasan geraknya. Mobilisasi dini sebagian ini terbagi menjadi 2 bagian diantaranya:

1. Mobilisasi dini sebagian temporer, yaitu individu dapat melakukan pergerakan dengan adanya batasan yang bersifat sementara. Hal ini disebabkan karena adanya trauma yang dapat diperbaiki pada sistem tertentu seperti sistem muskuloskeletal yang meliputi dislokasi pada tulang dan sendi.
2. Mobilisasi dini sebagian permanen yaitu individu mampu bergerak meskipun terdapat keterbatasan bersifat menetap. Kondisi ini umumnya diakibatkan kerusakan pada sistem neuro,

seperti hemiplegia yang di sebabkan oleh stroke, paraplegi yang disebabkan oleh cedera tulang belakang dan poliomyelitis disebabkan oleh kerusakan sistem saraf motorik dan sensorik.

2. 3. 6 Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Penanganan masalah penderita stroke infark dengan gangguan mobilitas fisik bisa dengan melalui pemberian layanan keperawatan yang menyeluruh (Saksono et al., 2022).

Tindakan utama yang diterapkan pada pasien stroke yang mengalami masalah dalam mobilitas fisik menurut Tim Pokja DPP PPNI yaitu dukungan mobilisasi untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik dan dukugan ambulasi untuk memfasilitasi pasien dalam aktivitas berpidah (PPNI, 2018).

Penanganan masalah mobilitas fisik pada pasien yang mengalami stroke infark dapat dilakukan dengan cara non-farmakologis melalui mobilisasi atau rehabilitasi secepat mungkin. Latihan jangkauan gerak atau yang biasa disebut sebagai ROM merupakan salah satu metode rehabilitasi yang dapat diterapkan pada pasien stroke. ROM adalah latihan yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan dalam menggerakkan sendi secara normal dan penuh, dengan maksud untuk meningkatkan massa otot serta tonus otot. Latihan ini sangat krusial bagi penderita stroke untuk meraih kemandirian., karena latihan ini akan membantu mereka secara bertahap meningkatkan massa otot (Dwi et al., 2021).

2.3.7 Penerapan Latihan *Range Of Motion* (ROM)

a. Definisi

Range Of Motion merupakan latihan dengan menggerakkan persendian untuk memungkinkan kontraksi dan pergerakan motorik. Latihan ini dilakukan pada semua bagian sendi menggunakan gerakan normal, baik dengan bantuan (pasif) maupun secara mandiri (aktif) (Pratama et al., 2021). Latihan ini merupakan bagian dari terapi pemulihan yang dinilai berhasil dalam menghindari ketidakberdayaan pada pasien yang telah mengalami stroke (Natasya & Nooratri, 2024).

b. Tujuan *Range Of Motion* (ROM)

Tujuan *Range Of Motion* (ROM) menurut Purba et al. (2022), yaitu sebagai berikut:

1. Meningkatkan kekuatan otot.
2. Menjaga kelenturan sendi.
3. Mendorong aliran darah
4. Menangkal deformitas tulang.
5. Mencegah kontraktur/atrofi.
6. Mencegah kekakuan pada sendi.

c. Manfaat *Range Of Motion* (ROM)

Menurut Purba et al. (2022) manfaat *Range Of Motion*, yaitu sebagai berikut:

1. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
2. Memperlancar sirkulasi darah.

3. Meningkatkan mobilisasi sendi.
4. Memulihkan anggota gerak.
5. Meningkatkan kemandirian pasien stroke.

d. Jenis – jenis *Range Of Motion* (ROM)

Sebuah penelitian oleh Anggraeni 2019 (dikutip dalam Retnaningsih, 2023) mengemukakan macam-macam *Range of Motion* (ROM) yaitu:

a. ROM Pasif

Latihan rentang gerak pasif dilaksanakan oleh pasien dibantu perawat atau anggota keluarga saat melakukan setiap Gerakan ROM. Latihan ini diperuntukkan bagi pasien yang berada dalam kondisi semi-koma atau tidak sadar, pasien yang memiliki masalah dalam bergerak, pasien yang terpaksa berbaring terus-menerus, atau penderita dengan kelumpuhan seluruh anggota tubuh. Melalui cara menggerakkan otot secara pasif, seperti mengangkat dan memindahkan kaki pasien, gerakan pasif ini berfungsi untuk menjaga kelenturan otot dan sendi

b. ROM Aktif

Latihan rentang gerak aktif dilaksanakan perawat dengan cara mendorong serta membantu untuk dapat bergerak sendi sendiri sesuai dengan batasan alami gerakan sendi, hal ini membantu meningkatkan kekuatan, kelenturan otot, dan sendi dengan menggunakan otot-ototnya secara aktif.

e. Gerakan *Range Of Motion* (ROM)

Latihan untuk meningkatkan Rentang Gerak (ROM) bagi pasien stroke sebaiknya dilakukan dua kali setiap hari. Hal ini bertujuan untuk mencegah munculnya komplikasi. Jika rehabilitasi dimulai lebih awal, kemungkinan pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas akan semakin berkurang (Andriani et al., 2022). Menurut penelitian Daulay tahun 2021 (dikutip dalam Natasya & Nooratri, 2024) menyatakan bahwa dalam melakukan latihan *Range Of Motion* harus diulang sebanyak 8 kali gerakan dan dapat dilakukan dua kali dalam sehari yaitu setiap pagi dan sore hari.

Tabel 2. 4 Latihan Rentang Gerak/ROM

Definisi	Melakukan pergerakan aktif dan pasif pada sendi bertujuan untuk menjaga, memulihkan kelenturan persendian, serta meningkatkan aliran darah
Tujuan	1. Peningkatan mobilitas fisik 2. Peningkatan integritas kulit atau jaringan 3. Peningkatan neurovaskuler perifer 4. Peningkatan Pemulihan setelah operasi 5. Meningkatkan rasa kenyamanan
Persiapan	-
Alat/Bahan	
Prosedur	Tahap Persiapan 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas 2. Siapkan alat-alat yang diperlukan 3. Mencuci tangan 6 langkah Komunikasi Terapeutik: 1. Perkenalkan diri 2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin

Tahap Kerja

1. Dekatkan peralatan
 2. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman
 3. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih
 4. Lakukan latihan dengan:
 5. Melakukan gerakan perlahan dan lembut
 6. Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi
 7. Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi
 8. Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan
 9. Latihan pada leher:
 - a. Fleksi ekstensi:
tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegak
 - b. Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri
 - c. Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan
 10. Latihan pada bahu:
 - a. Elevasi-depresi: angkat dan turunkan bahu
 - b. Fleksi-ekstensi:
angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula
 - c. Abduksi-adduksi: angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula
 - d. Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu
 11. Latihan pada siku:
 - a. Fleksi-ekstensi: gerakan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula
 - b. Supinasi-pronasi:
putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah
 12. Latihan pada pergelangan tangan:
 - a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atas
 - b. Fleksi radial-fleksi ulnar: tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking
-

-
- c. Sirkumduksi: putar tangan pada poros pergelangan tangan

13. Latihan pada jari-jari tangan:

- a. Fleksi-ekstensi: Kepalkan jari dan luruskan seperti semula
- b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari dan rapat kembali

14. Latihan pada pelviks dan lutut:

- a. Fleksi-ekstensi: Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula
- b. Abduksi-adduksi: Gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya
- c. Rotasi internal-rotasi eksternal: Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh

15. Latihan pada pergelangan kaki:

- a. Dorso fleksi-plantar fleksi: Dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas
- b. Eversi-inversi: Putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam
- c. Sirkumduksi: Putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki

16. Latihan pada jari-jari kaki:

- a. Fleksi-ekstensi: Dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah
- b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula

Tahap Terminasi

1. Mencuci tangan 6 langkah
2. Melakukan evaluasi pada pasien

Dokumentasi

1. Mencatat evaluasi
2. Mencatat respon pasien
3. Menyampaikan hasil kegiatan pada pasien dan keluarga
4. Melakukan kontrak waktu untuk latihan berikutnya