

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Definisi

Stroke/penyakit Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzar & Bare, 2001 dalam Tembaru, 2018).

2. Tanda gejala

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa.
- e. Disatria (bicara cedel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas.
- f. Gangguan penglihatan/diplopia.

- g. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- h. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

3. Klasifikasi

Juwono (2016) mengemukakan bahwa berdasarkan jenisnya, stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Perdarahan Intra Serebri (PIS)/*Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Perdarahan intraserebral adalah perdarahan di dalam otak yang disebabkan oleh trauma (cedera otak) atau kelainan pembuluh darah (aneurisma atau angioma). Jika tidak disebabkan oleh salah satu kondisi tersebut, paling sering disebabkan oleh tekanan darah tinggi kronis. Perdarahan intraserebral menyumbang sekitar 10% dari semua stroke, tetapi memiliki persentase tertinggi penyebab kematian akibat stroke. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi, selain itu faktor penyebab lainnya adalah aneurisma kriptogenik, diskrasia darah, penyakit darah seperti hemofilia, leukemia, trombositopenia, pemakaian antikoagulan angiomatosa dalam otak, tumor otak yang tumbuh cepat, amiloidosis serebrovaskular.

- b. Perdarahan Subaraknoid (PSA) / *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH)

Perdarahan subaraknoid adalah perdarahan tiba-tiba ke dalam rongga diantara otak dan selaput otak (rongga subaraknoid) diantara lapisan dalam (pia

mater) dan lapisan tengah (arachnoid mater) para jaringan yang melindungi otak (meninges). Subarachnoid hemorrhage adalah gangguan yang mengancam nyawa yang bisa cepat menghasilkan cacat permanen yang serius.

4. Etiologi

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mendedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Juwono, 2016).

Menurut Arum (2015), faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke antara lain :

a. Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah dan diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama- kelamaan jaringan otak akan.

b. Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah

tubuh. Jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak.

c. Diabetes mellitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

d. Hiperkolesteremia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

e. Obesitas

Obesitas atau overweight (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (Low- Density Lipoprotein) lebih tinggi dibanding kadar HDL (High- Density Lipoprotein).

f. Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

5. Patofisiologi

Faktor resiko utama yang dapat menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 4 menit (Tarwoto, 2013).

Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013).

Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus-menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750ml/menit. Kecepatan

serebral konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan local dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi dan darah secara adekuat. Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak maupun perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada tekanan intrakranial (Geofani, 2017).

Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral (Geofani, 2017).

Edema serebri merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak (Geofani, 2017).

Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) merupakan kondisi bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan (Geofani, 2017).

6. Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto (2013), penatalaksanaan umum stroke pada fase akut terdiri atas :

a. Terapi cairan

Stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut.

b. Terapi oksigen

Pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

- c. Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)
Peningkatan intra kranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan.
- d. Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
- e. Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- f. Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
- i. Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
- j. Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks
- k. Evaluasi status cairan dan elektrolit
- l. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- m. Pembedahan
Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.
- n. Terapi obat-obatan
 - 1) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
 - 2) Diuretic : manitol 20%, furosemid
 - 3) Antikonvulsan : fenitoin.

7. Komplikasi

Menurut Geofani (2017) stroke hemoragik dapat menimbulkan beberapa komplikasi antara lain :

- a. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowel
- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster
- d. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

8. Pemeriksaan penunjang

Menurut Robinson (2014) pemeriksaan penunjang pada pasien stroke antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma.

- b. Lumbal fungsi

Biasanya pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau pada intrakranial.

- c. CT-Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan

biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

d. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari heemoragik.

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

g. Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit.

Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

h. Test darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

i. Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke.

B. Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke

1. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Data mayor dan minor gangguan mobilitas fisik

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

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan esktremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) faktor penyebab diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan kekuatan otot
- f. Keterlambatan perkembangan
- g. Kekuatan sendi
- h. Kontraktur
- i. Malnutrisi
- j. Gangguan musculoskeletal
- k. Gangguan neuromuskular
- l. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- m. Efek agen farmakologis
- n. Program pembatasan gerak
- o. Nyeri
- p. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- q. Kecemasan
- r. Gangguan kognitif
- s. Keengganan melakukan pergerakan
- t. Gangguan sensoripersepsi

4. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke

Penyebab gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke yaitu gangguan neuromuskular Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Gangguan neuromuskular merupakan suatu kondisi progresif yang dikarakterisikkan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga hubungan antara sistem saraf dan otot akan terganggu (Rianawati, 2015). Hal ini menyebabkan terjadinya kram, kesemutan, nyeri, dan masalah pergerakan sendi.

Gangguan neuromuskular tersebut terjadi akibat adanya penyumbatan pembuluh darah oleh thrombus atau emboli. Thrombus atau bekuan darah terbentuk akibat plak aterosklerosis pada dinding arteri yang akhirnya menyumbat lumen arteri. Sebagian thrombus dapat terlepas dan menjadi embolus yang berjalan lewat aliran darah dan dapat menyumbat pembuluh arteri yang lebih kecil (Kowalak and Mayer, 2017). Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat oleh thrombus dan emboli, maka akan terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen selama lebih dari satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron are (Batticaca, 2011). Area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan 6 yang merupakan area motorik primer (Satyanegara, 2014). Kerusakan area motorik pada *upper motor neuron* (UMN) akan menyebabkan paresis atau keadaan gangguan parsial fungsi motorik dan kekuatan otot yang sering diungkapkan oleh pasien sebagai kelemahan (Kowalak and Mayer, 2017). Hal ini mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuh sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik.

5. Penatalaksanaan

Latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif dan aktif merupakan salah satu tahapan yang diperkenalkan oleh American Association of Critical Care Nurses (AACN) sebagai intervensi mobilisasi progresif (Tanujiarso *et al.*, 2020). Latihan ROM (*Range Of Motion*) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Istichomah, 2020).

Mobilisasi dini telah diusulkan sebagai intervensi yang menjanjikan karena mampu mengurangi kelemahan otot terkait penyakit kritis Selain itu, aktivitas latihan secara dini memiliki potensi untuk mengurangi length of stay (LOS) di rumah sakit (Tanujiarso *et al.*, 2020).

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien dapat dilakukan dengan cara mobilisasi atau rehabilitasi sedini mungkin ketika keadaan pasien membaik dan kondisinya sudah mulai stabil (Junaidi, 2011). Klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Istichomah, 2020). Beberapa hal yang harus diperhatikan saat melakukan ROM menurut Kasiati dan Rosmalawati, (2017) adalah sebagai berikut :

- a. Latihan masing-masing dilakukan +-10 hitungan.
- b. Mulai latihan pelan dan bertahap.
- c. Usahakan sampai gerakan penuh, tapi jangan memaksakan gerakan klien, tetap sesuaikan dengan batas toleransi gerakan pasien.
- d. Perhatikan respon pasien, hentikan bila terasa respon nyeri dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

Istichomah, (2020) menambahkan bahwa latihan ROM harus dikerjakan minimal 2 kali sehari. Indikasi dan kontraindikasi umum dari latihan ROM adalah sebagai berikut :

Indikasi umum dari latihan ROM yaitu :

- a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- b. Kelemahan otot
- c. Fase rehabilitasi fisik
- d. Klien dengan tirah baring lama

Kontraindikasi umum dari latihan ROM yaitu :

- a. Thrombus/emboli pada pembuluh darah
- b. Kelainan sendi atau tulang
- c. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)
- d. Attention monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan.

Mobilisasi atau rehabilitasi dini di tempat tidur dilakukan khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah terkena stroke (Junaidi, 2011).

ROM aktif adalah gerakan yang dilakukan oleh pasien menggunakan energi sendiri dan perawat harus memberikan motivasi serta membimbing pasien dalam melakukan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal, sedangkan ROM pasif adalah energi yang dikeluarkan pasien untuk latihan berasal dari orang lain (perawat dan keluarga) atau alat mekanik. Tujuan melakukan latihan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan

bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi dan memperbaiki tonus otot (Haryono & Utami, 2019).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan untuk mengetahui berbagai permasalahan yang ada pada pasien dengan cara mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari pasien. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari pasien, observasi dengan pengamatan secara visual atau langsung, dan pemeriksaan fisik dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Hidayat, 2021). Selain itu, terdapat 14 jenis sub kategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Gangguan mobilitas fisik termasuk dalam subkategori aktivitas dan istirahat. Pengkajian yang difokuskan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi:

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, waktu masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosis medis (Haryono & Utami, 2019).

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang muncul pada pasien stroke yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan anamnesis yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan yang timbul dari keluhan utama diantaranya adanya keluhan mendadak pada saat melakukan aktivitas dan timbulnya gejala kelumpuhan separuh badan (Haryono & Utami, 2019).

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu digunakan untuk mendukung permasalahan pasien pada saat ini seperti riwayat penyakit jantung yang dapat menyebabkan terjadinya stroke.

e. Data fisiologis

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat. Perawat harus mengkaji tanda dan gejala yang muncul dari gangguan mobilitas fisik meliputi tanda gejala mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia DPP PPNI (2017) yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subyektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

b) Obyektif: kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

2) Gejala dan tanda minor

a) Subyektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

Obyektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

f. Kekuatan otot

Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan skala dan karakteristik.

Tabel 2
Kekuatan Otot

Skala	Presentase kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Paralisis normal
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitas dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

Sumber: (Hidayat, A. A. and Uliyah, 2015).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat dua jenis diagnosis keperawatan yaitu diagnosis negatif meliputi diagnosis aktual dan diagnosis risiko serta diagnosis positif. Proses penegakan diagnosis (diagnostic process) merupakan suatu proses

yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan Indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab, tanda/gejala, serta faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri dari penyebab dan tanda/gejala sedangkan pada diagnosis risiko hanya memiliki faktor risiko.

Diagnosis keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk jenis diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi.

Tanda dan gejala mayor gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dan secara objektif yaitu kekuatan otot

menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Tanda dan gejala minor dari gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, secara objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, ostemalasia dan keganasan.

3. Rencana keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan dilanjutkan dengan membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan dan rencana tindakan keperawatan (Dinarti & Mulyati, 2017).

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan). Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label (nama luaran keperawatan berupa katakata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan seperti meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu : label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan mengambil luaran keperawatan mobilitas fisik menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (2019) adalah :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Kelemahan fisik menurun

b. Intervensi

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama dukungan mobilisasi dan intervensi pendukung pengaturan posisi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- a. Dukungan mobilisasi
 - 1) Observasi
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
 - 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
 - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
 - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
 - 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- b. Pengaturan posisi
 - 1) Observasi
 - a) Monitor status oksigenasi
 - 2) Terapeutik
 - a) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif
 - b) Ubah posisi setiap 2 jam.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada

kebutuhan klien, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Pada tahap ini perawat membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan kenyataan yang ada pada klien (Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP, yakni Subjektif (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien), Objektif (data yang didapat dari hasil pengamatan, penilaian dan pemeriksaan), Assessment (kesimpulan dari objektif dan subjektif) dan Planning (rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa) (Febriana, 2017). Adapun hasil yang diharapkan yaitu: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun.