

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik merupakan kondisi terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah yang mengakibatkan terhentinya sebagian atau pada seluruh aliran darah pada otak. Stroke Non Hemoragik biasanya terjadi karena adanya pembentukan bekuan darah atau plak aterosklerotik dalam pembuluh darah otak. Aterotrombosis yang disebabkan oleh penumpukan plak aterosklerotik dan pembentukan bekuan darah, adalah salah satu penyebab *umum Stroke Non Hemoragik*. Terdapat dua jenis utama arteri karotis interna dan arteri vertebralis. Arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Arteri karotis interna memasok darah ke bagian depan otak, sedangkan arteri vertebralis memasok darah ke bagian belakang otak. Penyumbatan arteri ini dapat menyebabkan kerusakan sel otak karena kekurangan pasokan oksigen dan nutrisi (Isrofah dkk, 2023)

Stroke Non Hemoragik terjadi akibat pembekuan sirkulasi pada area serebrum (bagian otak). Pembekuan ini dapat terjadi karena aterotrombosis, emboli, atau trombosis serebral. Sekitar 85 – 89% dari kasus *stroke* termasuk dalam kategori iskemik, Hal ini menunjukkan bahwa Stroke Non Hemoragik adalah jenis yang paling umum terjadi dibandingkan dengan Stroke Hemoragik. Stroke Non Hemoragik sering terjadi setelah lamanya istirahat, saat baru bangun tidur, atau di pagi hari. *Stroke* ini tidak terjadi pendarahan melainkan terjadinya iskemia yang menimbulkan hipoksia dan dapat timbul edema sekunder (Saidah, 2020).

2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Menurut Budianto (2021) Stroke non hemoragik atau stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak. Jika aliran darah yang menuju pada otak lancar dan tidak terjadi hambatan maka otak dapat berfungsi dengan baik. Namun jika oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel – sel darah terjadi hambatan atau terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadinya thrombosis pada dinding arteri yang membawa pada otak akan terjadi stroke iskemik atau stroke non hemoragik yang berakibat kematian pada jaringan otak. Terhambatnya pembuluh darah pada otak bisa disebabkan oleh thrombosis atau emboli. Keduanya adalah jenis bekuan darah dan bekuan arteri yang disebut plak aterosklerotik yang berlangsung pada proses aterosklerosis atau penumpukan lemak pada darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteria tau yang disebut dengan atheroma.

Penyebab stroke non hemoragik dibagi menjadi tiga yaitu, thrombosis serebral, emboli serebral dan hipoperfusi sistemik (Haryono dkk, 2019).

a. Thrombosis Serebral

Thrombosis serebral menjadi penyebab paling umum pada *stroke* yang dimana thrombosis ini dapat menyebabkan oedema dan kerusakan lokal pada dinding pembuluh darah yang mengalami penyumbatan sehingga aliran darah pada jaringan otak dan sekitarnya tidak terpenuhi.

b. Emboli Serebral

Trombus di jantung adalah sumber emboli otak, yang dapat menyumbat arteri pada otak. Emboli otak adalah sumbatan pada pembuluh darah otak yang disebabkan oleh lemak, udara, dan bekuan darah.

c. Hipoperfusi Sistemik

Hipoperfusi sistemik merupakan kurangnya aliran darah yang menyuplai ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan pada denyut jantung.

3. Tanda Dan Gejala Stroke Non Hemoragik

Tanda dan gejala yang timbul pada stroke non hemoragik cukup beragam tergantung dari arteri yang terkena serta daerah otak yang mengalami perdarahan, dan tergantung pada berat dan ringannya lesi dan juga topisnya. Tanda dan gejala yang umum dijumpai pada penderita *stroke non hemoragik* menurut Saidah (2020) antara lain :

a. Gangguan Motorik

Stroke merupakan penyakit yang dapat mengakibatkan kerusakan pada saraf motorik dimana penderita yang mengalami kerusakan pada saraf motorik akan mengalami kehilangan kontrol pada gerakan volunter seperti kelumpuhan pada salah satu tubuh (hemiplegia), kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis), penurunan pada tonus otot, dan penurunan pada ketahanan.

b. Gangguan Sensorik

Gangguan sensorik dapat menyebabkan gangguan pada propioseptik dimana kemampuan pada tubuh untuk mentransmisikan rasa posisi terhadap rangsangan dengan gerakan. Gangguan kinestik yaitu gangguan sensorik palsu yang dirasakan penderita dengan gerakan pada anggota tubuh yang sebenarnya tidak terjadi, selain itu gangguan sensorik dapat mengakibatkan gangguan diskriminatif.

c. Defisit Komunikasi

Daerah Wernicke dipengaruhi oleh kondisi neurologis, yang dapat menyebabkan afasia reseptif. Sementara afasia ekspresif disebabkan oleh daerah

broca. Selain itu, pasien juga menderita disartria, suatu kondisi otot bicara yang mengganggu kemampuan bicara dan menyulitkan pasien untuk mengungkapkan kata – kata atau mengartikulasikannya.

d. Kerusakan Afektif

Penderita *stroke* dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi.

e. Kerusakan Fungsi Intelektual

Merupakan kerusakan pada memori atau daya ingat dalam mengutarakan pendapat.

f. Gangguan Kemampuan Fungsional

Gangguan fungsional pada penderita dapat berupa gangguan pada *Activity of daily living* (ADL) secara mandiri seperti mandi, makan, toileting, berpakaian, dan berpindah posisi.

4. Komplikasi Stroke Non Hemoragik

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita *Stroke Non Hemoragik* menurut Haryono dkk (2019) antara lain :

a. Kelumpuhan atau hilangnya Gerakan pada otot

Kelumpuhan bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh atau hilangnya kendali – kendali otot pada bagian tertentu seperti pada satu sisi wajah maupun bagian tubuh lainnya.

b. Kesulitan bicara atau menelan

Hal ini dapat mempengaruhi kontrol otot – otot di bagian mulut dan juga tenggorokan, sehingga pasien sulit untuk berbicara jelas (disartria), menelan (disfagia), atau makan.

c. Kehilangan memori atau kesulitan berpikir

Pasien juga dapat mengalami kehilangan ingatannya dan juga dapat mengalami kesulitan berpikir untuk memahami penilaian dan konsep.

d. Masalah pada emosional

Pasien biasanya sulit untuk mengendalikan emosi atau bisa mengalami depresi.

e. Rasa sakit

Pada penderita *stroke* dapat menyebabkan mati rasa dibagian lengan kirinya, sehingga menimbulkan sensasi kesmutan yang tidak nyaman pada lengan itu.

f. Penderita stroke mungkin sensitif terhadap perubahan *pasca stroke*

Komplikasi ini dikenal dengan nyeri *stroke* atau sindrom nyeri sentral.

5. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

Menurut Haryono dkk (2019) patofisiologi *stroke non hemoragik* atau *stroke iskemik* adalah penyumbatan yang terjadi ketika arteri darah otak secara tiba – tiba dan cepat menutup, sehingga membatasi aliran darah. Jaringan otak akan bekerja kurang baik jika kekurangan oksigen selama lebih dari 60 detik hingga 90 detik. Aterosklerosis adalah salah satu jenis thrombus atau penyumbatan yang menyebabkan iskemia di otak, yang merusak neuron atau jaringan di sekitarnya dengan menghasikan reaksi hipoksia dan anoksia. Fibrilasi arterial, yang memisahkan dan memasuki sirkulasi darah otak, dapat menyebabkan penyumbatan emboli di jantung atau bagian dari sistm peredaran darah, yang dapat mengganggu sistem sirkulasi otak.

Darah otak dapat terbagi menjadi dua area otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra, tergantung pada tingkat keparahan pada oklusi otak. Daerah inti menggambarkan daerah otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/100 g

jaringan otak per menitnya. Daerah otak yang dikenal sebagai penumbra adalah daerah otak yang memiliki aliran darah yang lebih sedikit, tetapi masih lebih unggul karena pembuluh darah terus menyediakan oksigen. Jaringan otak di daerah penumbra menerima sebanyak 10-25cc/100g aliran darah setiap menitnya (Haryono dkk, 2019).

Proses dari Casade Iskemik mengaju pada proses biomolekul yang cepat dan progresif yang terjadi pada Tingkat sel ketika aliran darah terhambat atau tersumbat, yang mengakibatkan kerusakan jaringan otak. Setelah suplai darah terhenti, jaringan kekurangan oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk memulai aktivitas pada potensial membrane. Area yang kekurangan glukosa dan oksigen dipaksa untuk melakukan metabolisme aerobik karena kekurangan energi. Molekul glutamat dapat dilepaskan dengan lebih mudah sebagai hasil dari metabolisme aerobik ini. Setelah itu, glutamate berikatan dengan reseptor sel saraf, khususnya reseptor NMDA/N-methyl-D-aspar-tame yang menyebabkan masuknya kalsium dan natrium. Influx natrium menyebabkan peningkatan cairan intraseluler. Pelepasan protease, lipase, dan nuclease enzim proteolysis yang dapat memecah protein, lipid, dan struktur sel dipicu oleh peningkatan masuknya kalsium. Mekanisme kontrol untuk metabolisme seluler, kegagalan mitokondria, juga dapat disebabkan oleh masuknya kalsium. Nekrosis atau kematian sel – sel otak dapat diakibatkan oleh kerusakan structural, peradangan, dan kegagalan fungsi metabolisme sel (Haryono dkk, 2019).

6. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Upaya yang dapat dilakukan untuk menjamin kelangsungan hidup pasien dan mencegah terjadinya komplikasi tambahan, dapat dilakukan berbagai Upaya yang

bersifat pencegahan. Metode pengobatan yang efektif yang melibatkan evaluasi neurologis yang terus menerus, seperti bantuan pernapasan dan pemantauan tanda – tanda vital secara berkelanjutan. Dimana perawat juga harus melakukan penyesuaian posisi tubuh pasien guna untuk mencegah timbulnya kontraktur dan aspirasi, memantau dengan cermat kadar cairan dan elektrolit, menilai status gizi pasien, dan memperhatikan tanda - tanda selama buang air besar. Hal ini penting karena dapat menyebabkan peningkatan tekanan di dalam otak atau tekanan intrakranial (Budianto, 2021). Menurut (Maria, 2021) penatalaksanaan *stroke non hemoragik* dapat dibagi menjadi tiga yang dimana penatalaksanaan umum, penatalaksanaan medis, dan penatalaksanaan khusus atau komplikasi meliputi :

a. Penatalaksanaan Umum

- 1) Memberikan posisi fowler pada kepala dan badan atas $20^{\circ} - 30^{\circ}$
- 2) Berikan oksigen sebanyak 1-2 liter/menit
- 3) Pasang invus IV sesuai kebutuhan
- 4) Melakukan pemantauan kelainan – kelainan neurologis yang timbul
- 5) Berikan kondisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi
- 6) Latihan mobilisasi dan rehabilitasi

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6 – 0.9 mg/kgBB dengan onset <6 jam bagi trombolisis intravena
- 2) Trombektomi mekanik dengan okulasi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular

- 3) Pemberian obat – obatan seperti nifedipine, ACE inhibitor, Beta Bloker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi
- 4) Pemberian antikoagulan seperti dabigatran, warfarin, dll
- 5) Pemberian neuroprotector seperti citicholin, piracetam, paracetamol, pentoxifylline, dan Intracerebral Hemorrhage (ICH)

c. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi

- 1) Faktor risiko yang memiliki efek obat anti hiperglikemia, obat anti hipertensi, dan obat anti hiperurisemia.
- 2) Untuk mengatasi kejang (antikonvulsan)
- 3) Untuk mengatasi tekanan intracranial yang tinggi (manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dll)
- 4) Untuk pembedahan otak (kraniotomi)

B. Konsep Dasar Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Pasca* Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

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

2. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) penyebab gangguan mobilitas fisik adalah Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas 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 sensoripersepsi.

3. Data Mayor Dan Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala Dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 1
Gejala Dan Tanda Mayor Minor Gangguan Mobilitas Fisik

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. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Proses Terjadinya Gangguan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik

Gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke disebabkan oleh infark pada otak yang diakibatkan oleh aterosklerosis. Infark tersebut merusak suplai oksigen dan nutrisi ke otak, yang dimana hasilnya terganggunya mobilitas fisik pada pasien. Penyumbatan arteri otak akibat infark dapat mengganggu fungsi sistem saraf pusat dan menyebabkan gangguan penyumbatan bagian tertentu pada otak. Dampaknya adalah berkurangnya fungsi otak yang mengendalikan pergerakan otot yang dapat

menyebabkan kekakuan pada sendi, penurunan kekuatan otot dan ketidakmampuan untuk menggerakkan sebagian tubuhnya. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya masalah keperawatan dalam gangguan mobilitas fisik (Maria, 2021). Jika kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak berlangsung lebih dari satu menit, maka dapat mengakibatkan terjadinya nekrosis mikroskopis pada neuron domain yang berujung pada gangguan korteks motoric primer. Kerusakan korteks motorik atas sering menjadi penyebab utama kelemahan pada pasien *stroke*. Hal ini dapat mengakibatkan kelumpuhan atau disfungsi persial dalam fungsi motorik dan kekuatan otot. Hal ini dapat mengakibatkan Batasan pergerakan pada bagian tubuh dan pengurangan mobilitas keseluruhan tubuh (Masriadi, 2021).

5. Faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik

Menurut Saidah (2020) faktor yang dapat mempengaruhi gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik* antara lain :

- a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu tidak dapat dirubah baik dari pola hidup, gaya hidup, maupun pengobatan, yang meliputi :
 - 1) Usia, semakin bertambahnya usia seseorang, maka mengalami kemunduran pada sistem vascular sehingga beresiko terkena stroke meningkat.
 - 2) Jenis kelamin, *stroke* lebih banyak menyerang laki – laki dibandingkan perempuan. Kecuali pada usia 35 – 44 tahun dan diatas 85 tahun lebih banyak diderita oleh perempuan.
 - 3) Ras atau etnis, penduduk kulit hitam mengalami serangan stroke lebih tinggi dibandingkan dengan kulit putih

- 4) Riwayat Keluarga, faktor genetik dan lingkungan dapat mempengaruhi peningkatan terjadinya stroke.
- b. Faktor yang dapat dimodifikasi, yaitu dapat dirubah dan dicegah dengan gaya hidup maupun pola hidup seseorang yang meliputi :
- 1) Hipertensi, tekanan darah yang sangat tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah pada bagian otak. Pada pembuluh darah terjadi penyempitan dan terganggunya vascular serebral yang berdampak pada sel otak yang mengalami kematian.
 - 2) Penyakit kardiovaskular, embolisme serebral berasal dari jantung, penyakit jantung terutama atrium fibrilasi kelainan jantung yang mengakibatkan *stroke*.
 - 3) Kolesterol tinggi, kejadian *stroke* meningkat dengan kadar kolesterol total diatas 240 mg/dl.
 - 4) Obesitas, kelebihan berat badan dapat meningkatkan resiko tinggi terkena stroke sekitar 15 %.
 - 5) Diabetes mellitus, pada penderita diabetes mellitus dua kali lipat terkena *stroke* karena menimbulkan perubahan pada sistem vaskuler dan mendorong terjadinya aterosklerosis.
 - 6) Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrigen tinggi), kontipasi dapat meningkatkan tekanan darah dan menyebabkan viskositas darah meningkat dan mempermudah terbentuknya gumpalan.
 - 7) Merokok, menyebabkan peningkatan konsentrasi fibrogen dan terjadinya penebalan dinding pada pembuluh darah, viskositas darah, agregasi trombosit.

- 8) Penyalahgunaan obat, kokain, amfetamin, epinefrin, dan adrenalin jika dikonsumsi tidak sesuai aturan dapat menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah di otak yang menimbulkan *stroke*.

C. Konsep ROM (*Range Of Motion*)

1. Definisi ROM

Latihan ROM ialah salah satu bentuk latihan yang dapat berfungsi untuk memelihara fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien stroke (Hidayah, 2022). *Range Of Motion* (ROM) merupakan suatu latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan metabolisme yang berguna untuk meningkatkan massa dan tonus otot (Haryono dkk, 2019).

2. Tujuan ROM

Latihan ROM (*Range Of Motion*) mempunyai tujuan antara lain untuk menjaga kelenturan dan kemampuan untuk menggerakkan sendi, mengurangi nyeri, memulihkan kemampuan pasien dalam menggerakkan otot, dan meningkatkan sirkulasi darah (Haryono dkk, 2019). Menurut Isrofah (2023) latihan ROM bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan pada otot, mempertahankan kekuatan otot, mempertahankan atau meningkatkan mobilitas persendian, dapat merangsang sirkulasi pada darah, dan mencegah kelainan bentuk atau kecacatan permanent.

3. Jenis – Jenis ROM (*Range Of Motion*)

Menurut Haryono (2019) jenis – jenis ROM dibagi menjadi dua, yaitu ROM aktif dan ROM pasif.

a. ROM Aktif

ROM aktif merupakan Gerakan yang dilakukan oleh pasien dengan menggunakan energinya sendiri. Dalam melaksanakan ROM aktif, perawat harus memberikan motivasi dan membimbing pasien untuk melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri yang sesuai dengan rentang gerak sendi normal. Saat melakukan ROM aktif, pasien menggunakan kekuatan otot 75% untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot dan sendi dengan cara melatih otot secara aktif (Haryono dkk, 2019).

b. ROM Pasif

ROM pasif merupakan energi yang dikeluarkan oleh pasien untuk melakukan latihan menggunakan energi orang lain, perawat, atau dengan alat. Dalam melakukan ROM pasif, perawat melakukan gerakan persendian sesuai dengan erakan normal pada pasien pasif dengan menggunakan kekuatan otot 50%. Adapun beberapa indikasi latihan pasif menurut (Haryono dkk, 2019) yaitu :

- 1) Pasien tidak mampu melakukan semua atau beberapa rentang gerak secara mandiri
- 2) Pasien tirah baring total
- 3) Pasien dengan paralisis ekstremitas total
- 4) Pasien semi koma atau dalam keadaan tidak sadar

4. Penatalaksanaan ROM (*Range Of Motion*) Pada Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilisasi dini sangat penting untuk dilakukan secara teratur dan berkesinambungan karena dapat mencegah berbagai masalah, termasuk nyeri tekan, kontraktur, tromboflebitis, dan dekubitus. Memberikan latihan rentang gerak memiliki potensi untuk meningkatkan kekuatan otot dengan menstimulasi banyak unit motorik, yang pada gilirannya akan meningkatkan kekuatan otot – otot tersebut (Haryono dkk, 2019).

Latihan rentang gerak baik aktif maupun pasif dapat meningkatkan kekuatan otot dan kapasitas fungsional. Latihan yang melibatkan rentang gerak pasif memiliki potensi untuk meningkatkan stimulasi neuromuskuler, yaitu pada sistem saraf parasympatis, yang memicu pelepasan asetikolin, sehingga memicu kontraksi. Dengan cara inilah otot, terutama otot polos ekstremitas akan meningkatkan metabolisme dalam mitokondria untuk menghasilkan ATP, yang digunakan otot – otot di ekstremitas sebagai energi untuk kontraksi. Hal ini juga meningkatkan tonus otot polos pada ekstremitas gerak pasif, yang berguna untuk menopang pasien saat mereka dalam keadaan pasif untuk mengangkat dan menggerakkan kaki pasien tersebut. Latihan ini dilakukan di pagi hari selama 3 hari. Sesi pertama berlangsung selama 15 menit dengan waktu istirahat selama 5 menit dan selanjutnya pada sesi ke-2 dilakukan secara paralel berlangsung selama 15 menit dan waktu istirahat selama 5 menit. Sesi kedua yaitu meningkatkan rentang gerak sendi, kecepatan, dan akurasi gerakan (Haryono dkk, 2019).

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian

Pengumpulan data secara sistematis bertujuan untuk menilai status Kesehatan pasien baik saat ini maupun di masa lalu, serta respon mereka saat itu dan saat sebelumnya, dikenal sebagai pengkajian. Langkah dasar dalam prosedur keperawatan adalah pengkajian keperawatan, yang bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi pasien, agar dapat mengenali masalah yang berkaitan dengan tuntutan fisik, emosional, sosial, dan lingkungan pasien, serta Kesehatan dan perawatan mereka. Dengan demikian, Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian, yang merupakan prosedur metodelis yang mengumpulkan informasi dari berbagai sumber untuk menganalisis dan menentukan kondisi Kesehatan pasien. Perawat harus memutuskan pada saat pengkajian, informasi apa dan dalam jumlah berapa, serta untuk tujuan apa yang harus dikaji sebelum pasien dan perawat bertemu (Hadinata, 2022).

Menurut Hadinata (2022) pengkajian yang difokuskan pada pasien *pasca stroke non hemoragik* dengan gangguan mobilitas fisik yaitu :

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku atau bangsa, agama, Pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, status perkawinan, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit diagnose medis, semua data mengenai identitas pasien untuk menentukan tindakan selanjutnya.

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama, usia Pendidikan , pekerjaan, dan hubungan dengan keluarga pasien adalah beberapa detail yang mengidentifikasi orang yang bertanggung jawab untuk memfasilitasi dan mengawasi pasien selama melakukan tindakan keperawatan.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien dengan stroke non hemoragik biasanya mengeluhkan kelemahan pada anggota gerak anggota gerak separuh badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, dan kesulitan untuk berkomunikasi.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Anamnesis, Riwayat penyakit saat ini, diperiksa oleh perawat untuk mengidentifikasi keluhan apapun yang berasal dari keluhan utama. Sebagai contoh, serangan stroke non hemoragik sering terjadi secara tidak terduga ketika pasien sedang melakukan aktivitas. Sakit kepala, mual, muntah, kejang, merasa lumpuh pada sebagian tubuh, atau kelainan fungsi otak lainnya adalah gejala – gejala yang biasanya muncul secara tiba – tiba.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Untuk mengidentifikasi kondisi medis pasien di masa lalu agar bisa mempertimbangkan riwayat medis pada pasien, seperti kasus kardiovaskuler, tekanan darah tinggi dan lainnya yang berhubungan dengan *stroke non hemoragik*.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya adanya riwayat penyakit pada keluarga yang menderita darah tinggi maupun diabetes melitus.

5) Riwayat Psikososial

Faktor yang dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pada pasien dan keluarga.

c. Kebutuhan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Dalam Kehidupan Sehari – hari

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan pola pemahaman pasien dan keluarga mengenai kesehatan dan bagaimana cara mereka mengatur kesehatan.

2) Pola Nutrisi (makan dan minum)

Menggambarkan konsumsi terhadap kebutuhan suplai gizi, meliputi pola konsumsi makanan dan cairan.

3) Eliminasi (BAB/BAK)

Mengkaji pola BAB dan BAK pada pasien. Pada BAB tinjau konsistensi warna, bau, ada atau tidaknya darah. Pada BAK tinjau warna, volume, dan bau.

4) Aktifitas

Menjelaskan kebiasaan olahraga, waktu luang, dan rekreasi. Hal ini juga harus menyertakan kegiatan sehari – hari yang mencakup komponen seperti otot dan saraf yang dapat mengubah pola aktivitas.

5) Istirahat dan Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi. Biasanya pasien mengalami kesulitan untuk istirahat karena mengalami nyeri otot

6) Kebersihan Diri

Mengkaji berapa kali pasien mandi dalam sehari dan apakah pasien mampu untuk melakukan kebersihan diri secara mandiri.

7) Rasa Nyaman

Mengkaji keadaan yang membuat pasien merasa nyaman, terlindungi dari ancaman psikologis, dan bebas dari rasa sakit terutama nyeri.

8) Rasa Aman

Mengkaji perasaan pasien yang dimana pasien merasa terlindungi dari ancaman atau terror dari luar maupun dalam diri pasien yang terkait dengan keamanan.

9) Melaksanakan Ibadah

Kebiasaan atau bantuan yang diperlukan selama pasien sakit.

10) Kesehatan lingkungan

Mengkaji mengenai lingkungan tempat tinggal pasien, mengenai ketersediaan air bersih, ventilasi rumah, maupun keadaan sekitar rumah dan tetangga.

d. Data Fisiologis

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas atau istirahat, dengan itu perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

e. Kemampuan Mobilitas

Tujuan dari pemeriksaan mobilitas adalah untuk mengevaluasi kemampuan seseorang untuk berpindah ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun, dan bergerak tanpa bantuan. Kategori Tingkat kemampuan sebagai berikut :

Tabel 2
Kemampuan Mobilitas

Tingkat	Kategori
Aktivitas/Mobilitas	
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan alat
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : (Hidayat & Mulyah. *Kebutuhan Dasar Manusia*, 2019)

f. Kekuatan Otot

Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan skala dan karakteristik

Tabel 3
Kekuatan Otot Dan Gangguan Koordinasi

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

Sumber : (Hidayat & Mulyah. *Kebutuhan Dasar Manusia*, 2019)

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dimulai dari kepala sampai ujung kaki (*head to toe*). Pada pemeriksaan fisik diperlukan empat modalitas dasar yang dilakukan yaitu, inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Setelah itu ada pemeriksaan tambahan seperti pengukuran tinggi bada, berat badan, untuk mengakaji tingkat kesehatan umum pada pasien dan pemeriksaan tanda – tanda vital seperti tekanan darah, nadi, respirasi,suhu (Hadinata, 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, atau kelompok pada Kesehatan mengenai risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan dibagi menjadi tiga yaitu diagnosis aktual, diagnosis risiko, diagnosis potensial.

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis aktual menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mengakibatkan pasien mengalami masalah pada kesehatan. Tanda gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami masalah pada kesehatan. Tidak ditemukannya tanda gejala mayor dan minor pada pasien, dimana pasien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Potensial

Diagnosis potensial menggambarkan keadaan sejahtera dari individu maupun keluarga dimana keluarga mampu untuk memenuhi kebutuhan Kesehatan dan sumber penunjang Kesehatan yang memungkinkan untuk ditingkatkan.

Diagnosis keperawatan yang diambil pada masalah ini yaitu gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan keadaan dimana adanya keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negative menunjukkan bahwa pasien sakit, sehingga penegakkan diagnosis ini mengarah pada pemberian intervensi keperawatan yang bersifat kuratif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perawatan yang dilakukan oleh perawat dengan keahlian dan penilaian klinis untuk mendapatkan hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah cara – cara tertentu yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur yang meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga maupun komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu Label, Ekspetasi, dan kriteria hasil. Masing – masing komponen diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,2019).

Tabel 4
Intervensi Keperawatan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada *Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Luaran Utama</p> <p>Mobilitas Fisik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 20 menit diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang Gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Dukungan Mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

1	2	3
		<p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>Intervensi pendukung</p> <p>Teknik Latihan Penguatan Otot</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1. Monitor efektifitas latihan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Melakukan latihan sesuai dengan program yang dilakukan</p> <p>2. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistis dalam menentukan rencana latihan</p> <p>3. Berikan intruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan</p>

1	2	3
		<p>setelah selesai sesi latihan (mis. kelemahan, kelelahan)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan 2. Kolaborasi dengan tim Kesehatan lain (mis. terapis aktivitas, ahli fisiologi, terapi fisik dalam perencanaan, pengajaran, dan monitor program latihan otot.

Sumber (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Untuk mengatasi masalah Kesehatan pasien sesuai dengan intervensi keperawatan dan kriteria hasil yang ditetapkan, perawat harus berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim Kesehatan lainnya. Hal ini dilakukan dengan memantau dan mendokumentasikan reaksi pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Serangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dengan masalah status Kesehatan ketika status Kesehatan yang baik sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan untuk suatu hasil dikenal sebagai implementasi keperawatan. Kebutuhan pasien dan variable lain yang mungkin berdampak pada kebutuhan keperawatan, strategi keperawatan, dan kegiatan

komunikasi harus menjadi focus utama dalam proses implementasi (Hadinata, 2022)

Implementasi adalah untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, seperti meningkatkan kesejahteraan, mencegah penyakit, memulihkan Kesehatan, dan mendorong penanggulangan. Menggunakan hasil rencana keperawatan untuk memandu tindakan selanjutnya yang dinilai seperti, mengetahui perkembangan Kesehatan pasien dari waktu ke waktu, menjaga kekebalan tubuh, mencegah komplikasi, mengidentifikasi perubahan positif dalam sistem tubuh, memberikan lingkungan yang tenang, dan nyaman kepada pasien, dan mengimplementasikan arahan yang dianjurkan oleh dokter (Hadinata, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses menilai Kesehatan pasien atau hasil yang diamati dengan membandingkan pada tujuan terhadap tahap perencanaan dan kriteria hasil. Tujuan utama evaluasi adalah perbaikan dan penilaian bertahap. Selama penilaian perawat mengevaluasi bagaimana pasien merespon intervensi dan menetapkan tujuan rencana keperawatan. Diagnosis keperawatan, tujuan, dan intervensi dimodifikasi atau dihilangkan saat perawat mengevaluasi kembali data yang diberikan kepada pasien. Berdasarkan Keputusan pasien dan perawat, evaluasi dapat membantu perawat dalam mengidentifikasi tujuan hasil yang dapat dicapai (Hadinata, 2022).

Untuk membantu perawat untuk mengevaluasi atau memantau kondisi pasien adapun komponen SOAP yaitu, S (subjektif) perawat dapat mendokumentasikan keluhan pasien yang masih ada setelah intervensi keperawatan. O (objektif) data objektif adalah informasi yang berasal dari

pengukuran atau pengamatan langsung perawat terhadap pasien, serta reaksi pasien terhadap intervensi keperawatan. A (analisis) merupakan masalah atau diagnosis keperawatan yang terus berlanjut dan dapat didokumentasikan. Masalah diagnosis baru muncul ketika status Kesehatan pasien berubah dan ditemukan dalam data subjektif dan data objektif. P (planning) mengacu pada perencanaan keperawatan yang akan ditambahkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah diputuskan sebelumnya atau akan diperbaiki, dihentikan, atau dilanjutkan (Hadinata, 2022).