

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian *Stroke Non Hemoragik*

Stroke non hemoragik umumnya disebabkan oleh penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah yang dikenal sebagai aterosklerosis. Berbagai zat seperti kolesterol, homosistein, dan komponen lainnya, dapat menempel pada dinding arteri dan membentuk plak yang bersifat lengket. Dalam jangka waktu tertentu, plak akan semakin menumpuk sehingga aliran darah menjadi terhambat dan berisiko menimbulkan terbentuknya pembekuan darah (Kanggeraldo et al., 2018).

2. Etiologi *Stroke Non Hemoragik*

Stroke non hemoragik terjadi ketika suplai aliran darah ke otak terganggu. Hal ini disebabkan oleh pembentukan trombus dari plak aterosklerosis di pembuluh darah yang memasok oksigen dan nutrisi ke otak, atau oleh embolus dari pembuluh darah di luar otak yang menyumbat arteri serebral. Trombus dan embolus terlepas terbawa oleh aliran darah dan tersangkut di pembuluh darah sehingga aliran darah ke jaringan otak tidak mendapatkan suplai oksigen dan nutrisi. Kekurangan oksigen dan glukosa dalam sel otak maka menyebabkan asidosis yang mengganggu keseimbangan ion. Natrium klorida dan air masuk menyebabkan edema serebral. Selanjutnya, perubahan ion memicu terjadinya pembentukan radikal bebas yang menyebabkan membran sel saraf rusak (Wasilah et al., 2023).

3. Klasifikasi *Stroke Non Hemoragik*

Stroke non hemoragik (infark serebral) adalah kondisi yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak akibat iskemia, emboli, atau trombosis serebral.

Biasanya terjadi setelah periode istirahat yang lama, seperti saat bangun tidur atau di pagi hari. Pada jenis *stroke* ini, tidak terjadi perdarahan, melainkan kekurangan oksigen (hipoksia), yang dapat menyebabkan pembengkakan jaringan otak (edema sekunder). Tergantung pada perjalanan atau stadium kondisinya, menurut Wijaya & Putri, (2020) *stroke* non hemoragik diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Serangan *iskemik transien* (TIA): Gangguan neurologis lokal yang berlangsung dari beberapa menit hingga beberapa jam. Gejala mereda secara spontan, dan mereka yang terkena dampak pulih sepenuhnya dalam waktu 24 jam.
- b. *Stroke* progresif: *Stroke* pada stadium lanjut, ditandai dengan defisit neurologis yang semakin parah dan memburuk. Kondisi ini dapat berlangsung dari 24 jam hingga beberapa hari.
- c. *Stroke* lengkap: Gangguan neurologis bersifat permanen. *Stroke* lengkap sering kali didahului oleh serangan TIA berulang.

Menurut Catur Budi Susilo, (2019) *Stroke non hemoragik* dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi terjadinya sumbatan, yaitu :

a. *Stroke Trombotik*

Stroke trombotik merupakan jenis *stroke non hemoragik* yang terjadi akibat terbentuknya bekuan darah di pembuluh darah otak. Trombus terbentuk di area pembuluh darah yang telah mengalami aterosklerosis atau penyempitan akibat penumpukan plak lemak. Akibatnya, aliran darah ke otak menjadi tersumbat, sehingga sel otak kurang oksigen dan nutrisi. Sebagian besar pasien mengalami serangan iskemik sementara atau *transient ischemic attack* (TIA) sebelum terjadinya trombotik. TIA berlangsung kurang dari 24 jam, jika serangan berulang risiko berkembangnya *stroke trombotik* dalam 24 jam menjadi meningkat.

b. *Stroke Embolik*

Stroke embolik terjadi akibat sumbatan pembuluh darah otak oleh embolus yang berasal dari luar otak. Embolus berupa bekuan darah, gelembung udara atau material lain yang terbawa aliran darah hingga menyumbat arteri serebral. Sumber embolus yang sering ditemukan berasal dari jantung, khususnya pada pasien dengan riwayat infark miokard atau fibrilasi atrium serta dari aorta. Gangguan neurologis yang muncul pada *stroke embolik* tidak hanya di pengaruhi oleh lokasi sumbatan, tetapi kemampuan embolus dalam menimbulkan vasokonstriksi akibat iritasi vaskular. Selain itu, sebagian kasus *stroke embolik* dapat berkembang menjadi infark hemoragik akibat terjadinya perdarahan pada jaringan otak yang mengalami nekrosis.

4. Tanda dan Gejala *Stroke Non Hemoragik*

Menurut Wijaya & Putri, (2020) tanda dan gejala yang terjadi pada penderita *stroke* yaitu :

a. Kehilangan fungsi motorik

Stroke merupakan gangguan pada neuron motorik atas yang mengakibatkan hilangnya kemampuan mengontrol gerak secara sadar. Kerusakan ini menyebabkan berbagai gangguan fungsi motorik, antara lain :

- 1) Hemipleggia, yaitu kelumpuhan total pada satu sisi tubuh.
- 2) Hemiparesis, yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh. Akibat hemiparesis, pasien mengalami penurunan kekuatan dan tonus otot, gangguan koordinasi serta keseimbangan dalam keterbatasan menggerakkan ekstremitas. Kondisi tersebut menyebabkan kesulitan dalam berjalan, mempertahankan postur tubuh,

serta melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, sehingga muncul masalah gangguan mobilitas fisik (Azzahra & Fitriyani, 2023).

- 3) Gangguan tonus otot, yaitu ditandai dengan penurunan atau peningkatan tonus secara abnormal. Perubahan tonus ini dapat memengaruhi perubahan dalam bergerak, mempertahankan postur tubuh serta melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Kehilangan fungsi komunikasi

Stroke dapat memengaruhi area otak yang berperan dalam fungsi bahasa dan komunikasi antara lain :

- 1) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditandai dengan ucapan tidak jelas akibat kelemahan atau paralisis otot-otot yang berperan dalam proses artikulasi bicara.
- 2) Disfasia atau afasia, yaitu gangguan atau kehilangan kemampuan berbahasa yang dapat bersifat ekspresif (kesulitan mengungkapkan kata-kata), reseptif (kesulitan memahami pembicaraan).

c. Gangguan persepsi

- 1) Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang pada satu atau kedua mata yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.
- 2) Amorfosintesis, yaitu kondisi pasien cenderung mengabaikan atau tidak menyadari sisi tubuh atau ruang yang sakit.
- 3) Gangguan hubungan visual spasial, yaitu kesulitan dalam memahami hubungan posisi antara dua atau lebih objek dalam satu ruang.

- 4) Kehilangan fungsi sensori, ketidak mampuan merasakan posisi dan pergerakan anggota tubuh (kehilangan proprioepsi), serta kesulitan dalam menginterpretasikan rangsangan visual, taktil, dan auditorius.

5. Faktor Risiko *Stroke Non Hemoragik*

Menurut Wasilah et al., (2023) Faktor risiko *stroke* dapat dibagi menjadi dua yaitu tidak dapat di modifikasi dan dapat di modifikasi yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat di modifikasi

1) Usia

Usia merupakan salah satu utama faktor risiko terjadinya *stroke*. Kejadian *stroke* sering terjadi pada usia lanjut di atas 65 tahun, meskipun *stroke* juga dapat terjadi pada usia produktif.

2) Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin memengaruhi kejadian *stroke*. Angka kejadian *stroke* lebih tinggi terjadi pada pria, namun tingkat kematian dan kecacatan akibat *stroke* lebih banyak ditemukan pada wanita karena kejadian *stroke* umumnya terjadi pada usia lebih tua.

3) Ras

Faktor ras juga mempengaruhi terkait risiko dan angka kematian akibat *stroke*. Individu berkulit hitam cenderung memiliki risiko *stroke* lebih tinggi, sedangkan populasi Asia Pasifik lebih rentan terhadap kematian akibat perdarahan intraserebral.

4) Faktor genetik

Riwayat *stroke* dalam keluarga meningkatkan risiko kejadian *stroke* hingga 30%, terutama berkaitan dengan penyakit keturunan.

b. Faktor yang dapat di modifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko *stroke non hemoragik* maupun *stroke hemoragik*. Tekanan darah yang tinggi dan tidak terkontrol dapat mengganggu perfusi otak serta meningkatkan risiko. Pembuluh darah yang mengalami penebalan dan degenerasi kemudian pecah dan menimbulkan perdarahan.

2) Merokok

Merokok meningkatkan risiko *stroke* melalui kerusakan dinding pembuluh darah, percepatan arterosklerosis dan peningkatan kecenderungan pembentukan trombus.

3) Diabetes Melitus

Diabetes melitus meningkatkan risiko *stroke* melalui percepatan proses aterosklerosis serta menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemi, iskemi terjadi penurunan perfusi otak dan terjadi *stroke*.

4) Dislipidemia

Dislipidemia, terjadi peningkatan kadar kolesterol total, LDL, trigliserida serta penurunan HDL, yang dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah tersumbat ke otak, maka perfusi otak menurun sehingga terjadi *stroke*.

6. Patofisiologi *Stroke Non Hemoragik*

Otak memiliki kebutuhan oksigen, nutrisi dan proses metabolisme yang sangat tinggi, sehingga sangat bergantung pada aliran darah yang stabil. Pada *stroke non hemoragik*, aliran darah serebral berkurang atau terganggu oleh oklusi vaskular. Hal ini biasanya disebabkan oleh trombus atau embolus, yang sering dipicu oleh

arteriosklerosis. Penumpukan plak lemak merusak dinding pembuluh darah, mempersempit lumen (tabung pembuluh darah), dan menyebabkan pembentukan bekuan darah, sehingga mengurangi aliran darah serebral.

Stroke non hemoragik terjadi penurunan atau terhentinya aliran darah ke otak akibat tersumbatnya pembuluh darah otak sehingga suplai oksigen dan glukosa tidak mencukupi kebutuhan sel. Gangguan aliran ini terutama disebabkan oleh trombosis dan emboli, sedangkan sebagian lainnya terjadi akibat penurunan aliran darah secara menyeluruh, seperti pada kondisi hipotensi. Proses ini diawali oleh aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak yang mengandung kolesterol pada pembuluh darah besar, sedang maupun kecil. Plak menyebabkan dinding arteri menebal dan permukaan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan memudahkan terbentuknya trombus dan menyumbat aliran darah.

Kerusakan endotel pembuluh darah akibat hipertensi, merokok, serta pola makan tinggi lemak memicu pelekatan trombosis dan fibrin pada plak aterosklerotik. Perlengketan ini berlangsung perlahan dan memperbesar ukuran plak hingga terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah. Bila terjadi penurunan aliran darah otak di bawah 20mL/100g jaringan otak per menit akan menyebabkan iskemia, dan bila menurun hingga di bawah 12mL/100g per menit akan terjadi kerusakan jaringan otak permanen yang disebut infark. Area yang mengalami kerusakan berat disebut inti iskemik, di mana sel otak kehilangan kemampuan metabolisme dan aktivitas listrik. Daerah ini dikelilingi oleh zona penumbra, yaitu jaringan otak yang masih hidup namun fungsinya menurun dan sangat bergantung pada perfusi darah.

Jika sumbatan pembuluh darah tidak segera teratasi, sel otak akan mengalami kekurangan oksigen dan glukosa yang menyebabkan asidosis, depolarisasi membran sel, serta gangguan metabolisme. Pada fase awal kondisi ini masih bersifat reversibel, namun bila perfusi terus menerus menurun hingga di bawah 10mL/100g per menit akan terjadi kematian sel otak permanen. Kondisi inilah yang menimbulkan kesemutan kelemahan anggota gerak hingga kelumpuhan pada penderita *stroke non hemoragik* (Wasilah et al., 2023).

7. Pemeriksaan Penunjang *Stroke Non Hemoragik*

a. Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan laboratorium meliputi hematologi rutin, gula darah sewaktu, serta penilaian fungsi ginjal melalui pemeriksaan ureum dan kreatinin. Selain itu, dilakukan pemeriksaan fungsi pembekuan darah, yaitu *activated partial thromboplastin time* (APTT) dan *prothrombin time* (PT), untuk menilai status koagulasi serta sebagai pertimbangan dalam penatalaksanaan terapi *stroke*.

b. CT-Scan Kepala

CT-Scan kepala merupakan pemeriksaan baku emas untuk membedakan *stroke* iskemik dengan *stroke hemoragik*. Pemeriksaan ini juga digunakan untuk menentukan lokasi dan luas area infark, serta mendeteksi kemungkinan adanya perdarahan yang meluas ke ruang ventrikel. Meskipun pada fase awal infark serebri atau batang otak gambaran CT Scan belum selalu tampak jelas, pemeriksaan ini tetap penting dalam evaluasi awal pasien *stroke*.

c. Ekokardiografi

Ekokardiografi dilakukan untuk mendeteksi sumber emboli yang berasal dari jantung. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih detail

dibandingkan transthorakal, terutama dalam menilai kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif dalam mendeteksi trombus mural maupun vegetasi katup jantung.

d. Ultrasonografi Doppler Karotis

Pemeriksaan Doppler karotis digunakan untuk menilai adanya stenosis arteri karotis, terutama stenosis simtomatik lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk dilakukan endarterektomi karotis sebagai upaya pencegahan *stroke* berulang.

e. Terapi Obat

Terapi obat pada *stroke non hemoragik* bertujuan untuk mengembalikan aliran darah ke otak, mencegah kerusakan jaringan yang lebih luas, serta mengurangi risiko kekambuhan. Contoh obat yang sering digunakan tergantung pada kasusnya :

- 1) Antiplatelet seperti aspirin dan clopidogrel digunakan untuk menghambat agregasi trombosit sehingga mencegah terbentuknya bekuan darah baru.
- 2) Antikoagulan seperti heparin dan warfarin bekerja dengan menghambat proses pembekuan darah. Obat ini biasanya diberikan pada pasien dengan stroke akibat emboli, misalnya yang disebabkan oleh gangguan jantung seperti fibrilasi atrium.
- 3) Trombolitik seperti alteplase (rt-PA) berfungsi melarutkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah di otak. Terapi ini sangat efektif jika diberikan pada fase akut, yaitu dalam waktu kurang dari 4,5 jam setelah onset gejala.
- 4) Neuroprotektor seperti citicoline dan piracetam digunakan untuk melindungi sel saraf dari kerusakan lebih lanjut akibat kekurangan oksigen.

- 5) Statin seperti simvastatin dan atorvastatin berfungsi menurunkan kadar kolesterol dalam darah. Dengan mengurangi pembentukan plak di pembuluh darah.
- 6) Antihipertensi seperti amlodipine dan captopril digunakan untuk mengontrol tekanan darah. Pengendalian tekanan darah sangat penting untuk mencegah kerusakan pembuluh darah yang lebih parah serta mengurangi risiko komplikasi.
- 7) Antidiabetik seperti insulin atau metformin diberikan pada pasien yang memiliki diabetes melitus. Pengendalian kadar gula darah membantu mencegah kerusakan pembuluh darah dan mempercepat proses penyembuhan.

8. Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

a. Definisi

Gangguan mobilitas fisik adalah kondisi terbatasnya kemampuan individu untuk melakukan gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih anggota gerak (SDKI PPNI, 2016).

b. Penyebab

Mengacu pada buku SDKI PPNI, (2016), penyebab 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 neuromuskuler, 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 sensori persepsi.

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik menurut SDKI PPNI, (2016), meliputi:

1) Tanda dan gejala mayor

a) Data subjektif

(1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

b) Data objektif

(1) Kekuatan otot menurun

(2) Rentang gerak (ROM) menurun

2) Tanda dan gejala minor

a) Data subjektif

(1) Nyeri saat bergerak

(2) Enggan melakukan pergerakan

(3) Merasa cemas saat bergerak

b) Data objektif

(1) Sendi kaku

(2) Gerakan tidak terkoordinasi

(3) Gerakan terbatas

(4) Fisik lemah

d. Kondisi klinis

Kondisi klinis mengenai gangguan mobilitas fisik, yaitu *stroke*, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, keganasan.

e. Patofisiologi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik terjadi ketika kemampuan tubuh untuk bergerak secara mandiri dan terarah mengalami keterbatasan akibat gangguan pada sistem muskuloskeletal, sistem saraf, atau fungsi neuromuskular. Proses patofisiologi diawali oleh adanya kerusakan atau gangguan fungsi saraf motorik, otot, sendi, atau tulang, yang menyebabkan impuls dari sistem saraf pusat tidak tersampaikan secara optimal ke otot. Akibatnya, terjadi penurunan kekuatan otot, gangguan koordinasi, ketidak seimbangan postur, serta keterbatasan rentang gerak. Kondisi ini sering disertai nyeri atau kelelahan yang mendorong individu untuk membatasi aktivitas fisik. Apabila pembatasan gerak berlangsung lama, maka akan terjadi imobilisasi, yang memicu perubahan lanjutan berupa atrofi otot, penurunan massa dan tonus otot, kekakuan sendi, serta penurunan toleransi aktivitas. Perubahan-perubahan tersebut saling berkaitan dan memperberat keterbatasan mobilitas fisik, sehingga individu mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan berisiko mengalami ketergantungan apabila tidak mendapatkan intervensi dan rehabilitasi yang adekuat (Salmawanti & Siyamti, 2025).

9. Pemberian Terapi Kombinasi ROM dengan Rangsangan Taktil

a. *Range Of Motion* (ROM) pasif

1) Pengertian

ROM pasif mengacu pada latihan gerakan sendi yang dilakukan dengan bantuan orang lain, seperti perawat, atau dengan bantuan alat mekanis, ketika pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuhnya secara mandiri. Perawat menggerakkan sendi pasien dalam rentang gerak normal mereka untuk menjaga

fleksibilitas otot dan sendi. Gerakan dapat dilakukan pada semua sendi atau hanya pada bagian tubuh dengan mobilitas terbatas.

2) Tujuan

ROM bertujuan untuk membantu mempertahankan dan meningkatkan kelenturan serta kekuatan otot, mencegah terjadinya kekakuan pada persendian, memperlancar aliran darah, serta mencegah terjadinya kontraktur, dan deformitas (Istichomah, 2020).

3) Manfaat

Manfaat ROM untuk menilai kemampuan gerak tulang, sendi dan otot serta membantu proses pengkajian kondisi sistem muskuluskeletal. Selain itu, ROM dapat mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan tonus otot, memperbaiki mobilitas persendian, dan meningkatkan toleransi otot terhadap aktivitas atau latihan fisik (Istichomah, 2020).

b. Rangsangan Taktil

1) Pengertian, Stimulasi taktil adalah pemberian rangsangan melalui sentuhan fisik pada permukaan tubuh (kulit atau jaringan), seperti pijatan atau sentuhan lembut, yang bertujuan mengaktifkan reseptor sensori pada kulit (Sari et al., 2023). Rangsangan taktil pada prinsipnya harus menimbulkan kontraksi otot sehingga dapat merangsang *muscle spindle* dan *golgi tendon* organ. Impuls ini dikirim melalui serat saraf yang kurang bermielin. Rangsangan taktil akan memicu proprioceptor di kulit dan persendian serta *muscle spindle*, yang akan mengirimkan impuls ke motoneuron anterior (Syamsuddin & Yasin, 2023).

2) Manfaat

Menurut Sari et al., (2023) adapun manfaat dari rangsangan taktil; yaitu

a) Meningkatkan fungsi sensori dan respons saraf

Sentuhan terstruktur mengaktifkan reseptor sensori pada kulit yang kemudian mengirimkan impuls ke sistem saraf pusat, sehingga membantu meningkatkan fungsi sensori pasien.

b) Memperlancar sirkulasi darah

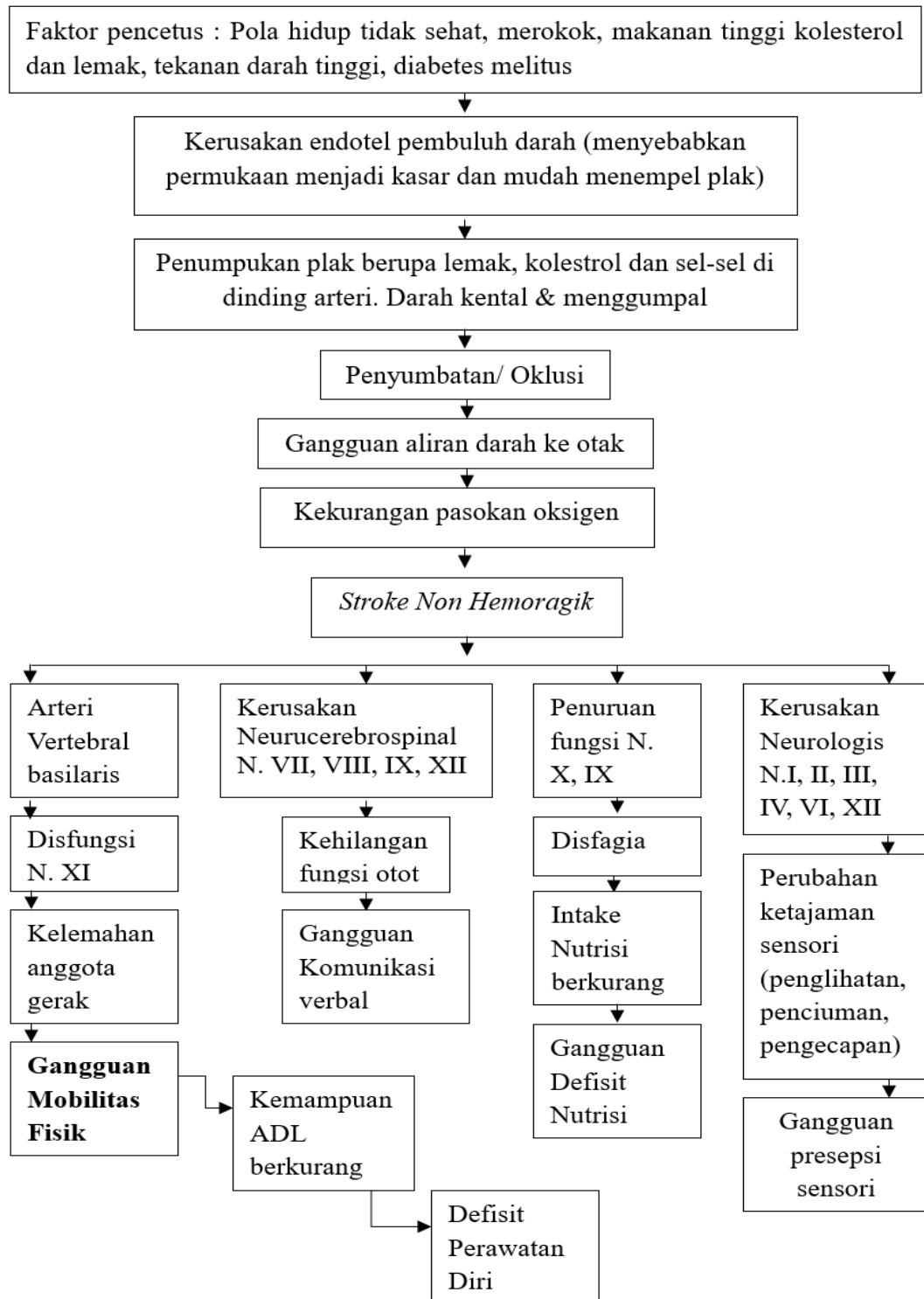
Teknik stimulasi seperti pijatan lembut dapat membantu meningkatkan aliran darah ke jaringan dan organ terkait, sehingga mendukung proses pemulihan fungsi tubuh.

c) Membantu relaksasi dan menurunkan respons stres

Stimulasi taktil dapat memengaruhi sistem saraf otonom dan neuroendokrin yang berperan dalam regulasi stres, sehingga membantu menenangkan tubuh dan meningkatkan kenyamanan pasien.

B. Problem Tree

Problem tree gangguan mobilitas fisik akibat *stroke non hemoragik* seperti pada gambar 1.



Sumber : (Wijaya & Putri, 2020).

Gambar 1. Problem Tree Gangguan Mobilitas Fisik Akibat *Stroke Non Hemoragik*

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk mengumpulkan informasi secara menyeluruh mengenai kondisi pasien. Pada tahap ini, perawat berupaya memperoleh data yang akurat dan relevan agar dapat memahami keadaan kesehatan, kebutuhan, serta masalah yang dialami pasien. Melalui pengkajian, perawat dapat mengenali status kesehatan pasien, baik masalah yang sudah muncul maupun yang berpotensi terjadi di kemudian hari. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif, yaitu informasi yang disampaikan langsung oleh pasien mengenai keluhan atau perasaannya, serta data objektif, yaitu hasil observasi dan pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh perawat. Seluruh data tersebut menjadi dasar dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien (Sinulingga, 2019).

Pengkajian pada pasien *stroke non hemoragik* sebagai berikut :

- a. Identitas pasien, data ini meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, tanggal lahir, pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, tinggi badan/berat badan, penampilan, alamat, diagnosa medis, nama penanggung jawab, hubungan dengan pasien, alamat & telepon.
- b. Riwayat pekerjaan, menguraikan pekerjaan pasien saat ini, alamat tempat pekerjaan, pekerjaan sebelumnya, jarak dari rumah, sarana transportasi yang digunakan, serta sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan hidup.
- c. Riwayat lingkungan hidup, menjelaskan tipe tempat tinggal, jumlah kamar, kondisi rumah, jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah, dan derajat privasi dalam rumah.

- d. Riwayat rekreasi, meliputi hobi atau minat pasien, keanggotaan dalam organisasi, serta aktivitas liburan atau perjalanan yang dilakukan.
- e. Sistem pendukung, mencakup tenaga kesehatan yang digunakan untuk mendukung kesehatan, jarak rumah ke pelayanan kesehatan yang sering dikunjungi, pelayanan kesehatan di rumah, hingga perawatan sehari-hari yang diberikan keluarga.
- f. Status kesehatan, mencakup kondisi kesehatan pasien dalam lima tahun terakhir, keluhan kesehatan saat ini, status kesehatan saat ini, obat-obatan yang dikonsumsi, status imunisasi, alergi obat-obatan dan makanan, serta riwayat penyakit yang diderita.
- g. Keluhan utama berisikan tanda dan gejala pada kesiapan peningkatan manajemen kesehatan.
- h. Aktivitas hidup sehari-hari, meliputi pengukuran indeks katz, berat badan, tinggi lutut atau tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT), dan vital sign.
- i. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pada bagian ini mengkaji mengenai kebutuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, *personal hygiene*, seksual, rekreasi, dan aspek psikologis pasien.
- j. Tinjauan sistem, dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, GCS, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan *head to toe*.
- k. Hasil pengkajian kognitif dan mental, hasil pengkajian meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), *Mini-Mental State Exam* (MMSE), dan Inventaris Depresi GDS (*Geriatric Depression Scale*).

- l. Data penunjang, berisi data atau informasi tambahan yang mendukung kondisi medis pasien baik berupa hasil uji laboratorium, radiologi, EKG, USG, CT-Scan, MRI, dan pemeriksaan lainnya.
- m. Analisis data, merupakan pengelompokan data berdasarkan masalah keperawatan untuk proses klasifikasi dan validasi informasi yang mendukung dalam menegakkan suatu diagnosis yang akurat.

Adapun analisis data keperawatan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik dijelaskan pada tabel 1.

Tabel 1.
Analisis Data Keperawatan dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat *Stroke Non Hemoragik*

No	Data (<i>Sign/Symptom</i>)	Interpretasi (<i>Etiologi</i>)	Masalah (<i>Problem</i>)
1	2	3	4
1	a. Tanda dan gejala Mayor Subjektif 1) Mengungkapkan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 2) Kekuatan otot menurun 3) Rentang gerak (ROM) menurun b. Tanda dan gejala minor Subjektif	<i>Stroke non hemoragik</i> ↓ Sumbatan pembuluh darah otak (trombus/embolus) ↓ Aliran darah ke jaringan otak menurun ↓ Iskemik jaringan otak ↓ Kerusakan jaringan otak ↓ Gangguan fungsi neurologis ↓	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1	2	3	4
	1) Mengeluh nyeri saat bergerak	Kelemahan ekstremitas	
	2) Mengeluh enggan melakukan pergerakan	↓ Penurunan kemampuan gerak	
	4) Mengungkapkan merasa cemas saat bergerak	↓ Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
	Objektif		
	1) Sendi kaku		
	2) Gerakan tidak terkoordinasi		
	3) Gerakan terbatas		
	5) Fisik lemah		

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,2016); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenal respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2016).

Pada kasus ini, untuk diagnosis promosi kesehatan maka metode penulisan diagnosis yang digunakan adalah metode penulisan dua bagian (*Three part*) yaitu “Masalah *berhubungan dengan* Penyebab *dibuktikan dengan* Tanda/Gejala”. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu, Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) *berhubungan dengan* penurunan kekuatan otot *dibuktikan dengan* mengeluh sulit

menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

3. Perencanaan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan terdiri dari tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran keperawatan. Luaran keperawatan merupakan aspek yang dapat diukur maupun diamati sebagai respons pasien, keluarga, atau komunitas terhadap intervensi yang telah diberikan. Melalui luaran ini, perawat dapat menilai sejauh mana diagnosis keperawatan telah ditangani melalui tindakan keperawatan yang sesuai. Dalam sistem keperawatan, luaran memiliki tiga komponen penting yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Komponen label digunakan untuk menamai atau mengidentifikasi jenis luaran keperawatan yang diukur. Komponen ekspektasi menggambarkan hasil yang diharapkan setelah intervensi dilakukan. Sedangkan kriteria hasil berfungsi sebagai indikator atau tanda perubahan pada pasien yang dapat diamati oleh perawat, dan menjadi dasar untuk mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan (SLKI PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan merupakan berbagai tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan pertimbangan klinisnya untuk membantu meningkatkan, mencegah, serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, maupun masyarakat (SIKI PPNI, 2018). Langkah ini menjadi bagian penting dalam proses keperawatan karena membantu perawat memberikan asuhan yang tepat sesuai dengan masalah atau diagnosis yang ditemukan. Dalam menyusun rencana intervensi, perawat perlu menentukan tujuan, menetapkan hasil yang diharapkan,

dan menyusun langkah-langkah tindakan yang akan dilakukan agar perawatan berjalan efektif dan terarah (Usman *et al.*, 2023).

Adapun intervensi keperawatan pada gangguan mobilitas fisik dijelaskan pada tabel 2.

Tabel 2.
Intervensi Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat *Stroke Non Hemoragik*

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x30 menit, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Nyeri menurun(5) 5. Cemas menurun (5) 6. Kaku sendi menurun (5)	Intervensi Utama Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 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 Terapeutik

1	2	3
7. Gerakan terkoordinasi menurun (5)	tidak	1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)
8. Gerakan menurun (5)	terbatas	2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu
9. Kelemahan menurun (5)	fisik	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		Edukasi
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
		2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
		3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
		Intervensi Pendukung Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185)

1	2	3
		Observasi
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas
		Terapeutik
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif 4. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi 5. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama

1	2	3
		Edukasi
		1. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama.
		2. Anjurkan Duduk ditempat tidur, di sisi tempat tidur (menjantai) atau di kursi, sesuai toleransi
		3. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis
		4. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan
		5. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan

Sumber: (Tim Pokja SDKI PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016);(Tim Pokja SLKI PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018); (Tim Pokja SIKI PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami hingga mencapai kondisi kesehatan yang optimal, sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan mencakup pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dengan tujuan memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan tindakan tersebut dilakukan secara sistematis dan berurutan berdasarkan prioritas masalah yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan, termasuk pengaturan urutan tindakan dan waktu pelaksanaannya sesuai dengan kebutuhan pasien (PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah direncanakan dapat tercapai (Widuri, 2023). Evaluasi ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan secara berkesinambungan untuk memantau kondisi pasien selama perawatan berlangsung, sedangkan evaluasi hasil dilakukan di akhir proses guna menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum. Dalam pelaksanaannya, evaluasi keperawatan biasanya menggunakan format SOAP, yang merupakan sistem dokumentasi umum untuk memudahkan pemantauan kondisi pasien. Komponen SOAP terdiri dari:

- a. S (Subjektif), Berisi informasi yang diperoleh dari pasien atau keluarganya, seperti keluhan utama, riwayat penyakit, kebiasaan hidup, serta faktor risiko.
- b. O (Objektif), Merupakan data yang didapat dari hasil observasi atau pemeriksaan tenaga kesehatan, seperti tanda vital, hasil pemeriksaan fisik, dan

laboratorium. Contohnya, tekanan darah tinggi pasien akan dicatat sebagai data objektif.

- c. A (*Analisis*), Berisi interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien serta menentukan prioritas tindakan yang diperlukan.
- d. P (*Planning*), Menjelaskan rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis, baik tindakan oleh tenaga kesehatan maupun tindakan mandiri pasien.