

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Konsep Proses Keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didaptkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Menurut (Purwanto, 2016) pengkajian pada pasien stroke meliputi:

##### **a. Identitas klien**

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

##### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yang ditemukan berupa kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

##### **c. Riwayat kesehatan sekarang**

Meliputi gejala berupa nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri serta kelumpuhan pada anggota gerak biasanya terjadi saat beraktivitas atau istirahat.

##### **d. Riwayat penyakit dahulu**

Penyakit bawaan sebelumnya seperti riwayat hipertensi, stroke, penyakit jantung, diabetes melitus, riwayat trauma kepala.

##### **e. Riwayat penyakit keluarga**

Riwayat keluarga yang menderita penyakit hipertensi, stroke sebelumnya mempengaruhi kejadian stroke.

**f. Riwayat psikososial dan spiritual**

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak harmonis, status dalam pekerjaan dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

**g. Aktivitas sehari-hari****1) Pola makan**

Pola makan sehari-hari klien yang dapat menjadi faktor pencetus terjadinya stroke (berlemak, tinggi garam).

**2) Minum**

Apakah klien memiliki ketergantungan mengkonsumsi obat, narkoba dan minum yang mengandung alkohol.

**3) Eliminasi**

Pada pasien stroke biasanya terdapat perubahan dalam pola eliminasi BAB yaitu kontipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi.

**h. Pemeriksaan fisik****1) Keadaan umum**

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yang sulit dimengerti.

**2) Tanda-tanda Vital****a) Tekanan darah**

Pasien dengan stroke biasanya memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80.

**b) Nadi, biasanya nadi normal****c) Pernafasan**

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

### 3) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien stroke berbeda-beda, tergantung tingkat keparahan stroke yang dialami, mulai dari kesadaran composmentis sampai keadaan koma.

#### a) Kualitatif

Pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

#### b) Kuantitatif

Pemeriksaan dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). Pemeriksaan gcs ini berguna untuk menilai tingkat kesadaran dengan melihat respon pasien dan pemeriksaan gcs ini juga dapat menjadi bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan keperawatan, biasanya respon yang dapat di kaji pada pasien stroke ini berbeda-beda tergantung tingkat keparahan pasien, penilaian tingkat kesadaran gcs ini paling tinggi dengan jumlah GCS 15 dan yang paling rendah nilainya 3.

**Tabel 2.1**

#### **Tingkat Kesadaran dengan Menggunakan GCS**

Tindakan	Respon	Skor
Membuka mata	Spontan	4
	Terhadap panggilan	3
	Terhadap nyeri	2
	Tidak ada	1
Respon bicara	Terorganisasi	5
	Bingung	4
	Kata tidak dimengerti	3
	Hanya suara	2
	Tidak ada	1
Respon motorik	Mematuhi perintah	6
	Melokalisir nyeri	5
	Menghindar	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi	2
	Tidak ada	1

Sumber: Haryono & Utami 2019.

#### 4) Pemeriksaan Nervus Cranialis:

##### a) Nervus I (*Olfactory*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi penciuman, biasanya pada pasien stroke tidak mempunyai masalah pada penciumannya.

##### b) Nervus II (*Optikus*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi penglihatan, pada pasien stroke fungsi persepsi visual terganggu karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial. Sering terlihat pada hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

##### c) Nervus III (*Oculomotorius*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan Refleks pupil, otot okular, eksternal termasuk gerakan ke atas, kebawah dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil.

##### d) Nervus IV (*Trochlearis*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan gerakan mata kebawah dan kedalam.

##### e) Nervus V (*Trigeminus*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan gerakan sensasi wajah, reflek kornea dan reflek berkedip. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

##### f) Nervus VI (*Abducens*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan pergerakan bola mata kelateral.

##### g) Nervus VII (*Facialis*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan ekspresi wajah, pada pasien stroke persepsi pengecap dalam batas normal. Wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

### h) Nervus VIII (*Vestibulokoklearis*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi pendengaran, Pada keadaan stroke biasanya jarang ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

### i) Nervus IX dan X (*Glosofaringeal, vagus*)

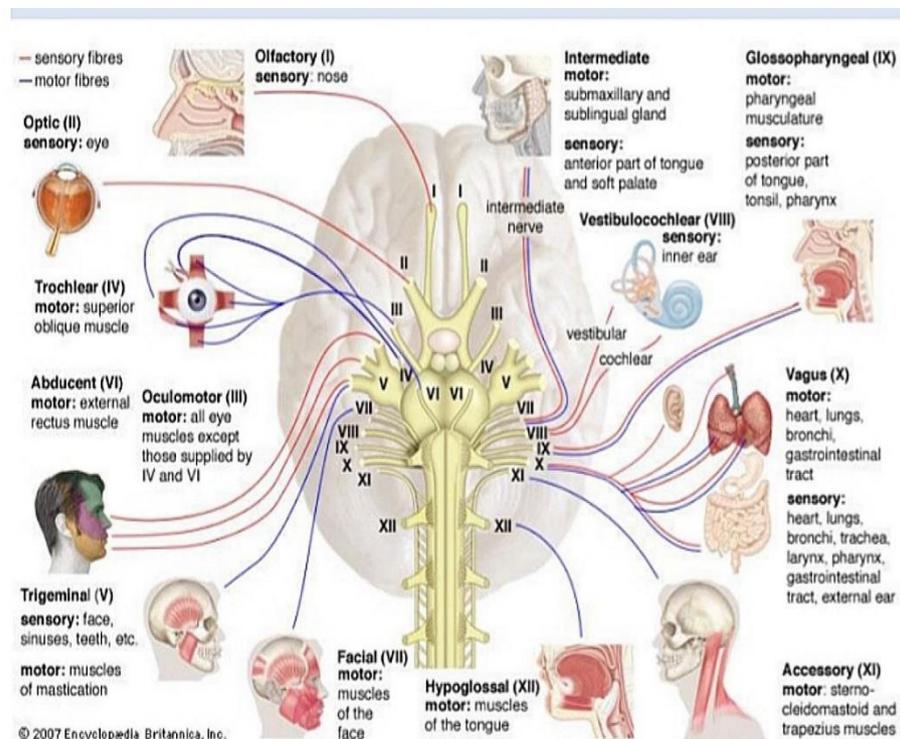
Nervus ini merupakan pemeriksaan kemampuan menelan, Pada pasien stroke didapatkan kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

### j) Nervus XI (*Aksesorius*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan pada pergerakan bahu, pada pasien stroke biasanya tidak dapat menggerakkan bahu pada sisi yang terganggu.

### k) Nervus XII (*Hipoglossus*)

Nervus ini merupakan pemeriksaan otot lidah, pada pasien stroke lidah asimetris, serta indra pengecap normal.



Sumber: Maria, 2021.

**Gambar 2.1**  
**Distribusi saraf kranial**

## **i. Pemeriksaan Penunjang**

### **a) Pemeriksaan Radiologi**

1. CT scan didapatkan hiperdens fokal, kadang kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak, edema, hematoma, iskemia, dan infark.
2. MRI untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
3. Angiografi serebal untuk mencari sumber perdarahan atau membantu menentukan penyebab stroke yang lebih spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
4. Pemeriksaan foto thoraks dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.

### **b) Pemeriksaan Laboratorium**

1. Fungsi darah rutin.
2. Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia (kadar gula darah tinggi).
3. Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

### **c) Pergerakan sendi**

Pergerakan sendi dikenal dengan dua istilah yaitu pergerakan aktif dan pasif. Pergerakan aktif merupakan pergerakan sendi yang dilakukan oleh pasien sendiri sedangkan gerakan pasif merupakan pergerakan sendi dengan bantuan. Pada pergerakan dapat diperoleh informasi mengenai hal-hal berikut:

1. Evaluasi gerak sendi secara aktif dan pasif. Apakah gerakan menimbulkan rasa sakit, apakah gerakan ini disertai dengan adanya krepitasi.
2. Stabilitas sendi titik terutama ditentukan oleh integritas kedua permukaan sendi dan keadaan ligumen yang mempertahankan sendi.

3. Pengkajian stabilitas sendi dapat dilakukan dengan memberikan tekanan pada ligamen kemudian gerakan sendi diamati (Uliyah, 2014).

**d) Pemeriksaan kekuatan otot**

Pemeriksaan tonus otot ini dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0-5, pada pasien stroke biasanya terjadi masalah pada tingkat kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada pasien stroke berbeda-beda tergantung tingkat keparahan stroke yang dialami.

**Tabel 2.2**  
**Skala Kekuatan Otot**

Skala	Karakteristik
0	Kontraksi otot tidak terdeteksi (paralisis sempurna)
1	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	Gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan
3	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	Kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh

Sumber: Haryono & Utami 2019.

**2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan yang dapat di tegakkan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas berdasarkan buku (SDKI PPNI, 2016) adalah :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0109)
3. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)

**Tabel 2.3**  
**Diagnosa keperawatan Stroke Non Hemoragik**

No.	Diagnosa	Resiko atau Faktor Penyebab	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekuatan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuscular</li> <li>13. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatas gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Kecemasan</li> <li>19. Gangguan kognitif</li> <li>20. Keengganan melakukan pergerakan</li> <li>21. Gangguan sensoripersepsi</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (ROM)</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medulla spinalis</li> <li>3. trauma</li> <li>4. Fraktur</li> <li>5. Osteoarthritis</li> <li>6. Ostemalasia</li> <li>7. Keganasan</li> </ol>
2	<p><b>Defisit perawatan diri (D.0109)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>2. Gangguan neuromuskuler</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Gangguan psikologis dan psikotik</li> <li>5. Penurunan motivasi/ minat</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>-</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>-</p>	<p>Diagnosis ini dispesifikasikan menjadi salah satu atau lebih dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mandi</li> <li>-Berpakaian</li> <li>-Makan</li> <li>-Toileting</li> <li>-Berhias</li> </ul>

	aktivitas perawatan diri.		makan/ ketolilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang		1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatois 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnesic 9. Skizofrenia
3.	<b>Risiko jatuh (D.0143)</b>  <b>Definisi:</b> Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.	1. Usia $\geq 65$ tahun (pada dewasa) atau $\leq 2$ tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostati 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis. glukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)	<b>Subjektif : -</b>  <b>Objektif : -</b>	<b>Subjektif : -</b>  <b>Objektif : -</b>	1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit sebrovaskuler 4. Katarak 5. Glaukoma 6. Demensia 7. Hipotensi 8. Amputasi 9. Intoksikasi 10. Preeklampsi

4.	<p><b>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan sirkulasi serebral</li> <li>2. Gangguan neuromuskular</li> <li>3. Gangguan pendengaran</li> <li>4. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>5. Kelainan platum</li> <li>6. Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)</li> <li>7. Hambatan individu (.mis ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)</li> <li>8. Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)</li> <li>9. hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang dekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).</li> </ol>	<p><b>Subjektif : -</b></p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu berbicara atau mendengar</li> <li>2. Menunjukkan respon tidak sesuai</li> </ol>	<p><b>Subjektif : -</b></p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afasia</li> <li>2. Disfasia</li> <li>3. Apraksia</li> <li>4. Disleksia</li> <li>5. Disartria</li> <li>6. Afonia</li> <li>7. Dislalia</li> <li>8. Pelo</li> <li>9. Gagap</li> <li>10. Tidak ada kontakmata</li> <li>11. Sulit memahami komunikasi</li> <li>12. Sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>13. Sulit menggunakan ekspresi wajah</li> <li>14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh</li> <li>15. Sulit menyusun kalimat</li> <li>16. Verbalisasi tidak tepat</li> <li>17. Sulit mengungkapkan kata-kata</li> <li>18. Disorientasi orang, ruang, waktu</li> <li>19. Defisit penglihatan</li> <li>20. Delusi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera kepala</li> <li>3. Trauma wajah</li> <li>4. Peningkatan tekanan intrakranial</li> <li>5. hipoksia kronis</li> <li>6. Tumor</li> <li>7. Miastenia gravis</li> <li>8. Sklerosis multipel</li> <li>9. Distropi muskuler</li> <li>10. Penyakit alzheimer</li> <li>11. Labiopalatos kizis</li> <li>12. Kuadriplegia</li> <li>13. Infeksi laring</li> <li>14. Fraktur rahang</li> <li>15. Skizofrenia</li> <li>16. Delusi</li> <li>17. Paranoid</li> <li>18. Autisme</li> </ol>
----	--	---	--	--	---

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, PPNI 2018).

**Tabel 2.4**  
**Tujuan dan Kriteria Hasil Keperawatan Stroke Non Hemoragik**

Diagnosa keperawatan : <b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b>	
<b>Mobilitas Fisik ( L.05042 )</b> (SLKI)  <b>Definisi:</b> Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.	<b>Ekspetasi : Meningkatkan</b>  <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak ROM meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>
Diagnosa keperawatan : <b>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b>	
<b>Perawatan Diri (L.11103)</b> (SLKI)  <b>Definisi :</b> Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.	<b>Ekspetasi : Meningkatkan</b>  <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri</li> <li>7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> <li>8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ol>
Diagnosa keperawatan : <b>Resiko Jatuh (D.0143)</b>	
<b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b> (SLKI)  <b>Definisi :</b> Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi.	<b>Ekspetasi : Menurun</b>  <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>3. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>4. Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>5. Jatuh saat dipindahkan menurun</li> <li>6. Jatuh saat naik tangga menurun</li> <li>7. Jatuh saat di kamar mandi menurun</li> <li>8. Jatuh saat membungkuk menurun</li> </ol>
Diagnosa keperawatan : <b>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</b>	
<b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b> (SLKI)  <b>Definisi :</b> Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol	<b>Ekspetasi : Meningkatkan</b>  <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</li> <li>4. Kontak mata meningkat</li> <li>5. Afasia menurun</li> </ol>

	6. Disfasia menurun 7. Apraksia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Afonia menurun 11. Dislalia menurun 12. Pelo menurun
--	---

Tabel 2.5

## Intervensi Keperawatan Stroke Non Hemoragik

Diagnosa keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri</li> <li>3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK</li> <li>4. Dukungan perawatan diri: berpakaian</li> <li>5. Dukungan perawatan diri: makan/minum</li> <li>6. Dukungan perawatan diri: mandi</li> <li>7. Edukasi latihan fisik</li> <li>8. Edukasi teknik ambulasi</li> <li>9. Edukasi teknik transfer</li> <li>10. Konsultasi via telepon</li> <li>11. Latihan otogenik</li> <li>12. Manajemen energi</li> <li>13. Manajemen lingkungan</li> <li>14. Manajemen mood</li> <li>15. Manajemen nutrisi</li> <li>16. Manajemen nyeri</li> <li>17. Manajemen medikasi</li> <li>18. Manajemen program Latihan</li> <li>19. Manajemen sensasi perifer</li> <li>20. Pemantauan neurologis</li> <li>21. Pemberian obat</li> <li>22. Pemberian obat intravena</li> <li>23. Pembidaian</li> <li>24. Pencegahan jatuh</li> <li>25. Pencegahan luka tekan</li> <li>26. Pengaturan posisi</li> <li>27. Pengekangan fisik</li> <li>28. Perawatan kaki</li> <li>29. Perawatan sirkulasi</li> <li>30. Perawatan tirah baring</li> <li>31. Perawatan traksi</li> <li>32. Promosi berat badan</li> <li>33. Promosi kepatuhan program Latihan</li> <li>34. Promosi Latihan fisik</li> <li>35. Teknik latihan penguatan otot</li> <li>36. Teknik latihan penguatan sendi</li> <li>37. Terapi aktivitas</li> <li>38. Terapi pemijatan</li> <li>39. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>

<b>Diagnosa keperawatan : Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b>	
<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b>  <b>Definisi :</b>            Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung emosional</li> <li>2. Dukungan pengambilan keputusan</li> <li>3. Manajemen lingkungan</li> <li>4. Pencegahan jatuh</li> <li>5. Perawatan kuku</li> <li>6. Perawatan mulut</li> <li>7. Perawatan rambut</li> </ol>
<b>Diagnosa keperawatan : Resiko Jatuh (D.0143)</b>	
<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
<p><b>Pencegahan jatuh (I.14540)</b>  <b>Definisi :</b>            Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis.</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia <math>\geq 65</math> tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan neuropati)</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi</li> <li>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale, humpty dumpty scale) jika perlu</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>3. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan ambulasi</li> <li>2. Dukungan mobilisasi</li> <li>3. Edukasi keselamatan lingkungan</li> <li>4. Edukasi pengurangan resiko</li> <li>5. Pemasangan alat pengaman</li> <li>6. Pencegahan risiko lingkungan</li> <li>7. Pengenalan fasilitas</li> <li>8. Surveilens keamanan dan keselamatan</li> </ol>

<p>dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)</li> <li>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> <li>5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ol>	
<b>Diagnosa keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</b>	
<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
<p><b>Defisit Bicara ( I.13491)</b>  <b>Definisi :</b>          Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara ( mis. memori, pendengaran, dan bahasa )</li> <li>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif ( mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan )</li> <li>2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>3. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>4. Beri dukungan psikologis</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan pengambilan keputusan</li> <li>3. Dukungan perawatan diri</li> <li>4. Latihan memori</li> <li>5. Manajemen demensia</li> <li>6. Manajemen energi</li> <li>7. Manajemen lingkungan</li> <li>8. Manajemen medikasi</li> <li>9. Perawatan telinga</li> <li>10. Reduksi ansietas</li> <li>11. Terapi seni</li> <li>12. Terapi sentuhan</li> <li>13. Terapi validasi</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan proses asuhan keperawatan, didalam implementasi keperawatan terdapat tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah di tetapkan sebelumnya (Safitri, 2019).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai (Menurut Tarwoto & Wartona 2015).

## **B. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun biologis dan psikologis yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Haswita & Reni Sulistyowati, 2017).

Kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 5 diantaranya:

- a. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan.
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok social.
- d. Kebutuhan harga diri berupa penilaian tentang dirinya.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, memiliki dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri (A.Aziz Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah, 2015).

## 2. Konsep Dasar Aktivitas

Kemampuan beraktivitas untuk melakukan aktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh system tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas system muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat.

Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independent dalam suatu penyakit kronis yang menyebabkan kematian secara global. Jadi, dapat disimpulkan bahwa aktivitas fisik merupakan kegiatan atau keaktifan dari Gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi dengan melibatkan system muskuloskeletal otot dan tulang serta system persarafan (Haswita & Reni Sulistyowati, 2017).

## 3. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Sistem tubuh yang berperan dalam aktivitas dan istirahat adalah sistem muskuloskeletal dan persarafan yang di dukung oleh fungsi kardiovaskular, pernapasan dan metabolisme.

### a. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan aktivitas manusia. Secara umum, rangka memiliki beberapa fungsi, yakni sebagai berikut :

- 1) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- 2) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati dan medulla spinalis
- 3) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament
- 4) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak

- 5) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

#### **b. Sistem Persarafan**

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- 1) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat
- 2) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya
- 3) Sistem Saraf Pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen
- 4) Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskan ke otot rangka.

#### **c. Sendi**

Sendi adalah hubungan diantara tulang. Setiap sendi di klasifikasikan sesuai dengan struktur dengan tingkat mobilisasinya. Terdapat empat klasifikasi sendi, yaitu sinostatik, kartilago gonus, fibrosa dan sinovial.

##### 1) Sendi sinostatik

Sendi sinostatik adalah sendi yang menghubungkan antara tulang. Sendi sinostatik ini adalah salah satu jenis sendi diam, jaringan tulang yang memberikan kekuatan dan stabilitas.

##### 2) Sendi kartilago

Sendi kartilago atau sendi sinkondrosis ini berfungsi untuk menggabungkan komponen tulang. Sendi kartilago dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.

##### 3) Sendi fibrosa

Sendi fibrosa adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligament atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah terbatas. Misalnya, sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula) adalah sendi sindesmotik.

#### **d. Otot**

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktile otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung filamen. menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi. Dikutip dalam buku ajar ilmu keperawatan dasar (Mubarak,2015).

#### **4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas**

##### **1. Pertumbuhan dan perkembangan**

Usia serta perkembangan sistem muskuloskeletal dan persarafan akan berperan terhadap postur tubuh, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleksi tubuh seseorang.

##### **2. Kesehatan fisik**

Gangguan pada sistem muskuloskeletal atau persarafan dapat menyebabkan dampak yang negatif pada pergerakan dan mekanika tubuh seseorang. Adanya penyakit, trauma, atau kecacatan dapat mengganggu sistem pergerakan dan struktur tubuh.

##### **3. Status mental**

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat memengaruhi seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi untuk melakukan perawatan hygiene.

##### **4. Gaya hidup**

Gaya hidup, perubahan pola hidup seseorang dapat menimbulkan stres dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam melakukan aktivitas, sehingga dapat mengganggu koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan neurologi, yang dapat menyebabkan perubahan mekanika tubuh.

## 5. Sikap dan nilai personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat memengaruhi aktivitas yang akan dilakukan oleh individu. Sebagai contoh, anak-anak yang tinggal dalam lingkungan keluarga yang melakukan kegiatan olahraga sebagai contoh rutinitas akan belajar menghargai aktivitas fisik.

## 6. Stress

Status emosi seseorang akan berpengaruh terhadap aktivitas tubuhnya. Perasaan tertekan, cemas, dan depresi dapat menurunkan semangat seseorang untuk beraktivitas. Kondisi ini ditandai dengan penurunan nafsu makan, perasaan tidak bergairah, dan pada akhirnya menyendiri.

## 7. Faktor sosial

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakkan tubuhnya. Sebaliknya, individu 13 yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas atau menggerakkan tubuhnya.

## C. Konsep Penyakit Stroke

### 1. Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang terjadi akibat gangguan neurologi mendadak, yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri di otak. Stroke juga merupakan penyakit serebrovaskuler yang menunjukkan beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh beberapa keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh pembuluh darah otak, yang disebabkan robekan pembuluh darah atau oklusi parsial/total yang bersifat sementara atau permanen.

Ada dua klasifikasi umum penyakit (cedera) serebrovaskuler yaitu:

#### a. Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Stroke Non Hemoragik merupakan tersumbatnya aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

### **b. Stroke hemoragik**

Merupakan stroke yang terjadi karena lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Biasanya pecah pembuluh darah terjadi saat melakukan aktivitas, namun bisa juga terjadi ketika sedang beristirahat. Kesadaran klien umumnya menurun (Nurarif & Amp, 2016).

## **2. Etiologi/Penyebab Stroke**

### **a. Etiologi stroke non hemoragik (Iskemik)**

Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke iskemik/Stroke non hemoragik terbagi dalam dua katogeri berdasarkan oklusi aliran darah, yaitu sebagai berikut:

#### **1) Stroke Trombotik**

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan iskemik sementara (transient ischemic attack/TIA) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24 jam. Apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadinya stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam priode 24 jam.

#### **2) Stroke Embolik**

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta, faktor resiko utama untuk stroke iskemik mirip dengan penyakit arteri karotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri karotid, fibrilasi atrium, kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Budi susilo, 2019).

### **3. Klasifikasi**

#### **a. Stroke Non Hemoragik**

Stroke non hemoragik (iskemik) merupakan stroke yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah yang disebabkan oleh penyumbatan aterosklerosis ke dalam otak/area otak, jika penurunan aliran darah otak hingga 10ml/100gram maka akan terjadi ischemic core. Sel-sel dalam inti dapat mati dalam beberapa menit setelah serangan.

#### **b. Stroke Hemoragik**

Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, kesadaran pasien umumnya menurun.

### **4. Faktor Resiko Stroke**

Beberapa faktor penyebab stroke antara lain:

- a. Hipertensi, merupakan faktor risiko utama
- b. Penyakit kardiovaskuler- embolisme cerebral berasal dari jantung
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas
- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral
- f. Diabetes-terkait dengan aterogenesis terakselerasi
- g. Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- h. Merokok
- i. Menyalahgunakan obat khususnya (kokain)
- j. Konsumsi alkohol (Muttaqin, 2011).

### **5. Manifestasi Klinis**

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba kehilangan rasa peka

- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Mulut mencong tidak simetris
- f. Gangguan daya ingat
- g. Nyeri kepala hebat
- h. Kesadaran menurun
- i. Proses kencing terganggu
- j. Gangguan fungsi otak (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H, 2016).

## 6. **Komplikasi Stroke**

Dikutip dalam buku all about stroke (lingga, 2013) komplikasi stroke meliputi:

### a. **Otot mengerut dan kaku sendi**

Bagian tubuh pasien stroke sering kali mengecil, misalnya tungkai atau lengan yang lumpuh menjadi lebih kecil. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh menyebabkan pasien malas menggerakkan tubuhnya yang sehat sehingga persendian akhirnya menjadi kaku inilah penyebab nyeri sendi yang umumnya dirasakan.

### b. **Darah beku**

Akibat sumbatan darah pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan bengkak. Pembekuan darah bukanlah hal yang pantas diremehkan, jika terjadi pada arteri yang mengalir ke paru-paru menyebabkan pasien sulit bernafas.

### c. **Memar**

Banyak ditemukan pasien stroke yang mengalami kudisan, ruam pada punggung dan lipatan tubuh, kulitnya melepuh, atau menderita gangguan dermatitis lainnya selama berbulan-bulan tubuhnya tidak bisa bergerak di atas tempat tidur dikarenakan ketidakampuan untuk menggerakkan tubuhnya. Bagian tubuh yang tidak bergeser akan menyebabkan memar atau lecet karena mengalami tekanan.

**d. Nyeri di bagian pundak**

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri dibagian pundaknya, nyeri di bagian pundak dan leher akan terasa ketika pasien dibantu berdiri, diangkat, atau ketika akan diganti pakaiannya.

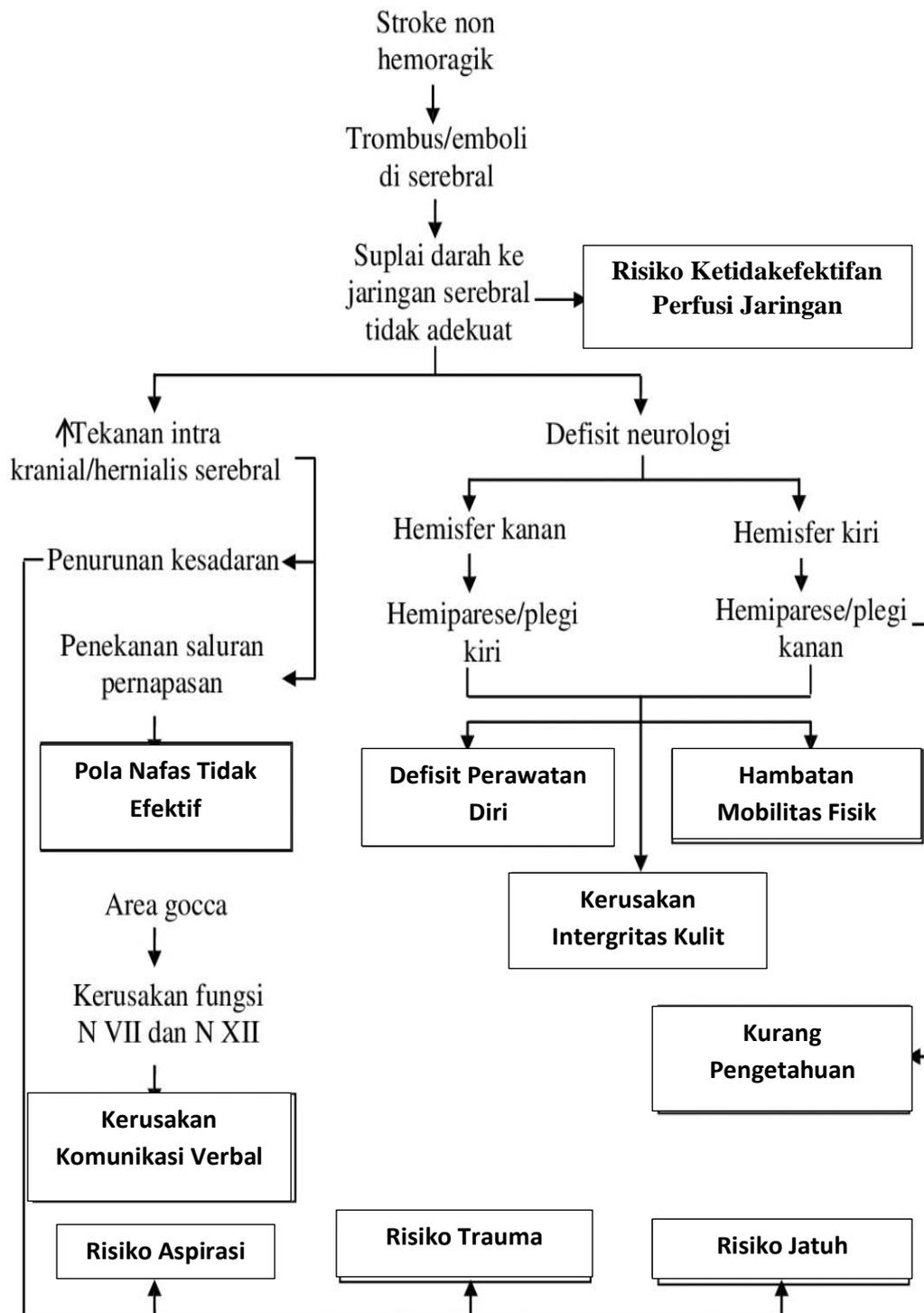
**e. Radang paru-paru (pneumonia)**

Kesulitan menelan yang dialami pasien menyebabkan terjadinya penumpukan cairan di dalam paru-paru. Batuk-batuk kecil yang sering dialami setelah minum dan makan menandakan adanya tumpukan cairan atau lendir yang menyumbat saluran nafas. Jika cairan tersebut terkumpul di paru-paru maka akan menyebabkan pneumonia.

**7. Patofisiologis Stroke Non Hemoragik**

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombotik pada aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada emboli dari pembuluh darah di luar otak. Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak, luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan jantung). Trombus dapat berasal dari plak aterosklerik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan 24 penurunan energi yang dihasilkan oleh neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi, hilangnya homeostasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

## 8. Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber: Joyce & June, 2014.

**Gambar 2.2**  
**Pathway Stroke Non Hemoragik**

**Tabel 2.6**  
**Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan**

**D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan**

<b>Judul</b>	<b>Nama Jurnal</b>	<b>Penulis</b>	<b>Metode</b>	<b>Kesimpulan</b>
Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan rom(range of motion) pada asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik	Vol 10 no 01(2020) : jurnal kesehatan: jurnal ilmiah multi sciencies	Miming Oxyandi Anggun Sri Utami	Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan.	Setelah peneliti melaksanakan asuhan disimpulkan bahwa pada Ny.N dimana tidak terdapat peningkatan skala kekuatan otot. Hal ini karena Ny.N keadaannya lebih darurat dan penyakit stroke nya sudah lama dan disertai tingkat kesadaran samnolen. evaluasi keperawatan secara konferensi pada Ny.N 6 masalah keperawatan yang muncul hanya 2 masalah keperawatan yang teratasi Sedangkan Ny. M dari 4 masalah keperawatan teratasi semuanya.
Asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas	Program D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta 2019	Agilia Ayu Syaridwan	Jenis penelitian ini adalah diskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencangkup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2009). Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas.	Dengan masalah keperawatan Stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yang dilakukan tindakan keperawatan terapi ROM pasif selama 2 hari didapatkan hasil penurunan kekuatan otot . Rekomendasi tindakan terapi ROM pasif dilakukan pada pasien Sroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.
Pengaruh range of motion aktif-assisitif: latihan fungsional tangan terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragic di rsup haji adam malik medan	Elisabteh Health Journal : Jurnal Kesehatan, Vol. V No. 01 (Juni,2020): V-01 E-ISSN 2541-4992	Imelda Derang	Metode Peneletian adalah Quasi eksperimental dengan pendekatan desain kelompok pretest-posttest control design. Jumlah sampel adalah 30 responden sesuai kriteria inklusi	Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan jenis penelitian yang sama pada rentang gerak pasien stroke non hemoragik.