

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kebutuhan Dasar**

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

Kebutuhan adalah suatu keadaan yang ditandai oleh perasaan kekurangan dan keinginan untuk memperoleh sesuatu melalui suatu usaha atau tindakan. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur- unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia mempunyai karakteristik yang unik walaupun demikian mereka tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Pada dasarnya setiap manusia mempunyai dua macam kebutuhan pokok atau dasar yaitu kebutuhan dasar materi dan kebutuhan dasar nonmateri.

Menurut Abraham Maslow (1950) membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan/kelangsungan hidup. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow, karena seseorang akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lain. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan temperature tubuh dan seksual.

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman

Kebutuhan rasa aman adalah kondisi yang membuat seseorang merasa aman. Jenis kebutuhan ini berhubungan dengan jaminan seseorang untuk hidup bebas dari rasa takut, cemas, ancaman dan bahaya. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas kebutuhan perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi, bebas dari perasaan terancam, bebas dari ketakutan dan kecemasan.

c. **Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki**

Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki yaitu kebutuhan untuk memberikan dan menerima rasa cinta, sayang dan memiliki. Rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, kesatuan, kesepakatan dan dukungan untuk merasa berdaya dan sukses. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, dan mendapat tempat, keluarga serta kelompok sosial.

d. **Kebutuhan harga diri**

Kebutuhan harga diri yaitu kondisi yang membuat seseorang merasa percaya diri, bangga dan merasa dihargai atas kemampuan dan perbuatannya. Kebutuhan harga diri terdiri dari perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kondisi kedewasaan dan kematangan diri seseorang. Kebutuhan ini terdiri atas mengenal dan memahami potensi diri, belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, serta mempunyai kepercayaan diri yang tinggi (Mubarak dkk. 2015).

## **2. Konsep kebutuhan Aktivitas**

### **a. Definisi**

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar mutlak yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernapasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Kemampuan bergerak dapat memengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang. Kemampuan beraktivitas juga tidak lepas dari sistem persyarafan dan muskuloskeletal. (Haswita & Sulistyowati 2021).

Aktivitas artinya "kegiatan atau keaktifan" jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun nonfisik. Aktivitas fisik adalah kegiatan atau keaktifan dari gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi dengan melibatkan sistem muskuloskeletal otot dan tulang serta sistem persarafan.

Kebutuhan aktivitas merupakan kebutuhan dasar untuk melakukan mobilitas (bergerak). Kebutuhan dasar ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf, dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

## **b. Fisiologi Pergerakan**

Menurut (Mubarak dkk. 2015) pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antar sistem musculoskeletal dan sistem persyarafan di dalam tubuh.

### 1) Sistem musculoskeletal

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

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati, dan medula spinalis.
- c) Sebagai tempat melekatnya otot, tendon dan ligamen.
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat, dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

### 2) Sistem Persarafan

Sistem saraf adalah salah satu sistem regulator utama tubuh yang bertanggung jawab untuk mengendalikan dan mengintegrasikan banyak aktivitas (Hermanto, 2023)

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, sebagai berikut:

- a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
- b) Sel saraf (neuron), berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.
- c) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respons melalui saraf eferen.
- d) Saraf eferen, berfungsi menerima respons dari sistem saraf pusat kemudian meneruskannya ke otot rangka.

### c. Pengaturan Gerakan

Menurut (Mubarak dkk. 2015) Pengaturan Gerakan terdiri dari:

#### 1) Sistem Skeletal

Skeletal adalah rangka pendukung tubuh dan terdiri atas empat tipe tulang yaitu panjang, pendek, pipih, dan ireguler (tidak beraturan). Tulang panjang membentuk tinggi tubuh (misalnya, femur, fibula, dan tibia pada kaki). Tulang pendek ada dalam bentuk berkelompok dan ketika dikombinasikan dengan ligamen dan kartilago akan menghasilkan gerakan pada ekstremitas. Tulang pipih mendukung struktur bentuk seperti tulang di tengkorak dan tulang rusuk di thorax. Tulang ireguler membentuk kolumna vertebra dan beberapa tulang tengkorak seperti mandibula.

Skeletal tempat melekatnya otot dan ligamen. Ikatan ini menyebabkan gerakan dari bagian skeletal, seperti membuka dan menutup atau meluruskan lengan atau kaki. Skeletal juga melindungi organ vital misalnya tengkorak melindungi otak dan rusuk melindungi jantung dan paru.

#### 2) Sendi

Sendi adalah hubungan antar tulang. Ada empat klasifikasi sendi yaitu sebagai berikut.

- a) Sendi sinostostik mengacu pada ikatan tulang dengan tulang.
- b) Sendi kartilaginus (sendi sinkondrodial) memiliki sedikit pergerakan, tetapi elastis dan menggunakan kartilago untuk menyatukan permukaannya.

- c) Sendi fibrosa adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligamen atau membran.
- d) Sendi sinovial adalah sendi yang dapat digerakkan bebas karena permukaan tulang yang berdekatan dilapisi oleh kartilago artikular dan dihubungkan oleh ligamen sejajar dengan membran sinovial.

### 3) Ligamen

Ligamen adalah ikatan jaringan fibrosa yang berwarna putih, mengkilat, fleksibel mengikat sendi menjadi satu dan menghubungkan tulang dengan kartilago. Ligamen bersifat elastis sehingga membantu fleksibilitas sendi dan mendukung sendi.

### 4) Tendon

Tendon adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel, dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi. Tendon Achilles (tendon kalkaneus) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat di dalam tubuh.

### 5) Kartilago

Kartilago adalah jaringan penyambung yang tidak mempunyai vaskuler, yang terletak terutama di sendi dan toraks, trakea, laring, hidung, dan telinga.

### 6) Otot Skelet

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktile otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet.

### 7) Sistem Saraf

Pergerakan dan postur tubuh diatur oleh sistem saraf. Area motorik volunter utama, berada di korteks serebral, yaitu digirus precentral atau jaringan motorik. Umumnya serabut motorik turun dari jalur motorik dan bersilangan pada tingkat medula. Dengan demikian, serabut motorik dari jalur motorik kanan mengawali

gerakan volunter untuk tubuh bagian kiri, dan serabut motorik dari jalur motorik kiri mengawali gerakan volunter untuk tubuh bagian kanan (Mubarak dkk. 2015).

#### **d. Mobilisasi dan Imobilisasi**

Menurut (Haswita & Sulistyowati 2021) Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Adapun jenis mobilisasi

##### 1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya. Mobilisasi penuh ini memberikan fungsi saraf motorik volunter dan sensori yang dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang untuk melakukan mobilisasi.

##### 2) Mobilisasi Sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi

Mobilisasi sebagian ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu

##### a) Mobilisasi sebagian temporer

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversible pada sistem musculoskeletal (sendi dan tulang).

##### b) Mobilisasi sebagian permanen

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversible sebagai contoh terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegia karena injuri tulang belakang, pada

poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik.

Gangguan mobilitas atau imobilisasi merupakan keadaan seseorang mengalami keterbatasan gerak (tidak dapat bergerak secara bebas) karena mengganggu pergerakan (aktivitas).

Adapun jenis-jenis imobilisasi

1) Imobilisasi fisik

Merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan.

2) Imobilisasi intelektual

Merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir

3) Imobilisasi emosional

Imobilisasi emosional merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.

4) Imobilisasi sosial

Merupakan keadaan seseorang yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya, sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial.

**e. Patofisiologi Gangguan Kebutuhan Aktivitas**

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) proses terjadinya gangguan aktivitas tergantung dari penyebab gangguan yang terjadi. Ada 3 faktor penyebab gangguan tersebut, diantaranya:

1) Kerusakan otot

Kerusakan otot ini meliputi kerusakan anatomis maupun fisiologis otot. Otot berperan sebagai sumber daya dan tenaga dalam proses pergerakan jika terjadi kerusakan pada otot, maka tidak akan terjadi pergerakan jika otot terganggu. Otot dapat rusak oleh beberapa hal seperti trauma langsung oleh benda tajam yang merusak kontinuitas otot. Kerusakan tendon atau ligament, radang dan lainnya.

2) Gangguan pada skelet

Rangka yang menjadi penopang sekaligus poros pergerakan dapat terganggu pada kondisi tertentu hingga mengganggu pergerakan atau mobilisasi. Beberapa penyakit dapat mengganggu bentuk, ukuran maupun fungsi dari sistem rangka diantaranya adalah fraktur, radang sendi, kekakuan sendi dan lain sebagainya.

3) Gangguan pada sistem persyarafan

Syaraf berperan penting dalam menyampaikan impuls dari dan ke otak. Impuls tersebut merupakan perintah dan koordinasi antara otak dan anggota gerak. Jadi, jika syaraf terganggu maka akan terjadi gangguan penyampaian impuls dari dan ke organ target dan mengakibatkan gangguan mobilisasi.

**f. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik**

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. *Range of Motion* (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk *Range of Motion* (ROM) aktif merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan *Range of Motion* (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk.

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) penatalaksanaan untuk gangguan mobilitas fisik, antara lain:

- 1) Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi

trendelenburg, posisi genu pectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.

- 2) Latihan ROM pasif dan aktif, pelaksanaan *Range of Motion* merupakan tindakan untuk melatih mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot. Disimpulkan dari penelitian (Dwi et al., 2022) mendapatkan hasil adanya peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke setelah diberikan latihan ROM selama 3 hari
- 3) Ambulasi dini, salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien secara sistematis, meyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Kartikasari et al., 2020). Menurut (Muttaqin, 2019) pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut.

#### **a. Tahap pengkajian**

##### **1) Identitas pasien**

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

##### **2) Keluhan utama**

Keluhan yang dirasakan klien biasanya kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, mulut tidak simetris tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

##### **3) Riwayat penyakit sekarang**

Riwayat penyakit stroke biasanya serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan

aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial.

#### 4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia dan riwayat trauma kepala, pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya

#### 5) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

#### 6) Pemeriksaan Fisik

##### a) Keadaan Umum

Keadaan umum meliputi Tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS. Biasanya pasien stroke mengalami penurunan kesadaran, pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

##### b) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa dan lobus frontal

##### c) Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

d) Fungsi Intelektual

Di dapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

e) Kemampuan Bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar.

Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksta (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

f) Lobus Frontal

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respons alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga

umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

g) Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

1. Nervus Olfaktori (N. I):

Merupakan penghantar rangsangan bau menuju otak dan kemudian diolah lebih lanjut. Saraf ini merupakan saraf seosorik murni yang memiliki serabut yang berasal dari membran mukosa hidung dan menembus area kribriiformis dari tulang etmoid untuk bersinaps di bulbus olfaktorius.

Cara Pemeriksaan: Pasien memejamkan mata, pada saat yang sama satu lubang ditutup, kemudian klien diminta membedakan bau yang dirasakan (kopi, teh dll)

2. Nervus Optikus (N. II):

Merupakan saraf sensorik murni yang dimulai di retina. Serabut-serabut saraf ini melewati foramen optikum dekat arteri oftalmika dan bergabung dengan nervus dari sisi lainnya pada dasar otak untuk membentuk kiasma optikum

Cara Pemeriksaan: Dengan snelend card (Gantungkan kartu Snellen setinggi kedudukan mata klien, pada jarak 6 meter dari klien kemudian meminta klien untuk membaca kartu Snellen) dan periksa lapang pandang.

3. Nervus Okulomotoris, troklearis, dan abduzens (N. III, IV dan VI):

Di periksa secara bersama-sama, karena saraf ini bekerja sama dalam mengatur otot-otot elatrankular (EOM). Saraf okulomotorius juga berfungsi mengangkat kelopak mata atas dan mempersarafi otot konstriktor yang mengubah ukuran pupil.

Cara Pemeriksaan:

- a. Meminta klien mengikuti gerakan tangan atau pensil dengan mata bergerak ke atas, ke bawah, medial, dan

lateral. Kelemahan otot diketahui jika mata tidak dapat mengikuti gerakan pada arah tertentu.

- b. Refleks pupil, Pupil adalah lubang yang terdapat di pusat iris mata. Lubang itu dapat mengembang dan menguncup seiring dengan aktivitas muskulus dilatator dan muskulus sfingter pupil. Pupil normal mempunyai diameter yang berkisar antara 2 sampai 6 mm dengan rata-rata diameter pupil adalah  $3\frac{1}{2}$  mm
- c. Tes gerakan bola mata.

- a) Pemeriksaan Gerakan Bola Mata Volunter

Gerakan bola mata dilaksanakan oleh otot-otot okular yang diatur oleh saraf III, IV, dan VI. Dalam gerakan tersebut kedua mata bertindak sebagai organ penglihatan yang tunggal, yang berarti bahwa hasil penyerapan mata kedua sisi adalah suatu penglihatan yang tunggal. Pemeriksaan dimulai dengan meminta klien untuk melirik ke kanan dan ke kiri (dikatakan normal saat melirik ke kiri bola mata kiri dan bola mata kanan melirik ke kiri secara sinkron, tanpa selisih dalam arah dan kecepatan).

- b) Pemeriksaan Gerakan Bola Mata Involunter

Gerakan bola mata involunter ini dapat dianggap sebagai gerakan kompensatorik bola mata terhadap impuls impuls abnormal dari pusat yang mengatur gerakan konjugat melalui nuklei vestibularis, yakni retina, otot okulit, otot leher, dan alat-alat keseimbangan seperti serebelum.

Pemeriksaan dimulai dengan kedua mata dalam keadaan istirahat dipertahankan pada garis tengah oleh keseimbangan tonus antara otot okular yang berlawanan.

Apabila gerakan mata melirik ke satu atau lain arah secara berulang ulang gangguan ini disebut nistagmus.

#### 4. Nervus Trigeminus (N. V):

Terdiri atas serabut sensorik dan serabut motorik antara lain, nukleus motorik dan nukleus sensorik untuk sensasi raba terletak di pons, nukleus propioseptif terletak di mesensefalon. Sedangkan nukleus yang berhubungan dengan sensasi nyeri dan temperatur terletak sepanjang batang otak sampai medula spinalis servikal atas.

Cara pemeriksaan:

##### a. Pemeriksaan refleks masseter

Pemeriksaan dimulai dengan klien diminta untuk sedikit membuka mulutnya dan mengeluarkan suara 'aaaaaa', Sementara itu pemeriksa menempatkan jari telunjuk tangan kirinya di garis tengah dagu dan dengan pala refleks dilakukan pengetukan dengan tangan kanan pada jari telunjuk tangan kiri. Jawaban yang diperoleh berupa kontraksi otot maseter dan temporalis bagian depan yang menghasilkan penutupan mulut secara tiba-tiba

##### b. Refleks kornea

Refleks kornea adalah reflek yang paling sering diperiksa. Pemeriksaan reflek kornea dimulai dengan klien diminta melirik ke atas atau ke samping kemudian pemeriksa menyentuh permukaan kornea dengan kapas. Goresan pada kornea dengan ujung seutas kapas pada satu sisi membangkitkan kedipan kelopak mata atas reflektorik secara bilateral.

#### 5. Nervus Fasialis (N. VII):

Saraf ini membawa serabut sensorik yang menghantar persepsi pengecap bagian anterior lidah, dan serabut motorik yang mempersarafi semua otot ekspresi wajah,

termasuk tersenyum, mengerutkan dahi, menyeringai, dan sebagainya

Cara Pemeriksaan: Terdapat dua teknik pemeriksaan yang akan dijelaskan sebagai berikut.

a. Inspeksi adanya asimetri wajah kelumpuhan

Saraf VII dapat menyebabkan penurunan sudut mulut unilateral, kerutan dahi menghilang, dan lipatan nasolabial mendatar. Namun, pada kelumpuhan saraf fasialis bilateral, wajah masih tampak simetris.

b. Tes Kekuatan Otot

Pemeriksaan reflek kornea dimulai dengan klien diminta memandang ke atas dan mengerutkan dahi. Tentukan apakah kerutan akan menghilang dan raba kekuatan ototnya dengan cara mendorong kerutan ke arah bawah pada setiap sisi. Gerakan ini tidak terganggu pada sisi lesi motor neuron atas (lesi yang terjadi di atas tingkat nukleus batang otak) karena representasi kortikal dan otot-otot ini adalah bilateral. Otot-otot ekspresi wajah lainnya biasanya terganggu pada sisi lesi motor neuron atas walaupun kadang muskulus orbikularis okuli masih normal. Pada lesi motor neuron bawah, semua otot-otot ekspresi wajah terganggu pada sisi lesi.

6. Nervus Vestibulocochlearis (N. VIII)

Secara anatomi mempunyai dua komponen, yaitu koklea dengan serabut-serabut aferen yang mengatur fungsi pendengaran, dan vestibulus yang mengandung serabut-serabut aferen yang mengatur fungsi keseimbangan.

Cara Pemeriksaan:

a. Pemeriksaan Pendengaran.

Tes yang dianjurkan adalah dengan memasukkan satu jari tangan ke dalam telinga kontralateral klien dan lepaskan

jari tangan ini secara bergantian sambil membisikkan sebuah angka pada telinga lainnya.

b. Pemeriksaan Fungsi Vestibular.

Pemeriksaan dimulai dengan mengkaji adanya keluhan pusing kemudian mengobservasi sikap berdiri dan sikap badan sewaktu bergerak.

7. Nervus Glosfaringeus dan Nervus Vagus (N. IX, X):

Saraf glosfaringeus dan saraf vagus secara anatomi dan fisiologi berhubungan erat. Saraf-saraf glosfaringeus mempunyai bagian sensorik yang menghantarkan rangsangan pengecapan dari bagian posterior lidah, mempersarafi sinus karotikus dan korpus karotikus, dan mengatur sensasi faring. Saraf glosfaringeus merupakan saraf motorik utama bagi faring, yang memegang peranan penting dalam mekanisme menelan. Saraf ini mempersarafi otot stilofaringeus yang merupakan levator dari faring. Bersama-sama dengan kontraksi otot-otot arkus faringeus, otot stilofaringeus melaksanakan tugas memindahkan makanan dari mulut ke faring.

Bagian lain dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Selain tugas motorik, saraf glosfaringeus mengatur inervasi sensorik eksteroseptif permukaan orofaring, dan pengecapan setengah bagian belakang lidah. Gangguan terhadap saraf glosfaringeus dapat menimbulkan gangguan menelan, gangguan pengecapan, dan gangguan perasaan protopatik di sekitar orofaring. Disfagia ringan dapat disebabkan oleh paresis saraf fasialis atau saraf hipoglossus sehingga makanan sulit dipindah-pindahkan untuk dapat dimamah gigi geligi kedua sisi. Selain itu, tekanan di dalam mulut tidak dapat ditingkatkan sehingga bantuan untuk mendorong makanan ke orofaring tidak ada. Kesulitan untuk menelan yang berat disebabkan oleh gangguan saraf glosfarius dan vagus.

Makanan sulit ditelan karna palatum mole tidak bekerja dan apa yang hendak ditelan keluar lagi melalui hidung. Epiglottis tidak bekerja, sehingga makanan tiba di laring dan menimbulkan reflek batuk.

8. Nervus Asesoris (N. XI):

Nervus Asesoris adalah saraf motorik yang secara anatomis keluar dari sel-sel kornu anterior medula spinalis. Fungsi saraf aksesoris dapat dinilai dengan memerhatikan adanya atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius dan dengan menilai kekuatan otot-otot tersebut.

Cara pemeriksaan: Klien diminta untuk memutar kepala ke salah satu bahu dan berusaha melawan usaha pemeriksa untuk menggerakkan kepala ke arah bahu yang berlawanan.

9. Nervus Hipoglosius (N. XII):

Nervus Hipoglosius adalah saraf yang mengatur otot-otot lidah. Fungsi lidah yang normal penting untuk berbicara dan menelan. Kelemahan ringan bilateral menyebabkan klien mengalami kesulitan mengucapkan huruf konsonan dan menelan. Kelemahan berat menyebabkan klien hampir tidak dapat berbicara dan menelan. Pemeriksaan lidah termasuk ada tidaknya asimetris, deviasi pada satu sisi, dan fasikulasi.

Cara pemeriksaan: Meminta klien menjulurkan lidah

h) Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.

1. Inspeksi Umum, Di dapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan.
2. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh.

3. Fasikulasi, Di dapatkan pada otot-otot ekstremitas. Tonus Otot, di dapatkan meningkat.
4. Kekuatan Otot, Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.
5. Keseimbangan dan Koordinasi, Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.

Tabel 2.1  
Kekuatan Otot

Skala	Karakteristik
0	Tidak ada gerakan apapun begitu pula kontraksi otot (paralisis total).
1	Terdapat kontraksi otot, namun gerakan tidak ada
2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian, namun tidak dapat melawan gravitasi.
3	Dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan.
4	Dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi, jika diberikan tahanan maka dapat kuat menahan tetapi tidak terlalu lama.
5	Kekuatan otot yang normal, yaitu dapat menggerakkan sendi dan otot serta dapat melawan gravitasi dan jika diberikan tahanan maka dapat kuat terhadap tahanan maksimal.

Sumber: (Wahyudi & Wahid, 2016)

#### 7) Pengkajian Refleks

- a) Pemeriksaan refleks terdiri atas pemeriksaan refleks profunda dan pemeriksaan refleks patologis.
- b) Pemeriksaan Refleks Profunda. Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal. Pemeriksaan Refleks Patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

#### 8) Pengkajian Sistem Sensorik

Pengkajian sistem sensorik dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan

visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh).

#### 9) Pengkajian Kemampuan Mobilitas

Pengkajian pada kemampuan mobilitas yaitu rentang gerak yang merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari 3 potongan tubuh sagital, frontal dan transversal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan dan belakang, gerakannya adalah abduksi dan adduksi eversi dan inversi. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah, gerakannya adalah pronasi dan supinasi, rotasi internal dan eksternal (lutut), dorsifleksi dan plantarfleksi.

Tabel 2.2  
Kategori Tingkat Kemampuan

Skala	Kategori
Tingkat 1	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 2	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 3	Memerlukan bantuan/pengawasan oranglain dan peralatan
Tingkat 4	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 5	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan aktivitas

Sumber : (Wahyudi & Wahid, 2016)

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016).

Tabel 2.3  
Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Penyebab Faktor Resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
		Mayor	Minor	
<b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b> <b>Definisi:</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	1. Kerusakan integritas strukur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskuler 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensori persepsi	<b>Subjektif:</b> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas <b>Objektif:</b> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentan gerak (ROM) menurun	<b>Subjektif:</b> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak <b>Objektif:</b> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan

<p><b>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b>  <b>Definisi:</b>          Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</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/atau psikotik</li> <li>5. Penurunan motivasi atau minat</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b>          1. Menolak melakukan perawatan diri</p> <p><b>Objektif:</b>          1. Tidak mampu mendi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri</p> <p>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p>	<p><b>Subjektif:</b>          (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b>          (tidak tersedia)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medulla spinalis</li> <li>3. Depresi</li> <li>4. Arthritis reumatoid</li> <li>5. Retardasi mental</li> <li>6. Delirium</li> <li>7. Demensia</li> <li>8. Gangguan amnestik</li> <li>9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain</li> <li>10. Fungsi penilaian terganggu</li> </ol>
<p><b>Resiko gangguan integritas kulit (D.0139)</b>  <b>Definisi:</b>          Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan ( membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul swndi dan ligament.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan/kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan/kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang eksterm</li> <li>7. Faktor mekanis (mis. Penekanan, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi Listrik bertegangan tinggi)</li> <li>8. Terapi radiasi</li> <li>9. Kelembaban</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. Neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan pigmentasi</li> <li>13. Perubahan hormonal</li> <li>14. Penekanan pada tonjolan tulang</li> </ol>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imobilisasi</li> <li>2. Gagal jantung kongestif</li> <li>3. Gagal ginjal</li> <li>4. Diabetes melitus</li> <li>5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)</li> <li>6. Kateterisasi jantung</li> </ol>

	15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan			
<b>Resiko defisit nutrisi makanan (D.0032)</b> <b>Definisi :</b> Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>2. Ketidakmampuan mencerna makanan</li> <li>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</li> <li>4. Peningkatan kebutuhan metabolisme</li> <li>5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)</li> <li>6. Faktor psikologi (mis. Stress, keengganan untuk makan)</li> </ol>	-	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Parkinson</li> <li>3. Mobius syndrome</li> <li>4. Cerebral palsy</li> <li>5. Cleft lip</li> <li>6. Cleft palate</li> <li>7. Amyotropic lateral sclerosis</li> <li>8. Kerusakan neuromuscular</li> <li>9. Luka bakar</li> <li>10. Kanker</li> <li>11. Infeksi</li> <li>12. AIDS</li> <li>13. Penyakit Crohn's</li> <li>14. Enterocolitis</li> <li>15. Fibrosis kistik</li> </ol>

Sumber: (Tim Pokja SDKI, 2016)

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asupan keperawatan. Adapun tujuan dan kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan aktivitas menurut (SLKI, 2018) dan (SIKI, 2018) yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.4  
Intervensi Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
	Utama	Pendukung
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ektermalitas 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>	<p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya 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 (mis. pagar tempat tidur)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</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. Ajarkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Obat</li> <li>2. Pemberian Obat Intravena</li> <li>3. Pencegahan Jatuh</li> <li>4. Pencegahan Luka Tekan</li> <li>5. Pengaturan Posisi</li> <li>6. Perawatan Tirah Baring</li> <li>7. Promosi Kepatuhan Program Latihan</li> <li>8. Promosi Latihan Fisik</li> <li>9. Teknik Latihan Penguatan Otot</li> <li>10. Teknik Latihan Penguatan Sendi</li> <li>11. Terapi Aktivitas</li> <li>12. Terapi Relaksasi Otot Progresif</li> </ol>
<p>Defisit Perawatan diri b.d kelemahan fisik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <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> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaa aktivitas perawatan diri pasien</li> <li>2. Monitoring Tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebersihan diri berpakaian dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan keperluan pribadi pasien</li> <li>2. Damping melakukan perawatan diri sampai mandiri</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. Pemberian Makanan</li> <li>5. Pencegahan Jatuh</li> <li>6. Perawatan Kuku</li> <li>7. Perawatan Mulut</li> <li>8. Perawatan Rambut</li> </ol>

<p>5. Verbilisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</p> <p>8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>		
<p>Resiko gangguan integritas kulit b.d Penurunan Mobilitas</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>5. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>6. Nyeri menurun</li> <li>7. Pendarahan menurun</li> <li>8. Kemerahan menurun</li> <li>9. Hematoma menurun</li> <li>10. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>11. jaringan parut menurun</li> <li>12. Jaringan parut menurun</li> <li>13. Nekrosis menurun</li> <li>14. Abrasi kornea menurun</li> <li>15. Suhu kulit membaik</li> <li>16. Sensasi membaik</li> <li>17. Tekstur membaik</li> <li>18. Pertumbuhan rambut membaik</li> <li>19. Kulit kemerahan pada pasien menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas fisik)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika tirah baring ubah posisi tiap 2 jam</li> <li>2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>2. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya untuk menjaga kebersihan kulit.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Perawatan Diri: Mandi</li> <li>2. Edukasi Perawatan Diri</li> <li>3. Pencegahan Infeksi</li> <li>4. Pencegahan Luka Tekan</li> <li>5. Pengaturan Posisi</li> <li>6. Perawatan Tirah Baring</li> <li>7. Promosi Kebersihan</li> </ol>

<p>Resiko defisit nutrisi d.d Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi makan meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Perasaan cepat kenyang menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor pemeriksaan hasil laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat di toleransi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang di programkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi berat badan efektif</li> <li>2. Edukasi diet</li> <li>3. Edukasi nutrisi</li> <li>4. Manajemen energi</li> <li>5. Pemantauan nutrisi</li> <li>6. Pemantauan tanda-tanda vital</li> <li>7. Pemberian makanan</li> </ol>
--	---	--

Sumber : (Tim Pokja SLKI, 2018 & SIKI, 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai teori dan asuhan keperawatan (Budiono & Pertami, 2016).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil dari tindakan keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

### C. Konsep Penyakit Stroke

#### 1. Definisi Stroke

Menurut Susilo (2019) Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskuler ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang di sebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak

Menurut WHO stroke merupakan penyakit neurologis yang menimbulkan tanda-tanda klinis berupa defisit baik fokal maupun global yang berkembang sangat cepat berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian.

Stroke merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan seperti kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan tubuh, gangguan daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat dari gangguan fungsi otak. Penderita stroke tidak hanya menderita secara fisik, tetapi juga secara psikis, seperti perasaan akan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara mandiri, menjadi beban secara ekonomi dan perasaan tidak berguna secara sosial. Stroke berada di urutan ketiga sebagai penyebab kematian di dunia setelah jantung dan kanker. Selain itu stroke juga merupakan penyebab kecacatan panjang nomor satu di dunia (Masriadi, 2021).

## 2. Etiologi Stroke

Stroke disebabkan oleh tersumbat atau pecahnya pembuluh darah di otak.

Menurut (Maria, 2021) etiologi pada stroke sebagai berikut.

### a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah. Jenis stroke hemoragik dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

#### 1) Perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage*)

Merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. Penyebab *intracerebral Hemorrhage* yaitu hipertensi, trauma kepala akibat kecelakaan, malformasi arteri venosa dan aneurisma.

#### 2) Perdarahan subarachnoid (*Subarachnoid Hemorrhage*)

Merupakan perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid (berada di antara lapisan pelindung otak) akibat pecahnya pembuluh darah otak. penyebab *intracerebral Hemorrhage* yaitu ruptur aneurisme (robekan yang terjadi pada pembuluh darah abnormal di otak) dan malformasi arteriovenosa (kondisi adanya pertumbuhan abnormal pada pembuluh darah di otak).

### b. Stroke Nonhemoragik

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. Stroke nonhemoragik dibagi menjadi 2 jenis 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.

### 3. Faktor Resiko Stroke

Menurut (Ferawati, 2020) Stroke merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor resiko atau biasa disebut multikausal. Faktor ini terbagi menjadi faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah antara lain:

#### a. Faktor yang tidak dapat dirubah

Faktor- faktor yang merupakan. penyebab stroke secara statistik berkaitan erat dengan kelompok ras tertentu, umur dan jenis kelamin.

##### 1) Usia

Usia merupakan faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah. Semakin bertambah usia seseorang maka semakin tinggi resiko untuk terkena stroke. Penyakit stroke terjadi pada usia 20-90 tahun (Hermanto, 2023).

##### 2) Jenis Kelamin

Pria cenderung lebih rentan terkena stroke jika dibandingkan dengan wanita. Sebab kondisi jantung dan pembuluh darah wanita lebih sehat jika dibandingkan dengan yang ada pada tubuh pria. Wanita juga memiliki siklus menstruasi bulanan yang melibatkan cukup banyak hormon di dalam tubuh. Hormon-hormon ini ternyata ikut berperan dalam merawat kesehatan jantung dan pembuluh darah dengan lebih baik. Perbedaan kondisi tubuh inilah yang membuat sangat jarang perempuan terkena stroke atau serangan jantung.

### 3) Riwayat Keluarga

Orang yang berasal dari keluarga yang memiliki riwayat terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit tersebut.

### 4) Ras Tertentu

Dari berbagai penelitian, ditemukan bahwa ras kulit putih memiliki peluang lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan mereka ras yang berkulit hitam

## b. Faktor-faktor yang dapat dirubah

### 1) Faktor gaya hidup

#### a) Merokok

Merokok bukan merupakan faktor risiko stroke tetapi merupakan faktor protektif. Walaupun belum terdapat hubungan yang begitu jelas antara jumlah rokok dengan stroke, tetapi berhenti merokok terbukti menurunkan insiden stroke.

#### b) Alkohol

Kebiasaan mengonsumsi alkohol dalam jumlah yang banyak dapat memicu terjadinya hipertensi yang dapat mengakibatkan faktor resiko terjadinya stroke.

#### c) Penyalahgunaan obat

Penyalahgunaan penggunaan obat-obatan terlarang dapat mengakibatkan terjadinya stroke.

#### d) Konsumsi makanan yang tidak sehat

Faktor resiko terjadinya stroke di akibatkan kebiasaan seseorang mengonsumsi makan yang tidak sehat seperti berlemak, berkolesterol, asin, manis, gorengan, daging/ikan olahan dengan pengawet dan kurang mengonsumsi buah/ sayur (Rikesdas, 2018).

### 2) Faktor kesehatan

#### a) Hipertensi

Hipertensi mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak sehingga mengakibatkan perdarahan pada otak. Hipertensi

dapat mempengaruhi seluruh organ dalam tubuh, terutama pada otak, jantung, ginjal, mata, dan pembuluh darah perifer.

b) Diabetes Melitus

Diabetes memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah yang dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Keadaan pembuluh darah otak yang sudah mengalami aterosklerosis sangat berisiko untuk mengalami sumbatan maupun pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan timbulnya serangan stroke

c) Obesitas

Obesitas adalah keadaan dimana seseorang memiliki berat badan yang berlebih. Orang yang tidak menerapkan pola makan sehat akan mengalami mengalami obesitas. Pasti di dalam tubuhnya terdapat lemak yang berlebih, jika hal ini terjadi darah akan menjadi kental, dan pembuluh darah akan menjadi keras. Menyebabkan pembuluh darah akan lebih mudah pecah dan mudah tersumbat. Dalam hal ini obesitas adalah salah satu faktor penyebab terjadinya stroke.

d) Dislipidemia

Merupakan kondisi yang terjadi ketika kadar lipid (lemak) didalam darah terlalu tinggi atau rendah. Lipid adalah zat lemak terdiri dari kolesterol dan trigliserida. Istilah ini juga berkaitan dengan kondisi kolesterol tinggi walaupun sebenarnya dislipidemia lebih dari kolesterol tinggi. Kolesterol dibagi menjadi 2 yaitu: kolesterol baik (HDL) dan kolesterol jahat (LDL). Ketika seseorang mempunyai kadar kolesterol jahat yang tinggi, plak lemak dapat menumpuk pada pembuluh arteri yang dapat tersumbat dan

mengakibatkan masalah-masalah kesehatan seperti penyakit stroke dan jantung

e) Penyakit Jantung

Jantung sebagai sistem peredaran darah berperan penting untuk mengatur aliran darah. Darah yang dipompa oleh jantung tidak di distribusikan sempurna sehingga detak jantung yang memompa darah akan terganggu.

#### 4. Tanda dan Gejala Stroke

Stroke sering muncul tiba-tiba, oleh karena itu penting untuk mengetahui bahwa seseorang terkena stroke. Secara umum berikut tanda bahwa seseorang terserang stroke (Ferawati, 2020).

- a. Ketidakmampuan untuk berbicara dengan jelas atau mengalami kesulitan untuk berbicara.
- b. Sensasi mati rasa secara tiba-tiba dan bersifat sementara
- c. Kelemahan atau kelumpuhan wajah, lengan, atau kaki pada satu sisi.  
Kelemahan pada tangan atau kaki menyebabkan keterbatasan aktivitas. Infark pada bagian otak mempengaruhi bagian tubuh yang terjadi kelemahan, misalnya terjadi infark pada otak kanan akan menyebabkan hemiparesis pada bagian kiri, sebaliknya infark terjadi pada otak kiri akan hemiparesis pada bagian kanan. Hal ini terjadi karena jaringan saraf berjalan bersilangan dalam jalur piramida dari otak ke saraf spinal (Hermanto, 2023).
- d. Penglihatan yang kabur secara tiba-tiba atau penurunan kualitas penglihatan pada satu mata
- e. Sakit kepala yang parah secara tiba-tiba
- f. Gangguan keseimbangan tubuh dan koordinasi tangan dan kaki, atau terjatuh secara tiba-tiba tanpa alasan yang jelas Inkontinensia (buang air kecil secara spontan).
- a. Tanda & Gejala Stroke Hemoragik

Penyebab terjadinya stroke hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah di dalam otak. Beberapa kondisi yang dapat memicu hal ini, antara lain:

- 1) Aneurisma otak
- 2) Cedera kepala berat.
- 3) Efek penggunaan obat pengecer darah, seperti warfain
- 4) Kelainan darah, seperti penyakit anemia sel sabit dan hemofilia
- 5) Kelainan pembuluh darah otak sejak lahir (malformasi pembuluh darah arteri dan vena)
- 6) Penyakit liver
- 7) Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- 8) Tumor otak

Gejala stroke hemoragik bervariasi tergantung dari lokasi pecahnya pembuluh darah atau jenis stroke hemoragik yang dialami penderita

- 1) Perdarahan intraserebral umumnya timbul tanpa peringatan dan memburuk setelah 30 hingga 90 menit. Gejalanya antara lain:
  - a) Kelemahan mendadak
  - b) Kelumpuhan atau mati rasa dibagian tubuh manapun
  - c) Ketidakmampuan dalam berbicara
  - d) Ketidakmampuan dalam mengontrol gerakan mata yang wajar
  - e) Muntah
  - f) Pernapasan tidak teratur
  - g) Pingsan
  - h) Kesulitan berjalan
  - i) Kehilangan kesadaran
- 2) Perdarahan subrachnoid terjadi akibat perdarahan di antara otak dan jaringan yang selaput otak. Gejalanya antara lain:
  - a) Tiba-tiba merasakan sakit kepala yang sangat parah
  - b) Ketidakmampuan melihat cahaya terang
  - c) Kebingungan secara tiba-tiba
  - d) Pusing
  - e) Kejang
  - f) Mual dan muntah
  - g) Kekuan leher

b. Tanda & Gejala Stroke nonhemoragik

Menurut (Susilo, 2019) Beberapa kondisi yang dapat memicu hal ini, antara lain:

- 1) Gangguan bicara berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain.
- 2) Mulut terlihat tertarik ke satu sisi (perot)
- 3) Gangguan gerak/kelumpuhan
- 4) Kelemahan otot-otot pada satu sisi tubuh.
- 5) Kehilangan keseimbangan
- 6) Sakit kepala hebat secara tiba-tiba
- 7) Pengelihatan kabur bisa pada salah satu mata ataupun kedua mata
- 8) Rasa kebas, yakni mati rasa, atau kesemutan pada satu sisi tubuh

## 5. Klafikasi Stroke

Menurut (Ferawati, 2020) Klasifikasi penyakit stroke sebagai berikut.

a. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik terjadi akibat dari pecahnya pembuluh darah di dalam otak. Kasus stroke ini paling sering dikaitkan dengan tekanan darah tinggi kronis dan penyakit pembuluh darah bawaan, misalnya aneurisma arteriserebral atau malformasi arteriovenosa. Darah akan keluar dibawah ruang arachnoid (ruang antara jaringan otak dan tengkorak) menekan jaringan otak dan membuat pembuluh darah menyempit setelah terjadinya pendarahan yang mengakibatkan mengurangi laju aliran darah.

b. Stroke nonhemoragik

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

## 6. Patofisiologi

Menurut (Haryono, 2019) patofisiologi stroke sebagai berikut.

a. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasasi darah ke parenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pada pembuluh darah yaitu aneurisma dan malaformasi arteriovenous. Ekstrasvasasi darah ke parenkim otak berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma.

Faktor resiko dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur, meliputi lapisan elastic eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah menipis. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.

Ekstrasvasasi darah parenkim otak bagian dalam berlangsung selama beberapa jam dan jika jumlahnya besar akan memengaruhi jaringan sekitarnya melalui peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan tersebut dapat menyebabkan hilangnya suplai darah ke jaringan yang terkena pada akhirnya dapat menghasilkan infark. Infark serebral adalah kondisi kerusakan jaringan di otak akibat tidak mendapatkan suplai oksigen, karena terhambatnya aliran darah ke daerah tersebut.

b. Stroke NonHemoragik

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 arteosklerik 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 kedua, 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 homestasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

## 7. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi.

Berikut berapa jenis komplikasi menurut (Maria, 2021), antara lain:

a. *Deep vein thrombosis* (Pengumpulan darah di tungkai).

Kondisi ini terjadi akibat terhentinya aliran darah di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko terjadinya penggumpalan darah dan dapat mengakibatkan kelumpuhan. *Deep vein thrombosis* dapat diobati dengan obat antikoagulan.

b. *Hidrosefalus*

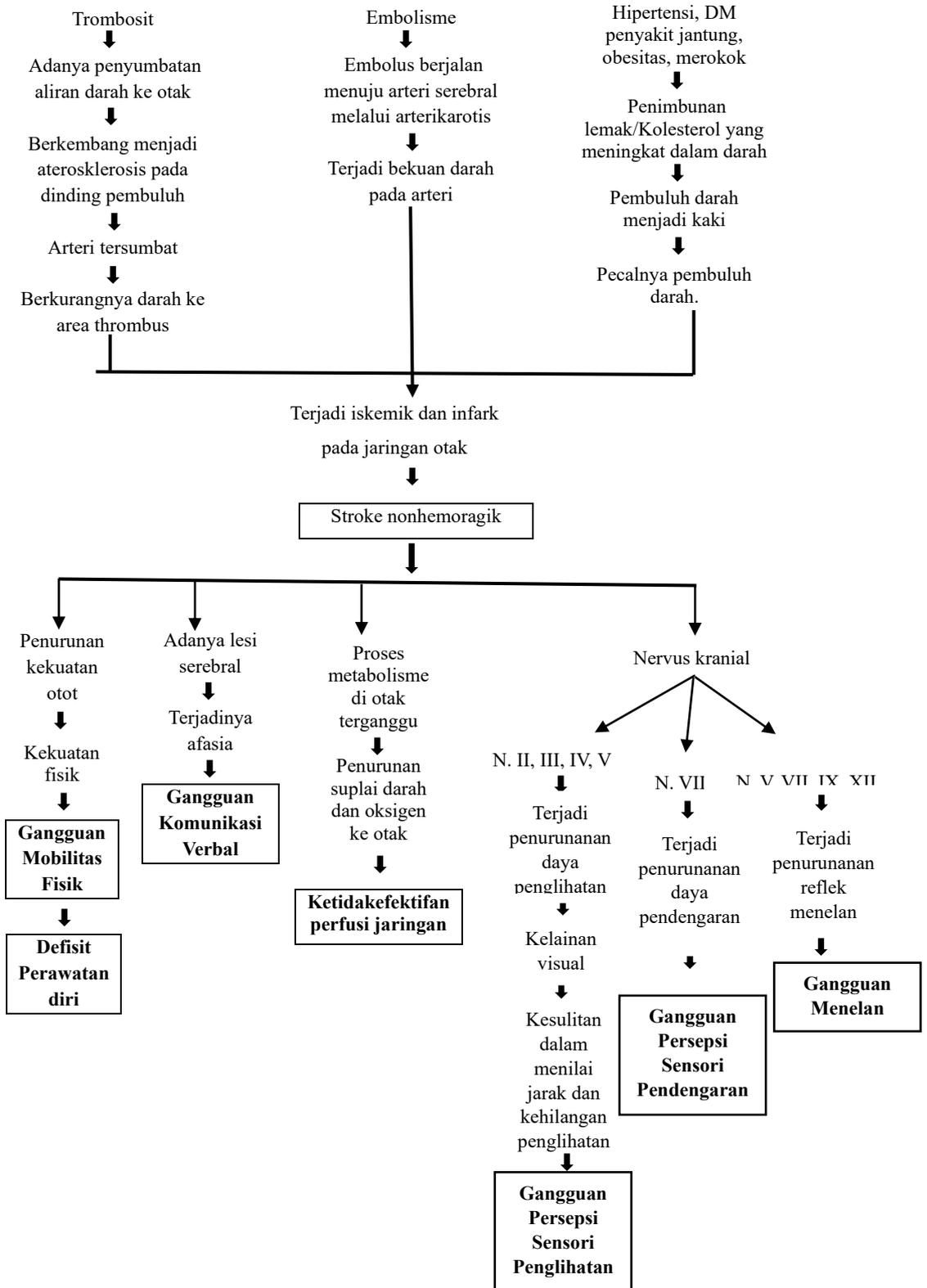
Kondisi ini terjadi akibat menumpuknya cairan otak di dalam rongga otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.

c. *Disfagia* (Gangguan menelan)

Mengakibatkan makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Hal ini dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.

8. Pathway

Gambar pathway 2.1



Sumber (Susilo, 2019)

## 9. Pemeriksaan Penunjang Stroke

- a. CT scan kepala merupakan pemeriksaan baku emas untuk membedakan infark atau perdarahan.
- b. Scan resonansi magnetik (MRI) lebih sensitif dari CT scan dalam mendeteksi infark cerebri dini dan infark batang otak.
- c. Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien ekokardiografi transthorakal sudah memadai.
- d. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitive untuk mendeteksi thrombus mural atau vegetasi katup.
- e. Ultrasonografi doppler karotis di perlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis.
- f. Ultrasonografi Doppler transkraniyal dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intrakraniyal besar. Gelombang intrakraniyal yang abnormal dan pola aliran kolateral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna.
- g. Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakraniyal atau intrakraniyal.
- h. Pemantauan holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermitten. (Susilo, 2019)

## 10. Penatalaksanaan Stroke

Menurut (Maria, 2021) penatalaksanaan stroke sebagai berikut

- a. Stroke Nonhemoragik
  - 1) Penatalaksanaan Keperawatan
    - a) *Bedrest* total dengan posisi kepala *head up* 15°-30°
    - b) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nasal kanul
    - c) Pasang infus IV sesuai kebutuhan
    - d) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
    - e) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi setelah pemberian posisi

## 2) Penatalaksanaan Medis

- a) Terapi trombolisis. Pasien diberikan terapi obat alteplase untuk penghancur gumpalan darah dengan yaitu dengan injeksi intravena activator plasminogen jaringan (tPA) dosis 0,6-0,9 mg/kgBB. Pemberian obat dimulai <6 jam setelah gejala stroke muncul (semakin cepat semakin baik)
- b) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular
- c) Pemberian obat-obatan seperti nicardipine, ACE inhibitor, beta bloker, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi
- d) Pemberian obat-obatan seperti anti *diabetic oral* maupun insulin sebagai manajemen gula darah
- e) Pemberian obat-obatan antikoagulan seperti dabigatran, warfarin dan lain-lain
- f) Pemberian obat-obatan neuroprotector seperti citicholin, piracetam, pentoxyfiline, dan lain-lain.

## b. Stroke Hemoragik

### 1) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) *Bedrest* total dena posisi kepala *head up* 15°-30°
- b) Berikan terapi oksigen 2-3L/menit dengan nasal kanul
- c) Pasang infus IV sesuai kebutuhan
- d) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
- e) Monitor tekanan darah agar dapat mencegah resiko perdarahan ulang

### 2) Penatalaksanaan Medis

- a) Antifibrilolitik untuk mencegah perdarahan ulang seperti asam tranexamat dengan dosis 250-500mg dua kali per hari melalui IV
- b) Diuretik/anti edema, yang diberikan berupa manitol 20% untuk mengurangi TIK (0,25-3 g/kgBB, melalui IV) dan

- furosemide* untuk mengurangi cairan berlebih di tubuh dan menurunkan tekanan darah dengan dosis 20-40 mg melalui IV
- c) Nimodipine, untuk memperbaiki defisit neurologis akibat vasospasme. Dengan dosis 1-2mg/jam melalui IV pada hari ke 3 atau secara oral 60 mg/6jam selama 21 hari
  - d) Antikonvulsan, yaitu fenitoin untuk mengatasi kejang dengan dosis 15-20 mg/kgBB/hari
  - e) Tindakan operasi yang dapat dilakukan untuk mengetahui ICH dan SAH yaitu kraniotomi berupa *Clipping Aneurisma* dan *Coiling Aneurisma*, untuk mengurangi perdarahan berulang.
    1. *Surigal Clipping*. Sebuah prosedur untuk menutup aneurisma. Ahli bedah saraf menghilangkan suatu bagian tengkorak untuk mengakses aneurisma penyebab stroke. Selanjutnya, dokter bedah akan menempatkan klem kecil di leher untuk menghentikan aliran darah yang masuk ke dalam.
    2. *Coiling* (embolisasi endovascular). Ahli bedah saraf akan memasukan kateter ke arteri di pangkal paha menuju ke otak menggunakan *X-ray*. Kumputan kawat (koil) kecil dan tipis di arahkan ke dalam aneurisma. Koil akan mengisi aneurisma yang menghalangi aliran darah (Haryono, 2019).
  - f) Terapi tambahan untuk pasien gelisah diberikan haloperidol (dosis 1-10mg/6jam melalui IM).

#### D. Publikasi Terkkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.5  
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Judul	Penulis/peneliti	Tahun	Hasil
Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Fokus Studi Gangguan Mobilitas Fisik Di Kecamatan Srumbung	Adelia Pamularti, Sunarmi, Sunarko	2020	Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan didapat kan hasil pengkajian sebagai berikut. Keluhan utama pasien adalah pasien mengatakan bahwa anggota gerak sebelah kirinya sulit untuk digerakkan. Mempunyai riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah 160/120 mmHg, nadi 70 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36oC. Pemeriksaan kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kiri 2, kekuatan otot tangan dan kaki sebelah kanan 5. Diagnosis utama yang ditegakkan yaitu gangguan mobilitas fisik. Intervensi keperawatan pada pasien meliputi dukungan mobilisasi dan latihan rentang gerak.
Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Pemberian Terapi Rom Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu	Ari Saputra, Maritta Sari, Nur Elly, Nengke Puspita Sari	2022	Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada 2 pasien yang berbeda dengan masalah keperawatan yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik. Kemudian membandingkan respon hasil dari setiap tindakan yang dilakukan Implementasi tersebut adalah pemberian terapi ROM dengan latihan sebanyak 2 kali sehari pagi dan sore dalam 10 menit selama 7 hari berturut turut. Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 7 hari, peneliti menyimpulkan bahwa terdapat peningkatan kekuatan otot saat di lakukan ROM pada pasien.
Pengaruh range of motion exercise terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di wilayah puskesmas sidotopo	Rina Budi Kristiani	2017	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan otot sebelum dilakukan Latihan Range Of Motion yaitu terdapat 10 responden (31%) pada skala 3 dan 22 responden (69%) pada skala 4. Setelah dilakukan Range Of Motion Exercise terdapat 2 responden (6%) pada skala 3, 20 responden (63%) pada skala 4 dan 10 responden (31%) pada skala 5. Pemberian latihan ROM 2x sehari selama 4 hari menunjukkan peningkatan kekuatan otot dari skala tiga menjadi skala empat, dan mencapai skala lima. Sehingga dalam penelitian tersebut

			menyimpulkan bahwa pemberian latihan ROM berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot.
Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Irna C RSSN Bukit Tinggi	Suci Aprilia Adha	2017	Hasil asuhan yang dilakukan ( Adha) didapatkan hasil diagnosa keperawatan yang di tegakan adalah gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri: mandi, resiko kerusakan integritas kulit dan resiko jatuh. Intervensi yang di lakukan yaitu dukungan mobilisasi diri, dukungan perawatan diri, perawatan integritas kulit, pencegahan jatuh. Hasil evaluasi kekuatan otot meningkat atau mengalami perubahan pada anggota gerak yang lemah dari kekuatan otot 1 menjadi 2, mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri, tampak kemerahan dipunggung pasien sudah mulai berkurang, pasien sudah bisa miring kiri dan kanan, tanda resiko jatuh pasien terpasang side rail dibed, selama dirawat pasien tidak pernah jatuh.

(Pamularti A et al., 2020) (Saputra et al., 2022) (Warth & Millett, 2017) (Adha, 2017).