

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Konsep kebutuhan dasar manusia**

Konsep kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson (Perry & Potter, 2015) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam komponen berikut.

1. Bernapas secara normal.
2. Makan dan minum yang cukup.
3. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
4. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian yang tepat.
7. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan.
8. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
9. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
11. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan.
12. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
14. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Pada kasus stroke non hemoragik ini kebutuhan dasar manusia ada di kebutuhan dasar ke 4 dan 5.

## 2. Konsep Dasar Aktivitas Dan Istirahat

Kebutuhan aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015), Kebutuhan aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Tubuh membutuhkan aktivitas untuk kegiatan fisiologis, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemulihan. Individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Aktivitas suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Pergerakan merupakan rangkaian yang terintegrasi antara system muskuloskeletal dan system persarafan yang didukung oleh fungsi kardiovaskular, pernapasan, dan metabolisme.

### a. Muskuloskeletal

Sistem Muskuloskeletal terdiri atas Tulang, otot, dan sendi.

#### 1) Tulang

Tubuh Manusia tersusun atas tulang-tulang yang berjumlah 206 tulang. Tulang satu dengan yang lain dihubungkan melalui sendi kemudian membentuk rangka. Tulang juga berfungsi sebagai penyangga tubuh, pelindung organ-organ penting seperti otak, hati, jantung dan juga berfungsi sebagai regulasi mineral seperti kalsium dan fosfat. Berkaitan dengan pergerakan, tulang merupakan tempat melekatnya otot, ujung otot yang melekat pada tulang disebut tendon. Tulang dapat digerakkan karena adanya kontraksi dari otot.

#### 2) Otot

Otot merupakan organ yang mempunyai sifat elastisitas dan kontraktilitas yaitu kemampuan untuk meregang dan memendek, serta kembali pada posisi semula. Kemampuan inilah yang memungkinkan organ yang menyertainya dapat bergerak, seperti gerakan pada tulang, usus, jantung paru-paru, dan organ lainnya. Otot tersusun oleh serat-serat otot yang berisi protein-protein kontraktil yaitu miofibril-miofibril. Masing-masing miofibril

tersusun atas miofilamen-miofilamen, yaitu miofilamen rebal disebut myosin dan miofilamen tipis yang tersusun atas aktin, troponin, dan tropomiosin. Pergerakan sesungguhnya terjadi karena adanya kontraksi, sedangkan kontraksi terjadi akibat tarik-menarik antara aktin dan miosin

### 3) Sendi

Sendi menghubungkan antartulang yang didukung oleh adanya ligamen dan tendon. Ligamen menstabilkan tulang di antara tulang dan lebih elastis daripada tendon. Sendi dapat diklasifikasikan menjadi sendi yang tidak dapat digerakkan (sendi sinartrosis) seperti pada sutura, epifisis, dan diafisis, sendi yang sedikit dapat digerakkan (sendi amfiartosis) seperti pada simfisis, dan sendi yang gerakannya bebas (sendi diartrosis) seperti pada gerak pada siku, pergerakan lutut, jari tangan, dan lain-lain. Sendi diartrosis merupakan sendi yang paling banyak di antara jenis sendi-sendi yang lain. Sendi ini disebut juga sendi sinovial karena dilapisi oleh jaringan sinovial yang kaya akan pembuluh darah dan memproduksi cairan sinovial. Cairan ini sangat penting untuk pelumas sendi agar gerakan sendi lebih mudah.

Pergerakan sendi sinovial normalnya dalam keadaan bebas, tetapi juga ada yang tergantung dari jenis sendi yang menghubungkannya. misalnya sendi engsel yang hanya menggerakkan pada satu arah karena sendi berbentuk engsel dan berporos satu, seperti pada lutut dan siku. Sendi peluru dapat menggerakkan tulang ke segala arah karena bentuknya lekuk dan adanya bonggol, seperti pada sendi gelang bahu dengan lengan atas, dan gelang panggul dengan tulang paha. Kebebasan pergerakan pada sendi disebut rentang gerak sendi atau range of motion, di mana pada keadaan normal mempunyai rentang derajat yang berbeda, misalnya pada gerakan fleksi pada sendi siku sekitar 150 derajat. Pengukuran gerak sendi diukur dengan

menggunakan *goniometer*. Apabila gerak sendi kurang dari normal disebut kontraktur

b. Sistem persarafan

Sistem persarafan berperan dalam mengontrol fungsi motorik. Pusat pengendalian pergerakan adalah serebelum, korteks serebri, dan basal ganglia. Serebelum berperan dalam koordinasi aktivitas motorik pergerakan dan keseimbangan. Korteks serebri berperan dalam mengontrol aktivitas motorik yang disadari. Sementara itu, basal ganglia berperan dalam mempertahankan postur

c. Sistem pernapasan

Sistem pernapasan berperan dalam menjamin tersedianya oksigen tubuh. Oksigen dibutuhkan untuk metabolisme yang akan menghasilkan energi. Pergerakan membutuhkan energi dari hasil metabolisme. Pasien dengan kekurangan oksigen menyebabkan peningkatan pernapasan dan mengalami kelemahan fisik.

d. Sistem kardiovaskular.

Adekuatnya fungsi kardiovaskular menjamin pompa jantung dan curah jantung optimal. Sistem kardiovaskular berperan dalam transpor oksigen dan nutrien ke jaringan. Dengan demikian, tidak adekuatnya fungsi jantung memungkinkan terjadinya gangguan perfusi jaringan sehingga pasien mengalami kelemahan fisik.

### 3. Mekanisme Pergerakan

Gerak tubuh secara keseluruhan diatur dengan prinsip-prinsip fisiologis. Adanya pergerakan otot-otot memungkinkan tulang ikut bergerak melalui persendian. Tubuh dapat melaksanakan aktivitas, gerakan dengan cepat dan tepat, serta adanya pengaturan postur karena ada koordinasi gerakan tubuh di otak yaitu karena aktivitas integrasi mulai dari tingkat spinal, medula oblongata, dan korteks inilah yang mengatur postur tubuh dan memungkinkan terjadinya gerakan terkoordinasi. Untuk menggerakkan sebuah anggota badan, otak harus merencanakan gerakan yang sesuai dengan berbagai sendi pada saat yang sama, dan menyesuaikan gerakan dengan membandingkan rencana yang ada.

#### 4. Jenis Kontraksi Otot

Kontraksi otot lurik dapat dikelompokkan menjadi kontraksi isometrik dan kontraksi isotonic

##### a. Kontraksi isometrik

Pada jenis kontraksi ini tidak terjadi pemendekan otot selama kontraksi karena tidak memerlukan *Sliding myofibril*, tetapi terjadi secara paksa.. misalnya, saat kita mengangkat barang sangat berat, mendorong meja dengan tangan lurus sehingga terjadi tegangan

##### b. Kontraksi isotonic.

Kontraksi isotonic adalah jenis kontraksi di mana terjadi pemendekan otot, tetapi tegangan pada otot tetap konstan. Kontraksi ini memerlukan energi yang besar. Contoh jenis kontraksi ini adalah saat mengangkat beban menggunakan otot biceps, brachii, kegiatan makan, meroyair, dan lainnya.

#### 5. Kekuatan Otot

Merupakan kekuatan otot yang timbul karena tahanan dan kontraksi otot, dapat diukur dengan menggunakan skala 0-5. Nilai 0 merupakan nilai dengan keadaan tidak ada kontraksi otot atau lumpuh total. Sementara itu, nilai 5 merupakan nilai maksimal yaitu mampu melawan gravitasi dan tahanan yang kuat

**Tabel 1**  
**Penilaian kekuatan otot**

<b>Keadaan Fungsi Otot</b>	<b>Nilai</b>	<b>Persen (%) dari normal</b>
Tidak terdapat kontraksi otot, lumpuh total	0	0
Terdapat sedikit gerakan/tegangan, tidak ada gerakan	1	10
Terdapat gerakan, tetapi tidak mampu menahan gravitasi	2	25
Terdapat gerakan, dan mampu melawan gravitasi	3	50
Mampu melawan gravitasi dan sedikit tahanan	4	75
Mampu melawan gravitasi dan tahanan yang kuat	5	100

(Tarwoto & Wartonah, 2015)

## B. Tinjauan Asuhan keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan, Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Pengkajian terkait aktivitas meliputi riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik tentang kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan massa otot, toleransi aktivitas, masalah terkait mobilitas, serta kebugaran fisik (Mubarak et al., 2015).

Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartonah, 2015). Menurut (Purwanto, 2016) pengkajian pada pasien stroke meliputi:

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama  
Keluhan utama yang ditemukan berupa kelemahan pada anggota gerak, bicara pelo, afasia 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  
Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

g. Aktivitas sehari-hari

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

- 1) 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 konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk melihat bagian tubuh dan untuk menentukan apakah seseorang mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal berikut ini pemeriksaan fisik pada pasien stroke

- 1) Keadaan umum, Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.
- 2) Pemeriksaan tingkat kesadaran, Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat kesadaran pasien stroke berbeda-beda, tergantung tingkat keparahan stroke yang dialami, diuraikan pada tabel dibawah ini, mulai dari kesadaran kompos mentis sampai keadaan koma:

**Tabel 2**  
**Tingkat kesadaran**

Fungsi mental	Tingkat kesadaran
Composmentis	Klien sadar akan dirinya dan punya orientasi penuh
Apatis	Klien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
Letargi	Kesadaran menurun, klien tampak lesu dan mengantuk
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh gelisah
Somnolen	Klien mengantuk ingin tidur terus, dan apabila di bangunkan ia akan tidur kembali
Koma	Kesadaran yang hilang sama sekali

Sumber: (Catur, 2019)

### 3) Kualitatif

Pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

### 4) 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 nilai nya 3 seperti yang di uraikan pada tabel dibawah ini jenis respon dan nilai yang di dapat dari respon si pasien.

#### a) Respon membuka mata (E = Eye)

- Spontan (4)
- Dengan perintah (3)
- Dengan nyeri (2)
- Tidak berespons (1)

#### b) Respon verbal (V= Verbal)

- Berorientasi (5)
- Bicara membingungkan (4)
- Kata-kata tidak tepat (3)
- Suara tidak dapat di mengerti (2)
- Tidak ada respons (1)

#### c) Respon motorik (M = Motorik)

- Dengan perintah (6)
- Melokalisasi nyeri (5)
- Menarik area yang nyeri (4)
- Fleksi abnormal/postur dekortikasi (3)
- Ekstensi abnormal/postur deserebrasi (2)
- Tidak berespons (1)



## i. pemeriksaan nervus cranialis

### 1) Nervus I (Olfactory)

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

### 2) Nervus II (Optikus)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi penglihatan, pada pasien stroke fungsi persepsi visual terganggu karena gangguan jarak sensori primer antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terlihat pada hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

### 3) Nervus III,IV,VI (Oculomotorius, Trochlear, dan Abducens)

Nervus ini merupakan pemeriksaan fungsi mata untuk mengetahui apakah pasien bisa mengangkat kelopak mata untuk melihat konstriksi pupil dan gerakan mata kebawah kedalam. Pada pasien stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerak konjugat unilateral di sisi yang sakit.

### 4) 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.

### 5) Nervus VII (Facialis)

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

### 6) Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

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

7) Nervus IX dan X (Glosofaringeal, vagus)

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

8) Nervus XI (Aksesorius)

Nervus ini merupakan pemeriksaan pada pergerakan bahu, pada pasien stroke biasanya tidak dapat menggerakkan bahu pada sisi yang terganggu. i) Nervus XII (Hipoglossus) Nervus ini merupakan pemeriksaan otot lidah, pada pasien stroke lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

j. Kemampuan Mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut

**Tabel 3**  
**Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas**

Keadaan Fungsi Otot	Nilai	Persen (%) dari normal
Tidak terdapat kontraksi otot, lumpuh total	0	0
Terdapat sedikit gerakan/tegangan, tidak ada gerakan	1	10
Terdapat gerakan, tetapi tidak mampu menahan gravitasi	2	25
Terdapat gerakan, dan mampu melawan gravitasi	3	50
Mampu melawan gravitasi dan sedikit tahanan	4	75
Mampu melawan gravitasi dan tahanan yang kuat	5	100

(Tarwoto & Wartonah, 2015)

k. Kemampuan Rentang Gerak

Pengkajian rentang gerak (range of motion-ROM) dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, lengan, panggul dan kaki

**Tabel 4**  
**Derajat Normal Rentang Gerak Sendi**

Gerak Sendi	Derajat Rentang Normal
Bahu. Adduksi : gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh.	180
Siku. Fleksi : angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu	150
Pergelangan tangan. Fleksi : tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah Ekstensi : luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin Abduksi : tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas Adduksi : tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas	80-90 80-90 70-90 0-20 30-50
Tangan dan Jari Fleksi : buat kepalan tangan Ekstensi : luruskan jari Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin Abduksi : kembangkan jari tangan Adduksi : rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	90 90 30 20 20

Sumber : (Alimul & Uliyah, 2015)

### 1. Kekuatan Otot dan Gangguan

Koordinasi Dalam mengkaji kekuatan otot dapat ditentukan kekuatan secara bilateral atau tidak.

**Tabel 5**  
**Derajat kekuatan otot**

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

Sumber : (Alimul & Uliyah, 2015)

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Menurut SDKI (PPNI, 2017) diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan pola tidur dan defisit perawatan diri, risiko jatuh.

**Tabel 6**  
**Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis	Penyebab/factor resiko	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
		Mayor	Minor	
Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot (D.0054)  Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidak bugaran 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 neuromuskular 13. Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatas 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 ekstremitas  <b>Objektif :</b> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang 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>Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3bulan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencederaan fungsional ( mis.inflamasi, iskemik, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencederaan kimiawi (mis.terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencederaan berat (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p><b>Subjektif :-</b></p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit Tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif :-</b></p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola nafas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom koroner akut</li> <li>5. Glaukoma</li> </ol>
<p>Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia <math>\geq 65</math> tahun (pada dewasa) atau <math>\leq 2</math> tahun (pada anak)</li> <li>2. Riwayat jatuh</li> <li>3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)</li> <li>4. Penggunaan alat bantu berjalan</li> <li>5. Penurunan tingkat kesadaran</li> <li>6. Perubahan fungsi kognitif</li> <li>7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)</li> <li>8. Kondisi pasca operasi Hipotensi ortostatik Perubahan kadar glukosa darah</li> <li>11. Anemia</li> <li>12. Kekuatan otot menurun</li> <li>13. Gangguan pendengaran</li> <li>14. Gangguan keseimbangan</li> <li>15. Gangguan penglihatan (mis. glukoma, katarak,</li> </ol>	<p><b>Subjektif :-</b></p> <p><b>Objektif :-</b></p>	<p><b>Subjektif :-</b></p> <p><b>Objektif :-</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osteoporosis</li> <li>2. Kejang</li> <li>3. Penyakit serebrovas kuler</li> <li>4. Katarak</li> <li>5. Glukoma</li> <li>6. Demensia</li> <li>7. Hipotensi</li> <li>8. Amputasi</li> <li>9. Intoksikasi Preeklamsi</li> </ol>

	ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropatik 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)			
Gangguan pola tidur (D.0055)  Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)</li> <li>2. Kurang kontrol tidur</li> <li>3. Kurang Privasi</li> <li>4. <i>Restraint</i> fisik</li> <li>5. Ketiadaan teman tidur</li> <li>6. Tidak familiar dengan peralatan tidur</li> </ol>	<b>Subjektif:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> <li>3. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol> <b>Objektif:-</b>	<b>Subjektif:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</li> </ol> <b>Objektif:-</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri/kolik</li> <li>2. Hipertiroidisme</li> <li>3. kecemasan</li> <li>4. penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>5. Kehamilan</li> <li>6. Periode pasca partum</li> <li>7. Kondisi pasca operasi</li> </ol>

Resiko perfusi serebral b.d Hipertensi (D.0017)  Defonisi: berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial</li> <li>2. Penurunan kinerja ventrikel kiri</li> <li>3. Anterosklerosis aorta</li> <li>4. Diseksi arteri</li> <li>5. fibrilasi atrium</li> <li>6. Tumor otak</li> <li>7. Stenosis karotis</li> <li>8. Miksoma atrium</li> <li>9. Aneurisma serebri</li> <li>10. Koagulopati (mis. Anemia sel sebit)</li> <li>11. Dilatasi kardiomiopati</li> <li>12. koagulasi intravaskuler desiminata</li> <li>13. Embolisme</li> <li>14. Cedera kepala</li> <li>15. Hiperkolesteronemia</li> <li>16. Hipertensi</li> <li>17. Endokarditis infeksi</li> <li>18. katup prostetik mekanis</li> <li>19. Stenosis mitral</li> <li>20. Neoplasma otak</li> <li>21. Infark miokat akut</li> <li>22. Sindrom sick sinus</li> <li>23. Penyalahgunaan zat</li> <li>24. Terapi trombolitik</li> <li>25. Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi <i>bypass</i>)</li> </ol>	<b>Subjektif:-</b>  <b>Objektif:-</b>	<b>Subjektif:-</b>  <b>Objektif:-</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sroke</li> <li>2. Cidera kepala</li> <li>3. Aterosklerotik aortik</li> <li>4. Infark miokat akut</li> <li>5. Diseksi arteri</li> <li>6. Embolisme</li> <li>7. Endokarditis infeksi</li> <li>8. Fibrilasi atrium</li> <li>9. Hiperkolestr-Olema</li> <li>10. Hipertensi</li> <li>11. Dilatasi kardiomiopati</li> </ol>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (PPNI, 2017)

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan merupakan tahapan selanjutnya dari diagnosis keperawatan yang sudah di tegakkan. Dalam rencana keperawatan pada stroke non hemoragik (iskemik), penulis akan lebih fokus pada rencana untuk stroke non hemoragik (PPNI, 2018).

**Tabel 7**  
**Intervensi keperawatan**

No	Intervensi Utama (SIKI)	Intervensi pendukung
1.	<p><b>Dukungan ambulasi (I.06171)</b> Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>- Fasilitasi melakukan mobilisasi, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>- Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>- Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program</li> <li>2. Dukungan keperawatan 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. Pemberian obat</li> <li>11. Pencegahan jatuh</li> <li>12. Pencegahan luka tekan</li> <li>13. Pengaturan posisi</li> <li>14. Perawatan tirah baring</li> <li>15. Promosi berat badan</li> <li>16. Teknik latihan penguatan otot</li> <li>17. Teknik latihan penguatan sendi</li> <li>18. Terapi aktivitas</li> <li>19. Terapi pemijatan</li> <li>20. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>
2.	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b> Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbang, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan hipnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan kebutuhan</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Edukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik nafas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres hangat</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernapasan</li> <li>12. Manajemen efek samping obat</li> <li>13. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>14. Manajemen medikasi</li> <li>15. Manajemen sedasi</li> <li>16. Manajemen terapi radiasi</li> <li>17. Pemantauan nyeri</li> <li>18. Pemberian obat</li> <li>19. Pemberian obat intravena</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	
3.	<p><b>Pencegahan jatuh (I.14540)</b></p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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>- Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi</li> <li>- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>- Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale, humpty dumpty scale) jika perlu.</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>- Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>- Pasang handrail tempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)</li> <li>- Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ul>	<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>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> <li>- Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ul>	
4.	<p><b>Dukungan tidur (1.05174)</b>  <b>Definisi:</b>          Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur  <b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik dan atau psikologis)</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>- Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)</li> <li>- Batasi waktu tidur siang, jika perlu.</li> <li>- Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat ? tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>- Anjurkan menghindari makanan/minuman yang menggagu tidur</li> <li>- Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja)</li> <li>- Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan meditasi</li> <li>3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK</li> <li>4. Fototerapi gangguan <i>Mood/Tidur</i></li> <li>5. Latihan autogenic</li> <li>6. Manajemen demensia</li> <li>7. Manajemen energi</li> <li>8. Manajemen Lingkungan</li> <li>9. Manajemen medikasi</li> <li>10. Manajemen nutrisi</li> <li>11. Manajemen nyeri</li> <li>12. Manajemen pergantian hormone</li> </ol>
5.	<p><b>Manajemen peningkatan tekanan intrakrniaal (1.06194)</b>  <b>Definisi:</b>          Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi, edema serebral)</li> <li>- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi Diet</li> <li>2. Edukasi Program Pengobatan</li> <li>3. Edukasi Prosedur Tindakan</li> <li>4. Konsultasi Via Telepon</li> <li>5. Manajemen Alat Pacu Jantung Sementara</li> <li>6. Manajemen Alat Pacu Jantung Permanen</li> <li>7. Manajemen Defibrilasi</li> <li>8. Manajemen Kejang</li> </ol>

	<p>(mis. Tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor MAP (Mean Arterial pressure)</li> <li>- Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</li> <li>- Monitor PAWP jika perlu</li> <li>- Monitor PAP, jika perlu</li> <li>- Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</li> <li>- Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</li> <li>- Monitor gelombang ICP</li> <li>- Monitor status pemapasan</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsistensi) Terapeutik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Berikan posisi semi Fowler</li> <li>- Hindari Maneuver Valsava</li> <li>- Cegah terjadinya kejang Hindari penggunaan PEEP</li> <li>- Hindari pemberian cairan IV hipotonik -Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Manajemen Medikasi</li> <li>10. Manajemen Trombolitik</li> <li>11. Pemantauan Hemodinamik Invasif</li> <li>12. Pemantauan Neurologis</li> <li>13. Pemantauan Tanda Vital</li> <li>14. Pemberian Obat</li> </ul>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (PPNI, 2017)(PPNI, 2018)(PPNI, 2019)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi, dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan yang diberikan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan

implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

## 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam melakukan asuhan keperawatan. Membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Langkah –langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak  
Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat di observasi dan di ukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

**Tabel 8**  
**Evaluasi keperawatan**

Diagnosis keperawatan : Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	
mobilitas fisik (L.05042) Definisi: Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	Kriteria Hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> <li>4. Kaku sendi menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>
Nyeri akut (D.0077)	
Tingkat nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.	Kriteria Hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>

Diagnosis keperawatan : Resiko terjatuh (D.0143)	
Tingkat jatuh (L.14138) Definisi: Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi	<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 di pindahkan</li> </ol>
Gangguan pola tidur (D.0055)	
Pola tidur (L.05045) Definisi : Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur membaik</li> <li>2. Keluhan sering terjaga membaik</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur membaik</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah membaik</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik</li> </ol>
Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	
Perfusi serebral (L.02014) Definisi: Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Tekanan intrakranial menurun</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Nilai rata-rata tekanan intrakranial membaik</li> <li>6. Kesadaran membaik</li> <li>7. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>8. Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol>

Sumber: (PPNI, 2019)

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Stroke

Penyakit Stroke merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya penyempitan pada pembuluh darah di otak sehingga aliran darah dan oksigen ke otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tersebut dapat membuat sistem syaraf yang terhenti suplai darah dan oksigennya rusak bahkan mati sehingga organ tubuh yang terkait dengan sistem syaraf tersebut akan sulit bahkan tidak bisa digerakan (Batticaca & Fransisca, 2008). Ada dua klasifikasi umum penyakit (cedera) serebrovaskuler yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik (*Iskemik*)

Stroke Non Hemoragik/Stroke *Iskemik* stroke yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah organ distal. Stroke non hemoragik (*Iskemik*) ini sebagian besar tidak menimbulkan nyeri karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. pembuluh darah besar di leher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri sehingga cedera pada pembuluh-pembuluh darah ini saat serangan *iskemik* dapat menimbulkan nyeri kepala.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik. Biasanya stroke hemoragik ini secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran.

## 2. Etiologi 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 (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Catur, 2019).

### b. Etiologi stroke hemoragik

Etiologi stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu:

- 1) Hemoragik intraserebral: pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak
- 2) Hemoragik subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

## 3. Klasifikasi stroke

### a. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik (*iskemik*) disebabkan oleh berkurangnya aliran darah yang disebabkan oleh penyumbatan aterosklerosis ke dalam otak/area otak. Jika penurunan aliran darah otak hingga 10 ml/100 gram 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.

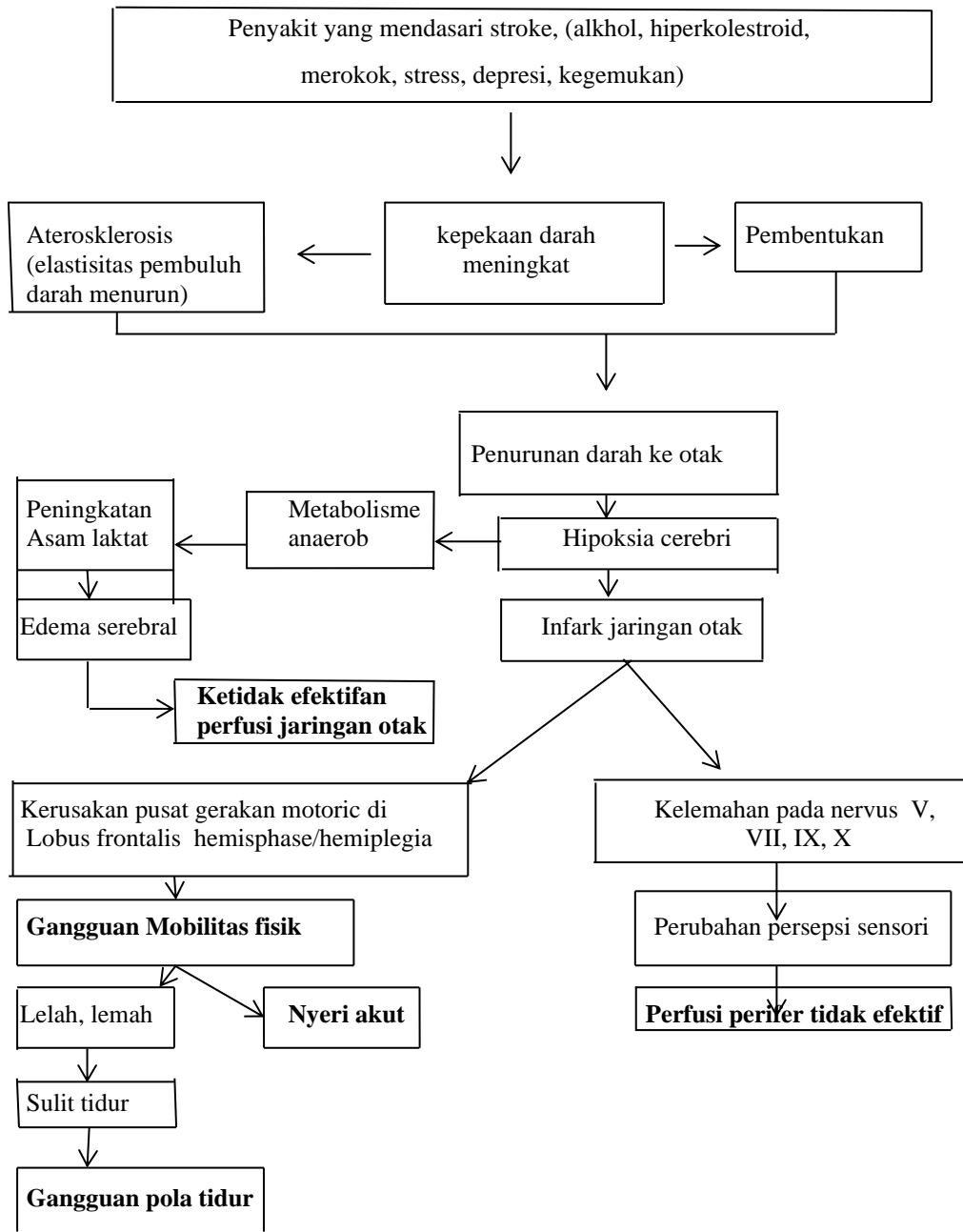
#### 4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik (*Iskemik*)

*Iskemik* pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi ke otak, yang dapat merusak atau bahkan membunuh sel-sel otak. Proses ini dapat menyebabkan kerusakan permanen pada fungsi otak, tergantung pada seberapa cepat pasokan darah pulih dan seberapa besar area otak yang terpengaruh. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan 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 berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi, hilangnya homeostasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

Proses terjadinya Stroke non hemoragik melibatkan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, dan merokok. Pembentukan plak lemak dalam pembuluh darah bisa menyebabkan penyempitan, membentuk gumpalan darah yang menghambat aliran darah ke otak, menyebabkan kerusakan jaringan otak menyebabkan kerusakan jaringan otak karena kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi. Gejalanya bervariasi, termasuk kelemahan, gangguan berbicara, dan gangguan penglihatan. Pengobatan segera penting untuk menghancurkan gumpalan dan memulihkan aliran darah, sementara mengelola faktor risiko dapat mengurangi risiko stroke. Pengobatan segera setelah terjadinya stroke non hemoragik sangat penting untuk membatasi kerusakan otak lebih lanjut, Memahami dan mengelola faktor risiko serta mendapatkan perawatan medis yang tepat dapat membantu mengurangi risiko terjadinya stroke non hemoragik.



## 5. Pathway



Gambar 1 Pathway Stroke

Sumber : (Wilson & Price, 2016)

## 6. 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 & Hardi, 2015)

## 7. Komplikasi

Pasien yang mengalami gejala berat, misalnya imobilisasi dengan hemiplegia berat, rentan terhadap komplikasi yang dapat menyebabkan kematian awal, berikut komplikasi yang dapat terjadi:

- a. Pneumonia, septicemia, (akibat ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih).
- b. Trombosis vena dalam dan emboli paru.
- c. Infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung.
- d. Ketidakseimbangan cairan.

## 8. Pemeriksaan Penunjang

- a. MRI dan angiografi magnetik (MRA) memungkinkan evaluasi lokasi dan ukuran lesi.
- b. Angiografi serebral memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan.
- c. CT scan mendeteksi abnormalitas struktur
- d. Ekokardiogram dua dimensi mengevaluasi ada tidaknya disfungsi jantung
- e. Doppler karotis mengukur aliran yang melalui arteri karotis
- f. Pemeriksaan aliran darah serebral

- g. Elektrokardiografi mengevaluasi aktivitas elektrik di area infark korteks

## **9. Penatalaksanaan**

### **a. Stadium Hiperakut**

Tindakan pada stadium ini dilakukan di instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen dan cairan kristaloid/koloid, hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H<sub>2</sub>O. Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit); jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi Rawat Darurat adalah memberi dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

### **b. Stadium Akut**

Penyebab umum stroke non hemoragik terjadi akibat dari gangguan akut aliran darah kesuatu area di dalam otak atau terjafinya penyumbatan aliran darah didalam otak. Stadium akut nya merupakan fase awal yang penting untuk penanganan cepat dan pemulihan yang optimal. ada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologi. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga. Stroke akut terjadi dalam 0-2 minggu. Dalam fase inidirekomendasikan segera latihan bergerak sejak 24-72 jam kecuali ada kontra indikasi

#### D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

**Tabel 9**  
**Jurnal terkait Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan Aktivitas dan Istirahat**

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Anggi selawati, Ari Pebru Nurlaily, Sahuri tangguh kurniawan	2022	Studi kasus: Aktivitas dan istirahat pasien dengan stroke non hemoragik	Jenis penelitian ini adalah deskriptif, dengan metode pendekatan studi kasus. Subjek dalam studi kasus ini adalah satu pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat. perubahan kenaikan nilai kekuatan otot setelah dilakukan tindakan ROM pasif selama tiga hari. hari pertama nilai kekuatan otot ekstremitas kanan 2 dan kekuatan otot kiri 5, belum ada perubahan yang signifikan pada hari pertama setelah dilakukan tindakan ROM pasif. hari kedua nilai kekuatan otot ekstremitas kanan 2 dan kekuatan otot ekstremitas kiri 5. Didi hari kedua juga tidak ada perubahan yang signifikan setelah dilakukan tindakan ROM pasif. hari ketiga nilai kekuatan otot ekstremitas kanan 3 dan kekuatan otot kiri 5. Pada implementasi hari ketiga terjadi perubahan nilai kekuatan otot ekstremitas kanan dari 2 menjadi 3, pasien tampak mampu menggerakkan ekstremitas kanan untuk melawan gravitasi. Ada pengaruh pemberian Range Of Motion (ROM) pasif terhadap kenaikan nilai kekuatan otot pada Tn. S sampai dengan nilai 3.

2.	Enno Teristan	2022	Studi kasus: Aktivitas dan istirahat pasien dengan stroke non hemoragik	studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Pada Pasien Tn. S Dengan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022. Hasil penelitian pada diganosa gangguan mobilitas fisik dilakukan latihan range of motion (ROM) pasif 2 x sehari selama 3 hari intervensi dengan hasil pengukuran tingkat kekuatan otot sebelumdilakukan latihan nilai kekuatan otot tangan kiri pasien 1 dan kaki kiri pasien 0, setelah dilakukan ROM meningkat menjadi nilai kekuatan otot tangan kiri pasien 2 dan kaki kiri pasien 1. Hal ini sesuai dengan hasil Penelitian yang ditulis oleh Kristiani (2018) dengan judul “Pengaruh range of motion exercise (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di wilayah puskesmas sidotopo surabaya” dari hasil meriview artikel tersebut didapatkan kesimpulan bahwa terdapat peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan latihan ROM pada pasien stroke dari skala 3 ke skala 4 dan skala 4 meningkat menjadi skala 5. Latihan ini dilakukan dengan frekuensi 2 x sehari dalam 5 har
3.	Gita Novera	2021	Studi kasus: Aktivitas dan istirahat pasien dengan stroke non hemoragik	Studi kasus ini hanya diaplikasikan pada dua kasus asuhan keperawatan sehingga hasil yang diperoleh belum dapat digeneralisasi pada pasien

				<p>SNH lainnya yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Evaluasi yang didapatkan pada kedua pasien berbeda. Pada Tn.A diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular telah teratasi sebagian dengan dengan level 4 cukup meningkat ditandai dengan kekuatan otot cukup meningkat, gerakan terbatas cukup menurun dan rentang gerak (ROM) cukup meningkat. Tn. A juga mampu merubah posisi miring tanpa bantuan, kekuatan tonus otot mengalami peningkatan, tonus otot di hari pertama yaitu tangan kanan 2222, tangan kiri 4444, kaki kanan 2222, kaki kiri 4444, tonus otot dihari ketiga adalah tangan kanan 2222, tangan kiri 5555, kaki kanan 3333, kaki kiri 5555. sedangkan pada Ny.A gangguan mobilitas fisik belum teratasi dan masih mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dengan level 3 namun pasien sudah tidak mengalami kekakuan sendi, rentang gerak masih pasif, tonus otot di hari pertama tangan kanan 4444,tangan kiri 2222, kaki kanan 4444, kaki kiri 2222, tonus otot dihari ketiga masih sama dengan hari pertama.</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------