

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Menurut King (1971) dalam Hidayat & Uliyah (2015) kebutuhan dasar manusia adalah perubahan energi didalam maupun diluar organisme yang ditunjukkan melalui respon perilaku terhadap situasi, kejadian dan orang, sedangkan menurut Roy (1980) dalam Hidayat & Uliyah (2015) kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan individu yang menstimulasi respon untuk mempertahankan integritas (keutuhan) tubuh.

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang langsung mempengaruhi hidup matinya seseorang, sehingga perlu segera untuk dapat di penuhi kebutuhan terhadapnya (Abdul, 2020). Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan maupun kesehatan. (Mubarak, dikutip dalam Isrofah, et al. 2024).

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang sangat dibutuhkan untuk mencapai kesejahteraan hidup dan kesehatan. Heru Juabdin Sada (2017) menyatakan bahwa kebutuhan adalah “sesuatu yang sangat dibutuhkan oleh manusia untuk mencapai tingkat kesejahteraan, sehingga bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi manusia akan merasa kurang sejahtera”. Dengan demikian, kebutuhan dasar mencakup segala hal yang diperlukan untuk menjaga keseimbangan fungsi fisiologis dan psikologis seseorang (Potter & Perry, 1997; dalam Sada, 2017). Kebutuhan yang tidak terpenuhi dapat mengganggu kesehatan dan kualitas hidup.

1. Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Abraham Maslow mengemukakan teori hierarki kebutuhan, di mana kebutuhan manusia disusun dalam lima tingkat berjenjang, dari yang paling dasar hingga aktualisasi diri. Tingkat terendah (prioritas utama) adalah kebutuhan fisiologis (oksigen, makanan, cairan, istirahat,

reproduksi, dll). Setelah itu kebutuhan rasa aman dan nyaman (perlindungan fisik dan psikologis), kebutuhan sosial (cinta, kasih sayang, persahabatan, rasa diterima dalam kelompok), kebutuhan penghargaan/harga diri (prestasi, kepercayaan diri, pengakuan orang lain), dan puncaknya aktualisasi diri (perwujudan potensi penuh). Model Maslow menunjukkan bahwa kebutuhan fisiologis dan rasa aman harus terpenuhi sebelum seseorang mengejar kebutuhan yang lebih tinggi (cinta atau penghargaan diri) (Sada, 2017).

Virginia Henderson memperluas konsep kebutuhan dasar melalui teori “*nursing need*” dengan 14 komponen kebutuhan dasar manusia. Komponen-komponen ini meliputi aspek fisiologis (pernapasan, nutrisi, eliminasi, gerakan, tidur, pakaian, suhu tubuh, kebersihan, dan perlindungan), psikologis-sosial (komunikasi, kebutuhan sosial seperti cinta dan kasih sayang), serta spiritual (beribadah menurut agama masing-masing). Semua kebutuhan tersebut bersifat universal dan harus diperhatikan dalam asuhan keperawatan. Misalnya, salah satu kebutuhan Henderson adalah kemampuan “beribadah sesuai agamanya”, yang menunjukkan bahwa dimensi spiritual turut menjadi bagian dari kebutuhan dasar (NursingBird, 2024).

Callista Roy dalam Model Adaptasi melihat manusia sebagai sistem adaptif yang terdiri dari interaksi antara stimulus eksternal dan kemampuan beradaptasi individu. Kesehatan menurut Roy dicapai ketika mekanisme adaptasi fisiologis, psikologis, dan sosial seseorang berjalan baik. Dengan kata lain, Roy menekankan bahwa kebutuhan dasar mencakup kemampuan tubuh untuk beradaptasi secara fisik, serta pemenuhan kebutuhan emosional, konsep diri, dan peran sosial untuk mencapai keseimbangan internal.

Imogene King mengemukakan *Goal Attainment Theory*, di mana kebutuhan dasar berkaitan dengan tujuan yang ingin dicapai pasien dalam berinteraksi dengan perawat. King mengidentifikasi tiga kebutuhan mendasar dalam konteks kesehatan: kebutuhan akan informasi kesehatan yang dapat dipergunakan, kebutuhan akan perawatan pencegahan penyakit,

dan kebutuhan akan perawatan saat individu tidak mampu memenuhi kebutuhan sendiri. Ketiga kebutuhan ini bersifat esensial agar individu dapat merawat kesehatannya dan mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan.

Secara modern, teori psikologi kontemporer seperti *Self-Determination Theory* oleh Ryan dan Deci menggarisbawahi tiga kebutuhan psikologis dasar (otonomi, kompetensi, dan keterhubungan) yang penting untuk motivasi dan kesejahteraan, meskipun konsep ini lebih spesifik pada aspek psikologis dan perkembangan individu. Namun secara umum, literatur terkini mengakui pentingnya pemenuhan kebutuhan fisik, psikososial, sosial, dan spiritual bagi kesehatan mental dan fisik seseorang (Hamzah, 2019).

2. Klasifikasi Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori utama: fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

a. Fisiologis

Mencakup kebutuhan biologis paling dasar untuk kelangsungan hidup, seperti oksigen, makanan dan cairan, tidur dan istirahat, aktivitas fisik, dan homeostasis (suhu tubuh, pencernaan, eliminasi, serta seksualitas) (Sada, 2017). Kebutuhan fisiologis harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan lain dapat menjadi motivasi. Misalnya, seseorang yang kekurangan oksigen atau makanan tidak akan memikirkan kebutuhan lainnya hingga kebutuhan dasar ini tercukupi.

b. Psikologis

Berkaitan dengan kondisi mental dan emosional individu. Termasuk di dalamnya kebutuhan akan cinta, kasih sayang, rasa memiliki, penghargaan, dan harga diri. Kebutuhan psikologis ini meliputi kebutuhan afiliasi (persahabatan, kehangatan keluarga, diterima dalam kelompok sosial) serta kebutuhan untuk dihargai (prestasi, pengakuan, kepercayaan diri). Pemenuhan aspek psikologis memberi kestabilan emosi dan membangun konsep diri yang positif.

c. Sosial

Mencakup kebutuhan interaksi dan peran dalam masyarakat. Manusia sebagai makhluk sosial membutuhkan hubungan interpersonal yang baik, dukungan keluarga dan teman, serta berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan budaya. Aspek sosial juga meliputi komunikasi efektif dan perasaan aman dalam lingkungan sosial. Kebutuhan ini memperkuat rasa kebersamaan, identitas, dan dukungan sosial yang esensial bagi kesejahteraan psikososial seseorang.

d. Spiritual

Mencakup kebutuhan akan makna hidup, iman, keyakinan, dan nilai-nilai yang memberikan motivasi serta ketenangan batin. Kebutuhan spiritual berkaitan dengan orientasi pada hal-hal yang melampaui dunia fisik, seperti kepercayaan agama, beribadah, atau pencarian makna diri. Henderson menekankan pentingnya aspek spiritual, misalnya kebutuhan untuk “beribadah menurut kepercayaan masing-masing” (NursingBird, 2024). Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat memberi keteguhan jiwa, harapan, dan makna hidup, sehingga menjadi bagian tak terpisahkan dari konsep kebutuhan holistik (Sada, 2017).

B. Konsep Kebutuhan Aktivitas

Seseorang dikatakan sehat jika dapat melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan, dan bekerja. Kinerja manusia tidak terlepas dari keadekuatan antara sistem saraf dan tulang (musculoskeletal). Kebutuhan aktivitas adalah kebutuhan dasar untuk melakukan mobilitas (bergerak). Kebutuhan dasar ini dikoordinasikan oleh beberapa sistem atau organ dalam tubuh termasuk tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

Kebutuhan aktivitas adalah kebutuhan dasar individu untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari guna mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Menurut kajian keperawatan, setiap orang memiliki irama atau pola aktivitas sendiri, dan salah satu indikator kesehatan adalah kemampuan

menjalankan aktivitas rutin seperti bekerja, mandi (personal hygiene), makan, dan rekreasi. Pemenuhan kebutuhan aktivitas mencakup gerakan tubuh dan latihan fisik yang seimbang dengan istirahat. Dengan memenuhi kebutuhan ini, pasien dapat mempertahankan kekuatan otot, stabilitas sendi, dan kinerja organ vital lainnya. Sebaliknya, jika kebutuhan aktivitas terganggu, fungsi fisiologis akan menurun dan kualitas hidup menurun (Mia, 2022).

Kemampuan untuk beraktivitas sangat tergantung pada fungsi sistem muskuloskeletal dan saraf (Mia, 2022). Sistem muskuloskeletal – yang terdiri dari tulang, sendi, otot, tendon, ligamen, dan jaringan ikat – menopang tubuh dan memfasilitasi gerakan dasar (misalnya berdiri, duduk, berjalan, berlari) (Nidaul, 2021). Sistem saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang) mengontrol inisiasi dan koordinasi gerakan dengan mengirimkan impuls listrik untuk merangsang kontraksi otot skelet. Proses gerakan terjadi ketika otak mengirimkan sinyal ke otot-otot rangka, otot berkontraksi menarik tulang melalui tendon, lalu tulang bergerak sesuai perintah saraf. Kedua sistem ini saling terintegrasi: jika salah satu tidak berfungsi baik (misalnya cedera tulang belakang atau neuropati), kemampuan untuk bergerak dan memenuhi kebutuhan aktivitas akan menurun.

1. Sistem Saraf: Mengatur gerakan melalui transmisi impuls dari otak ke otot.
Sistem saraf mengirim pesan untuk mengaktifkan kontraksi otot rangka, memungkinkan tubuh bergerak terkoordinasi.
2. Sistem Muskuloskeletal: Memberi struktur dan kekuatan untuk gerakan.
Tulang dan sendi membentuk rangka penopang, sedangkan otot-otot rangka (*skeletal muscle*) berkontraksi untuk menghasilkan gerakan. Otak menyelaraskan kerja otot dan tulang agar gerakan menjadi lancar.

Keseimbangan dan kekuatan antara kedua sistem tersebut menentukan apakah seorang individu dapat melakukan aktivitas fisik dengan aman dan efektif (Mia, 2022). Misalnya, koordinasi saraf yang baik diperlukan untuk menjaga keseimbangan dan stabilitas tubuh saat bergerak, sedangkan kekuatan otot dan fleksibilitas sendi mempengaruhi kemampuan berjalan atau mengangkat beban. Kelemahan neuromuskular apapun akan mengganggu pelaksanaan aktivitas harian.

Pengujian kekuatan otot digunakan untuk mendeteksi kelemahan, membantu mengevaluasi kondisi neuromuskular, muskuloskeletal, dan neurologis; modalitas pengujian ini memainkan peran penting dalam mendiagnosis gangguan, melacak perkembangan penyakit, memandu rehabilitasi, dan mengevaluasi efektivitas pengobatan. Sebagai komponen utama pemeriksaan neurologis, pengujian kekuatan otot sangat berharga bagi pasien dengan stroke, cedera otak, cedera sumsum tulang belakang, neuropati, dan sklerosis lateral amiotrofik (Naqvi, Margetis, & L.Sherman, 2025).

Skala Kekuatan Otot dari *Medical Research Council* (MRC) adalah metode yang paling diterima secara luas untuk menilai kekuatan otot secara klinis. Metode ini melibatkan pengujian otot-otot utama dari ekstremitas atas dan bawah terhadap resistensi pemeriksa dan menilai kekuatan pasien pada skala 0 hingga 5, seperti yang tercantum di bawah ini:

1. 0: Tidak ada aktivasi otot
2. 1: Melacak aktivasi otot, seperti kedutan, tanpa mencapai rentang gerak penuh
3. 2: Aktivasi otot dengan menghilangkan gravitasi, mencapai rentang gerak penuh
4. 3: Aktivasi otot melawan gravitasi, rentang gerak penuh
5. 4: Aktivasi otot terhadap beberapa hambatan, rentang gerak penuh
6. 5: Aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh

C. Konsep Penyakit

1. Definisi Infark Lakunar

Menurut HonestDocs Editorial Team (2022), Infark lakunar atau stroke lakunar adalah salah satu jenis stroke yang menyerang pembuluh darah di otak sehingga suplai aliran darah di otak menjadi terhambat. Kondisi ini menyerang 20% dari banyak jenis stroke yang terjadi dalam lingkup kesehatan. Infark Lakunar dapat memicu kerusakan otak secara permanen dan meningkatkan resiko stroke berat.

Stroke lakuna (lakunar) menyumbang 25% dari stroke iskemik. Ini adalah subtype stroke, yang melibatkan struktur subkortikal, yang

definisinya dimediasi dari bukti neuropatologis, dan penerapannya pada teknik pencitraan stroke akut telah menimbulkan beberapa kritik. Infark subkortikal kecil dan lakuna baru-baru ini sebagian merupakan konsep yang tumpang tindih mulai dari fase akut hingga evolusi kronis. Meskipun demikian, definisi infark lakuna masih sangat bervariasi di antara ahli saraf dan ahli saraf vaskular. Ambiguitas dalam terminologi berasal dari penggunaan istilah "*lacune*" ("*lacuna*" dalam bahasa Latin, yang berarti "lubang" dalam bahasa Inggris) oleh ahli saraf Prancis pada abad kesembilan belas untuk menggambarkan adanya rongga kecil di otak dalam pemeriksaan patologis (Zedde & dkk, 2023).

2. Etiologi

Penyebab utama infark lakunar adalah perubahan patologis pada arteri penetran kecil (diameter 40–900 μm) yang menyebabkan oklusi. Mekanisme tersering adalah lipohialinosis yaitu penebalan dinding arteri kecil disertai nekrosis fibrinoid dan mikroateroma subintimal (lesi aterosklerotik kecil) (Gore, Bansal, Khan Suheb, Lui, & Asuncion, 2024). Kedua proses ini mengurangi diameter lumen arteri secara progresif hingga terblokade.

Faktor risiko klasik adalah hipertensi dan diabetes mellitus yang memicu aterosklerosis arteriola. Markus & de Leeuw (2022) juga menekankan bahwa aterosklerosis arteriola akibat hipertensi dan penuaan merupakan penyebab tersering penyakit pembuluh darah kecil serebral. Selain itu, pada sebagian kasus oklusi dapat juga disebabkan oleh fragmen emboli kecil dari jantung atau stenosis arteri besar yang memblokir akar arteri perforator.

Infark lakunar umumnya terjadi akibat oklusi cabang perforans (*deep branch*) MCA (misal: arteri lenticulostraita) yang mevaskularisasi teritori area basal ganglia meliputi putamen, nucleus caudatus, crus posterior capsula interna dan thalamus. Istilah lakunar berarti '*lake*' atau danau, hal tersebut bisa dijelaskan saat terjadi oklusi arteri perforans akan menyebabkan kerusakan iskemik jaringan otak yang akan tampak sebagai

kantung berisi cairan atau kista, dan terlihat seperti '*lake*' pada mikroskop (Budianto, Mirawati, Prabaningtyas, & dkk, 2020).

3. Manifestasi Klinis

Pasien dengan infark lakunar biasanya menunjukkan sindrom lakunar klasik (hemiparesis motorik murni, sindrom sensorik murni, stroke sensorimotor, hemiparesis ataksik atau disartria-tangan kaku) dan, yang lebih jarang, sindrom lakunar atipikal.

a. Sindrom lakunar klasik atau tipikal

Stroke motorik murni/hemiparesis, sindrom lakuna ini merupakan sindrom lakuna yang paling umum (33-50%) dan biasanya terjadi dengan infark pada tungkai posterior kapsula interna, yang membawa traktus kortikospinalis dan kortikobulbar yang menurun, atau basis pontis. Sindrom ini ditandai dengan hemiparesis kontralateral yang biasanya mengenai wajah, lengan, dan tungkai dalam ukuran yang hampir sama, biasanya dalam pola piramida.

Hemiparesis ataksik, Ini adalah sindrom lakuna paling umum kedua dan biasanya terjadi dengan infark pada tungkai posterior kapsula interna, basis pontis, atau korona radiata. Sindrom ini memperlihatkan kombinasi hemiparesis serebelum dan piramidal pada sisi tubuh yang kontralateral. Sindrom ini biasanya lebih banyak menyerang kaki dan tungkai daripada tangan dan lengan; oleh karena itu, sindrom ini juga dikenal sebagai 'ataksia homolateral dan paresis crural'.

Disartria (sindrom tangan kaku), kondisi ini terkadang dianggap sebagai varian dari hemiparesis ataksik (di atas) tetapi biasanya masih diklasifikasikan sebagai sindrom stroke lakuna yang berbeda. Infark terjadi pada dasar pontis atau genu kapsula interna. Sindrom ini ditandai dengan disartria dan 'kecanggungan' (yaitu kelemahan) tangan kontralateral, yang sering kali paling menonjol saat pasien menulis.

Stroke sensorik murni, Sindrom ini disebabkan oleh infark nukleus ventral posterolateral (VPL) thalamus. Sindrom ini ditandai dengan mati rasa kontralateral pada wajah, lengan, dan tungkai. Sindrom

cheiro-oral-pedal seringkali merupakan varian terbatas dari sindrom stroke lakuna ini, yang menyebabkan mati rasa kontralateral pada sudut mulut, tangan, dan kaki. Sindrom stroke lakuna ini tidak sama dengan sindrom *Déjerine-Roussy*, yaitu suatu kondisi yang berkembang beberapa minggu atau bulan setelah stroke talamus awal dan ditandai dengan disestesia kontralateral yang parah (Jones, Sharma, Murphy, & dkk., 2024).

4. Patofisiologi

Mekanisme utama infark lakunar adalah iskemia fokal akibat oklusi arteriola kecil. Oklusi ini menyebabkan gangguan perfusi subkortikal pada area target, sehingga sel saraf di wilayah tersebut mengalami nekrosis. Perubahan patofisiologis meliputi penebalan dinding dan penyempitan arteri kecil akibat lipohialinosis dan mikroateroma (Gore, Bansal, Khan Suheb, Lui, & Asuncion, 2024). Disfungsi endotel dan kerusakan sawar darah-otak juga berperan: hipertensi kronik, stres oksidatif, dan faktor genetik dapat memicu peradangan endotel sehingga integritas dinding rusak dan permeabilitas meningkat. Aktivasi endotel mengundang deposit plasma ke ruang perivaskular, menimbulkan luka neuron. Proses ini memperparah hipoperfusi local. Selain itu, sekitar 10–15% kasus berhubungan dengan emboli arteri penetran dari jantung atau atheroma di arteri besar. Namun secara keseluruhan, patofisiologi infark lakunar berakar pada penyakit pembuluh darah kecil serebral (arteriolosklerosis akibat HTN dan DM).

Infark subkortikal kecil disebabkan oleh oklusi arteri perforasi kecil yang menebal secara kronis dan progresif atau oleh plak di arteri induk. oklusi ini memicu penurunan perfusi hilir karena terbatasnya kapasitas kolateral arteri yang menembus. Hipotesis ini baru-baru ini disempurnakan karena demonstrasi bahwa kolateral anterograde dan retrograde dapat memainkan peran penting dalam mempertahankan perfusi serebral pada RSSI dan gangguan perfusi terkait erat dengan ukuran infark akhir.

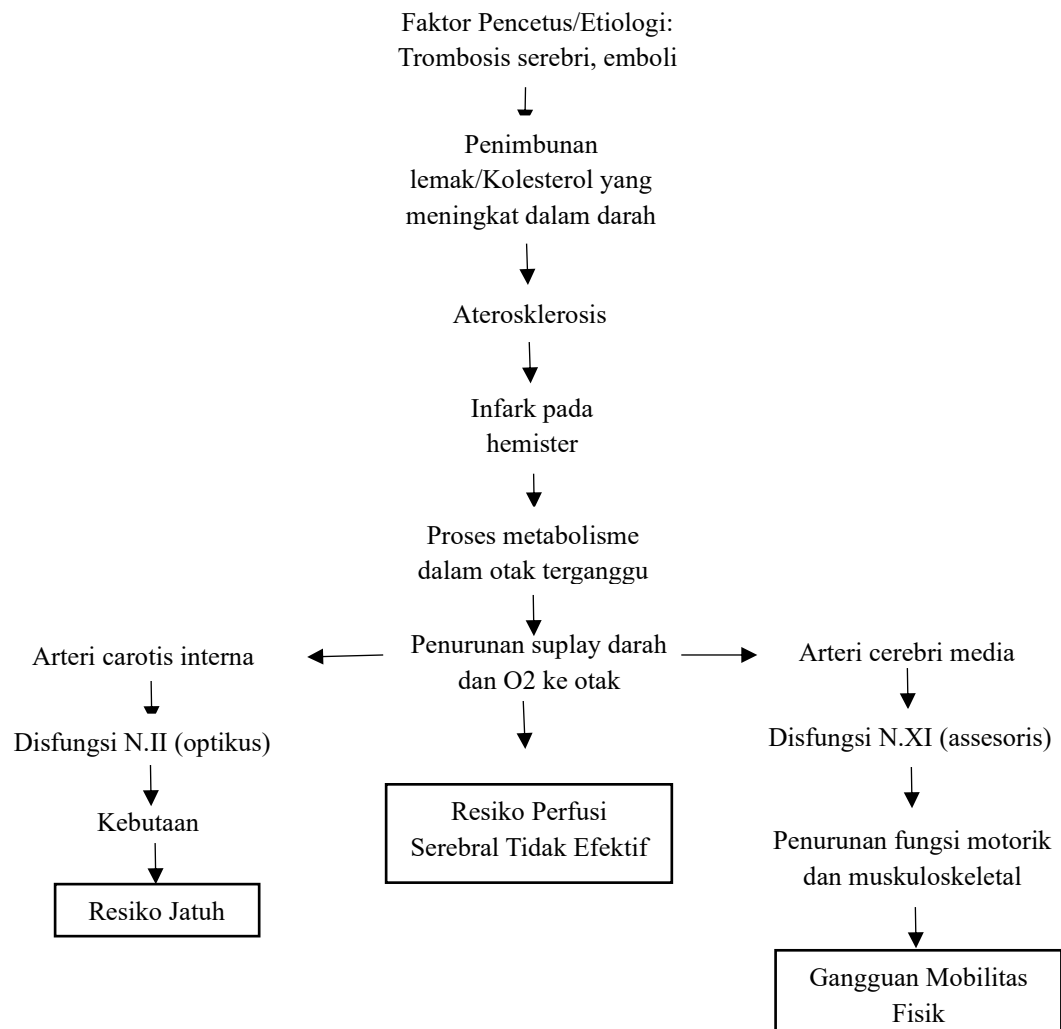
Memang, 52,2% hingga 76% pasien dengan infark subkortikal tunggal mengalami defisit perfusi serebral dalam waktu 24 jam sejak timbulnya

gejala seperti yang ditunjukkan menggunakan MRI. Selain itu, terjadinya oklusi dalam sirkulasi kolateral karena pengendapan sel darah di cabang distal yang mengalami hipoperfusi memengaruhi perluasan lesi iskemik dan perkembangan defisit neurologis (Zedde & dkk, 2023).

Pembuluh penetrator dalam otak mengalami lipohyalinosis atau microatheroma dinding arteri kecil menebal atau tersumbat, menyebabkan infark iskemik kecil di area seperti kapsula interna atau pons (Caplan, 2015). Daerah subkortikal ini ialah jalur utama saraf motorik, sehingga ketika satu jalur tertutup, sisi tubuh seberangnya langsung melemah. Internal capsule (kapsula interna) adalah struktur putih di otak subkortikal yang sangat padat berisi ribuan serabut saraf pengantar pesan dari otak ke sumsum tulang belakang dan sebaliknya. Jalur utama motoric termasuk corticospinal tract (untuk mengontrol otot tubuh) dan corticobulbar tract (untuk otot wajah & kepala) melewatinya (Emos, Suheb, & Agarwal., 2023).

5. Pathway Stroke Lakunar

Skema 2.1 Pathway Stroke Lakunar



Sumber: Aryanti (2020)

kontrol ketat faktor risiko: hipertensi diturunkan intensif (target sistolik <130 mmHg), gula darah dipertahankan normal (HbA1c ~6,5–7%), dan hiperlipidemia diatasi dengan statin dosis tinggi. Selain terapi medik, rehabilitasi neurovaskular (fisioterapi dan terapi okupasi) penting untuk memulihkan fungsi motorik dan bicara. Secara keseluruhan, penatalaksanaan infark lakunar fokus pada pencegahan kekambuhan dan perkembangan penyakit pembuluh darah kecil, karena komorbiditas vaskular mendasar (Gore et al., 2024).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Lakunar

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses asuhan keperawatan yang sangat penting dalam menentukan diagnosis keperawatan yang tepat dan merencanakan intervensi yang sesuai. Pengkajian dilakukan dengan teknik wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi kondisi pasien secara komprehensif.

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur (umumnya terjadi pada usia lanjut), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosis medis.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien dengan stroke lakunar sering mengeluhkan kelemahan tubuh bagian tertentu, mati rasa, gangguan koordinasi, atau bicara cadel. Tidak jarang pasien juga mengalami pusing atau gangguan keseimbangan.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Infark lakunar terjadi akibat penyumbatan arteri kecil di otak, yang dapat terjadi mendadak atau secara bertahap. Gejalanya bisa ringan hingga sedang tanpa penurunan kesadaran signifikan. Keluhan lain seperti hipertensi yang tidak terkontrol, diabetes mellitus, atau gangguan kardiovaskular dapat menyertai kondisi ini.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi kronis, diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke sebelumnya, atau hiperlipidemia dapat meningkatkan risiko infark lakunar.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga dengan hipertensi, diabetes mellitus, atau stroke.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Sebagian besar pasien tetap sadar atau mengalami gangguan ringan seperti disorientasi ringan. Skala GCS umumnya berada pada rentang 13-15.

b. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah: Umumnya meningkat (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg)
- 2) Nadi: Normal atau meningkat, tergantung kondisi kardiovaskular pasien
- 3) Pernapasan: Normal atau sedikit meningkat
- 4) Suhu: Normal

c. Pemeriksaan Neurologis

- 1) Neurosensori: Dapat terjadi kelemahan unilateral ringan hingga sedang, gangguan koordinasi, atau penurunan refleks tendon.
- 2) Fungsi Kognitif: Sebagian pasien dapat mengalami gangguan kognitif ringan seperti kesulitan memproses informasi atau melambat dalam merespons.
- 3) Refleks Patologi: Refleks Babinski (-), refleks tendon bisa hiperaktif atau normal.
- 4) Fungsi Saraf Kranial: Bisa ditemukan gangguan bicara ringan (disartria), gangguan menelan ringan, atau kelemahan otot wajah.
- 5) Pemeriksaan Jantung dan Paru
- 6) Jantung: Bunyi jantung normal atau murmur jika ada kelainan kardiovaskular.

- 7) Paru: Bunyi napas vesikuler normal.
- 8) Pemeriksaan Abdomen
 - Inspeksi: Tidak ada kelainan khusus
 - Palpasi: Tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi: Normal
 - Auskultasi: Bising usus normal
- 9) Pemeriksaan Ekstremitas
 - Tanda-tanda insufisiensi vaskular: CRT normal (<2 detik)
 - Kelemahan unilateral ringan hingga sedang
 - Gangguan koordinasi motorik pada ekstremitas yang terkena

4. Pemeriksaan Pola Fungsional

- a. Aktivitas dan Istirahat
 - 1) Pasien mengalami kesulitan dalam aktivitas ringan seperti berjalan atau menggenggam benda karena kelemahan dan gangguan koordinasi.
 - 2) Istirahat dapat terganggu akibat ketidaknyamanan atau kecemasan.
- b. Sirkulasi
 - 1) Riwayat hipertensi atau gangguan jantung.
 - 2) Peningkatan tekanan darah yang berfluktuasi.
 - 3) Disritmia mungkin ditemukan jika ada penyakit jantung yang mendasari.
- c. Integritas Ego
 - 1) Pasien mungkin merasa frustrasi, cemas, atau takut kehilangan kemandirian.
 - 2) Perubahan emosional dapat terjadi akibat gangguan pada otak.
- d. Eliminasi
 - 1) Gangguan eliminasi mungkin terjadi jika terdapat disfungsi neurologis yang mempengaruhi kontrol kandung kemih atau usus.
- e. Nutrisi dan Cairan
 - 1) Nafsu makan mungkin menurun akibat gangguan menelan ringan.
 - 2) Risiko aspirasi perlu dipertimbangkan.

- f. Neurosensori
 - 1) Gangguan sensorik seperti mati rasa atau kesemutan pada satu sisi tubuh.
 - 2) Gangguan keseimbangan yang menyebabkan kesulitan berjalan.
 - 3) Gangguan bicara ringan seperti disartria.
- g. Kenyamanan dan Nyeri
 - 1) Nyeri kepala ringan dapat ditemukan tetapi tidak selalu ada.
 - 2) Tidak ada nyeri hebat seperti pada stroke hemoragik.
- h. Pernapasan
 - 1) Tidak ada gangguan pernapasan yang signifikan kecuali jika ada penyakit penyerta.
- i. Keamanan
 - 1) Risiko jatuh akibat gangguan keseimbangan.
 - 2) Gangguan pengenalan terhadap lingkungan dan koordinasi motorik.

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016). Masalah keperawatan pada penderita Stroke menurut telah disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) yaitu:

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Stroke Lakunar
(SDKI, PPNI 2018)

No.	Diagnosis	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala	
			Mayor	Mayor
1.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054 Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih	1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak 4. Sendi kaku

No.	Diagnosis	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala	
			Mayor	Mayor
	ekstremitas secara mandiri.	6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan musculoskeletal 12. Gangguan neuromuscular 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		5. Gerakan tidak terkoordinasi 6. Gerakan terbatas 7. Fisik lemah
2.	Risiko Jatuh D.0143 Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh	1. Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun	(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)

No.	Diagnosis	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala	
			Mayor	Mayor
		13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)		
3.	Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif D.0017 Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak	1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (misalnya anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cidera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infeksi 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi trombolitik 25. Penyalahgunaan zat	(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)

6. Intervensi Keperawatan

Rencana Keperawatan Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Luarannya (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Stroke Lakunar
(SIKI, PPNI 2018)

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik D.0054</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Perawatan Diri 3. Pemberian Obat 4. Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK 5. Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian 6. Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum Pencegahan Luka Tekan 7. Dukungan Perawatan Diri: Mandi 8. Edukasi Latihan Fisik 9. Edukasi Teknik Ambulasi 10. Edukasi Teknik Transfer 11. Konsultasi Via Telepon 12. Latihan Otogenik 13. Manajemen Energi 14. Manajemen Lingkungan 15. Manajemen Mood 16. Manajemen Nutrisi 17. Manajemen Nyeri 18. Manajemen Medikasi

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
			19. Manajemen Program Latihan 20. Manajemen Sensasi Perifer 21. Pemantauan Neurologis 22. Pemberian Obat Intravena 23. Pembidaian 24. Pencegahan Jatuh 25. Pengaturan Posisi 26. Pengekangan Fisik 27. Perawatan Kaki 28. Perawatan Sirkulasi 29. Perawatan Tirah Baring 30. Perawatan Traksi 31. Promosi Berat Badan 32. Promosi Kepatuhan Program Latihan 33. Promosi Latihan Fisik 34. Teknik Latihan Penguatan Otot 35. Teknik Latihan Penguatan Sendi 36. Terapi Aktivitas 37. Terapi Pemijatan 38. Terapi Relaksasi Otot Progresif.
2.	Risiko Jatuh (D.0143) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Tingkat jatuh menurun (L.14138), dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (1.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan Institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale) jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat	1. Dukungan Ambulasi 2. Dukungan Mobilisasi 3. Edukasi Keamanan Bayi 4. Edukasi Keamanan Anak 5. Edukasi Keselamatan Lingkungan 6. Edukasi Pengurangan Risiko 7. Identifikasi Risiko 8. Manajemen Kejang 9. Manajemen Sedasi 10. Orientasi Realita 11. Pemberian Obat 12. Pemasangan Alat Pengaman 13. Pencegahan Kejang 14. Pencegahan Risiko Lingkungan Pengekangan Fisik

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
	5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat di kamar mandi menurun 8. jatuh saat membungkuk menurun	tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang handrall tempat tidur 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 9. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 10. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 11. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 12. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	15. Pengenalan Fasilitas 16. Promosi Keamanan Berkendara 17. Promosi Mekanika Tubuh 18. Rujukan ke Fisioterapis
3.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Hindari manuver valsava 8. Cegah terjadinya kejang 9. Hindari pemberian cairan IV hipotonik	1. Edukasi Diet 2. Edukasi Program Pengobatan 3. Edukasi Prosedur Tindakan 4. Konsultasi Via Telepon 5. Manajemen Alat Pacu Jantung Permanen 6. Manajemen Alat Pacu Jantung Sementara 7. Manajemen Defibrilasi 8. Manajemen Kejang 9. Manajemen Medikasi 10. Manajemen Trombolitik 11. Pemantauan Hemodinamik Invasif 12. Pemantauan Neurologis 13. Pemantauan Tanda Vital 14. Pemberian Obat 15. Pemberian Obat Inhalasi

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
		10. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	16. Pemberian Obat Intradermal 17. Pemberian Obat Intravena 18. Pemberian Obat Ventrikuler 19. Pencegahan Emboli 20. Pencegahan Perdarahan 21. Pengontrolan Infeksi 22. Perawatan Emboli Paru 23. Perawatan Emboli Perifer 24. Perawatan Jantung 25. Perawatan Jantung Akut 26. Perawatan Neurovaskuler 27. Perawatan Sirkulasi 28. Surveilans

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan (SLKI, PPNI 2019).