

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP STROKE

1. Definisi Stroke

Stroke menurut *WHO (World Health Organisation)* merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bisa dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes, 2018).

Stroke menurut (Sayoga, 2013) merupakan berbagai gejala gangguan fungsi neurologis otak yang terjadi secara mendadak. Stroke iskemik merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh thrombus maupun pada emboli bagian pembuluh darah diotak (Batticaca Fransisca, 2018). Berdasarkan definisi Stroke diatas dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Nugraha, 2020).

B. Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan / digolongkan menjadi dua jenis, yaitu stroke Hemoragik dan stroke iskemik (Annisa et al., 2022)

1) Stroke hemoragik terjadi karena adanya satu atau beberapa dari pembuluh darah di otak yang melemah kemudian pecah sehingga terjadinya perdarahan disekitar otak. Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi 2 jenis menurut letaknya, yaitu :

a) Hemoragik intraserebral

Yaitu perdarahan terjadi di dalam jaringan otak. Pendarahan ini biasanya disebabkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah.

b) Hemoragik subaraknoid

Yaitu perdarahan terjadi di ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

2) Stroke iskemik Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi akibat kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral atau servikal. Stroke iskemik dapat dibagi menjadi 3 jenis, yaitu :

a) Stroke Trombotik

Yaitu jenis stroke yang disebabkan terbentuknya thrombus yang menyebabkan terjadinya pengumpalan.

b) Stroke Emboli

Yaitu jenis stroke yang disebabkan oleh karena tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

c) Hipoperfusion Sistemik

Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

C. Etiologi

Menurut (Afandy, I., & Wiriatarina, 2018) penyebab stroke yaitu :

1) Trombosis Cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okulasi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya.

2) Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraselebral termasuk perdarahan dalam ruang subarchoid atau kedalam jaringan otak sendiri, perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi

3) Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang dengan hipoksia umum adalah Hipertensi yang parah, Cardiac Pulmonary Arrest, Cardiac Output turun akibat aritmia.

4) Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

D. Faktor Resiko

Data ini diambil berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2019), yaitu :

1) Hipertensi

Di Indonesia terdapat banyak pasien yang menderita hipertensi dan setengah dari semua stroke dikaitkan dengan pasien yang memiliki riwayat hipertensi (Hartono, 2019).

2) Pola hidup tidak sehat

Hal ini dikaitkan dengan makanmakanan yang kurang sehat atau makan makanan yang tidak sehat, seperti tinggi kolesterol, tinggi lemak dan pola makan yang tidak teratur (Sari, 2016).

3) Kurangnya aktivitas atau olahraga

Bersepeda dapat menjadi solusi yang bagus untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah (Handayani, 2013).

4) Kelebihan berat badan atau obesitas

Pada orang yang memiliki berat badan berlebih dapat meningkat sampai 22% bahkan ketika yang obesitas yang berlebihan dapat mencapai 64% dibandingkan yang tidak mengalami masalah tersebut. Karena obesitas akan memengaruhi semua sistem di dalam tubuh termasuk kerja jantung, kerja pembuluh darah dan otak. (Sukmawati et al., 2012).

5) Gangguan irama jantung (Fibrilasi atrium)

Fibrilasi atrium atau bilik jantung bisa menyebabkan adanya bekuan darah atau gumpalan yang tersisa. Ketika terdapat bekuan darah di fibrilasi atrium lalu akan dipompakan ke serambi atau ke ventrikel yang kemudian diteruskan bagian ke pembuluh darah otak dapat menyebabkan penyumbatan. Hal ini 5 kali lipat berisiko bisa meningkat dibandingkan

yang tidak memiliki masalah irama jantung dan kasus ini lebih banyak diderita perempuan dibandingkan pria. Untuk mengetahui gangguan Irama jantung ini yaitu rutin mengontrolnya di rumah sakit (Mutiarasari, 2019).

6) Merokok

Merokok dengan 20 batang sehari mampu meningkatkan risiko stroke 6 kali lipat yang lebih besar dibandingkan yang tidak merokok (Handayani, 2013).

7) Konsumsi alkohol

Hal ini dikaitkan dengan setiap tahunnya dalam satu juta kejadian kemungkinan banyak yang memiliki riwayat mengonsumsi alkohol yang berisiko terjadinya stroke (Handayani, 2013).

8) Diabetes mellitus

Satu (1) dari 5 orang penderita stroke adalah penderita diabetes. Penyakit diabetes diibaratkan penyakit “silent killer” karena penderita tidak sadar kalau terkena diabetes dan akan tahu jika terkena diabetes ketika memiliki permasalahan kesehatan yang menyebabkan keluhan atau rasa tidak nyaman (Hartono, 2019).

9) Stress atau depresi

Sekitar 1 dari 6 stroke terkait dengan kesehatan mental yang banyak terjadi di perkotaan atau orang-orang yang kesehatan mentalnya terganggu karena banyaknya tekanan hidup dan lain sebagainya (Handayani, 2013; Suwaryo et al., 2019).

10) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia atau kandungan kolesterol dalam darah yang tinggi ini dapat terjadi karena terdapat penyempitan pembuluh darah yang memicu terjadinya risiko stroke (Handayani, 2013).

11) Faktor penyakit lainnya

Faktor lain penyebab stroke seperti adanya gumpalan-gumpalan darah. Gumpalan darah ini disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah penyakit jantung dan pembuluh darah jantung yang disebabkan adanya aritmia kemudian di pembuluh darah bagian kaki terdapat gumpalan-gumpalan darah ketika sampai ke jantung dan dipompakan oleh jantung dan mungkin ada yang naik ke bagian darah sehingga otomatis bagian belakang otak akan tersumbat sehingga tidak mendapat suplai oksigen akan terjadi kematian (Humam & Lisiswanti, 2015)

E. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis stroke Iskemik dapat berupa: (Gofir, 2020)

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c) Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- d) Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).

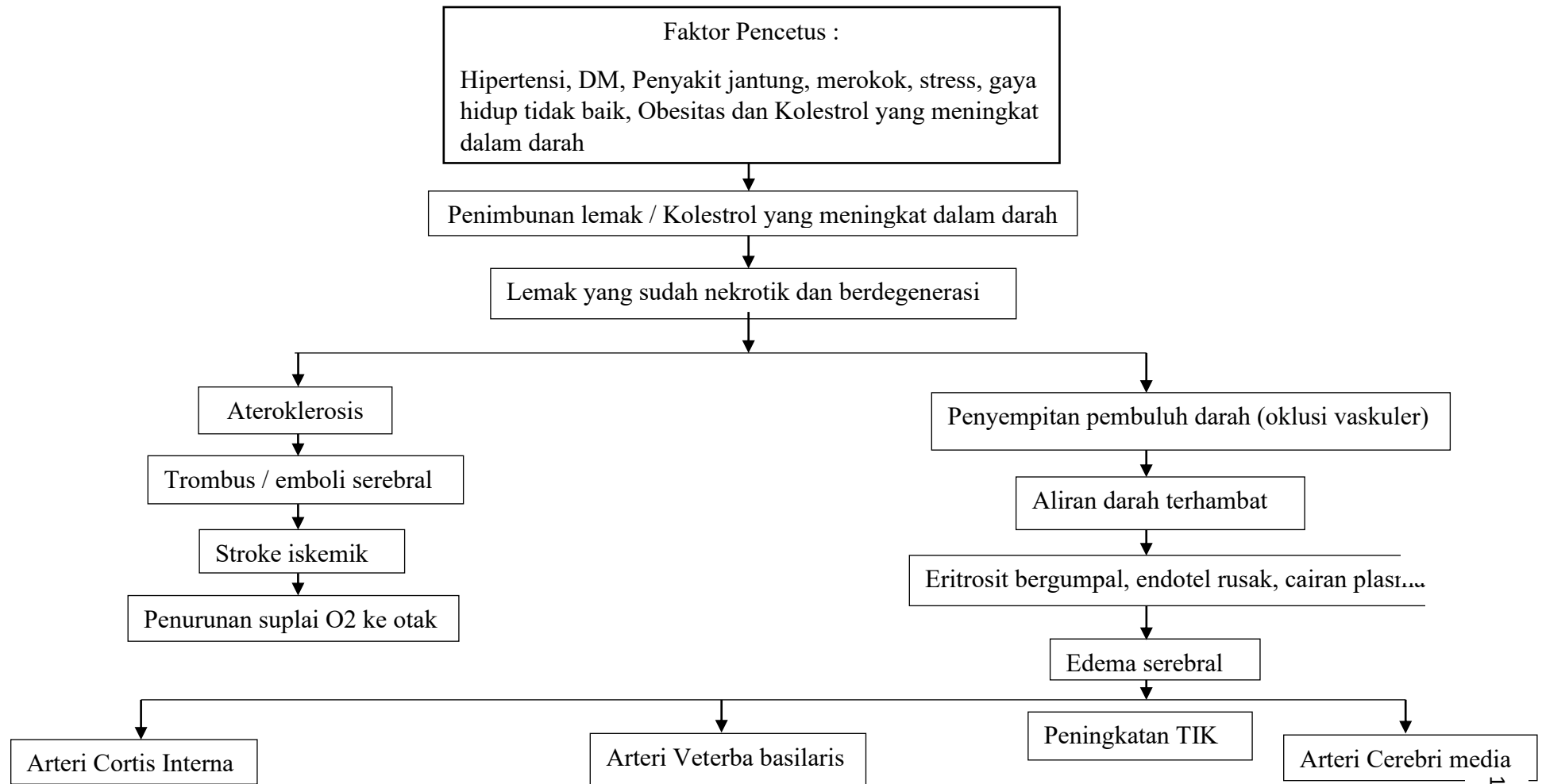
- e) Disartria (bicara pelo atau cadel).
- f) Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.

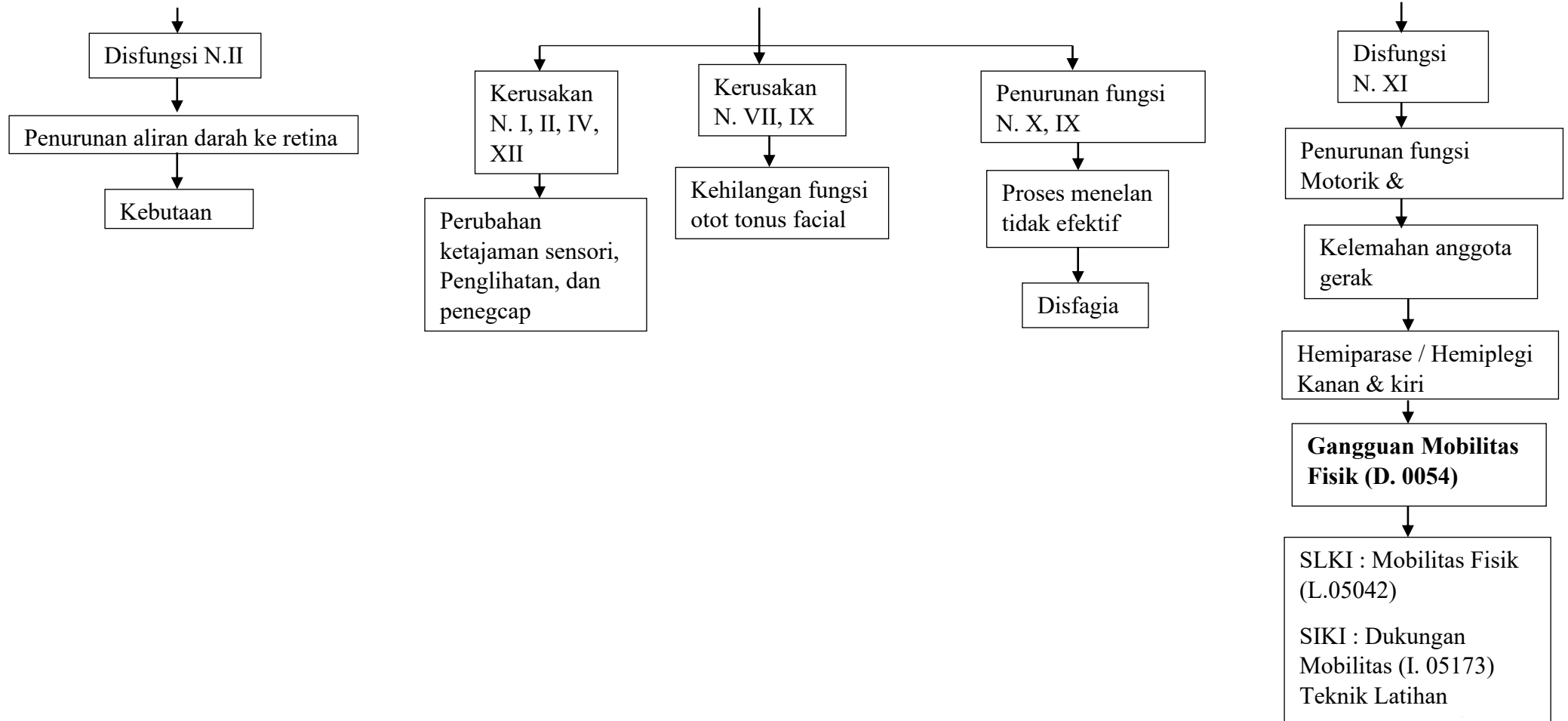
F. Patofisiologi

Stroke Iskemik diawali oleh faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, stres, gaya hidup tidak sehat, obesitas, dan peningkatan kolesterol darah yang menyebabkan penumpukan lemak dalam pembuluh darah. Penumpukan lemak tersebut mengalami degenerasi dan nekrosis sehingga menimbulkan aterosklerosis yang berlanjut menjadi trombus atau emboli serebral dan menyebabkan penyempitan hingga oklusi pembuluh darah otak. Kondisi ini mengakibatkan aliran darah ke otak terhambat sehingga suplai oksigen dan nutrisi menurun, memicu kerusakan endotel, penggumpalan eritrosit, edema serebral, serta peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan nyeri akut dan risiko perfusi serebral tidak efektif. Gangguan aliran darah pada arteri tertentu menimbulkan defisit neurologis, seperti gangguan penglihatan dan keseimbangan yang meningkatkan risiko jatuh, gangguan saraf kranial yang menyebabkan gangguan komunikasi verbal dan disfagia sehingga terjadi defisit nutrisi, serta gangguan fungsi motorik dan muskuloskeletal berupa kelemahan ekstremitas hingga hemiparesis atau hemiplegi yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Kondisi imobilisasi dan tirah baring yang berkepanjangan selanjutnya meningkatkan risiko gangguan integritas kulit sehingga diperlukan asuhan keperawatan komprehensif untuk mempertahankan perfusi serebral,

mengurangi nyeri, memenuhi kebutuhan nutrisi, meningkatkan mobilitas, serta mencegah komplikasi lanjutan.

G. Pathway





Sumber : (Haryono, 2019 ; Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

H. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi:

a) Hipoksia serebral

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah ke otak sehingga otak kekurangan oksigen. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan.

b) Penurunan aliran darah serebral

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah Jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik.

c) Edema serebral

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area otak yang mengalami iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

I. Penatalaksanaan

Menurut Saidi & Andrianti (2021) ada dua penatalaksanaan pada stroke yaitu dengan terapi farmakologi dan non farmakologi diantaranya:

Penatalaksanaan Farmakologi :

1) Terapi cairan

Terapi cairan ini penting karena akan mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Cairan cukup yaitu 6-8 gelas/hari, kecuali pada keadaan edema dan asites cairan dibatasi. Pada umumnya kebutuhan cairan 30ml/kgBB/hari (parenteral maupun enteral) c) Terapi obat-obatan:

2) Menurut Tarwoto (2013), terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

Stroke iskemik

- a) Pemberian obat trombolisis.
- b) Pemberian obat-obatan jantung seperti digosin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada hipertensi.

Penatalaksanaan Non Medis :

1) Kontrol tekanan intrakranial

Biasanya terjadi disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya control atau pengendalian tekanan darah.

2) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

3) Pertahankan nutrisi yang adekuat

- a) Energy cukup 25-45 kkal/kgBB. Pada fase akut energy diberikan 1100-1500 kkal/hari
- b) Protein cukup yaitu 0,8-1 g/kgBB. Apabila pasien dalam keadaan gizi kurang, protein diberikan 1,2-1,5 B/kgBB.

- c) Lemak cukup yaitu 20-25% dari kebutuhan energy total. Usahakan lemak tidak jenuh ganda, batasi sumber lemak jenuh yaitu 10% dari kebutuhan energi total. Batasi kolesterol sampai 300 mg.
 - d) Karbohidrat cukup yaitu 60-70% dari kebutuhan energy total. Untuk pasien stroke dengan diabetes mellitus diutamakan karbohidrat kompleks.
 - e) Vitamin cukup terutama vitamin A, riboflavin B6, asam folat, B12, vitamin C dan Vitamin E
 - f) Mineral cukup.
 - g) Serat cukup.
- 4) Mempertahankan rentang gerak sendi (ROM)
- Menurut Smeltzer dan Bare (2007), penatalaksanaan fase rehabilitasi pada stroke meliputi pemberian posisi, posisi tidur yang tepat, posisi tangan dan jari dan mengubah posisi.
- a) Pemberian posisi
- Pemberian posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur. Tindakan dilakukan untuk mempertahankan kesejajaran tubuh untuk meredakan tekanan.
- b) Posisi tidur yang tepat
- Papan tempat tidur dibawah matras memberikan sokongan kuat untuk tubuh.

c) Posisi tangan dan jari

Jari-jari diposisikan sehingga sedikit fleksi. Tangan ditempatkan agak supinasi (telapak tangan menghadap ke atas),

d) Mengubah posisi

Posisi pasien harus diubah setiap 2 jam. Untuk menempatkan pasien pada posisi lateral/miring satu bantal ditempatkan diantara kaki sebelum pasien dibalik. Pasien dapat diubah posisinya dari satu sisi lain, tetapi jumlah waktu yang digunakan pada sisi yang sakit harus dibatasi.

e) Pertahankan integritas kulit.

J. Konsep Gangguan Mobilitas fisik

A. Definisi

Gangguan mobilitas fisik adalah kondisi ketika seseorang kesulitan mengontrol tubuhnya sehingga aktivitas dasar seperti bergerak, berdiri, duduk, berjalan maupun melakukan aktivitas harian. Kondisi ini sering kali terjadi pada pasien stroke iskemik akibat melemahnya kekuatan otot serta gangguan keseimbangan tubuh yang pada akhirnya menyebabkan kesulitan terutama dalam berjalan (Husada dkk.,2024).

B. Etiologi

Gangguan mobilitas fisik disebabkan oleh berbagai faktor seperti Gangguan neuromuscular. Gangguan pergerakan terjadi akibat kelemahan otot, menurunnya kekuatan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak akibat kerusakan sistem saraf di otak, serta kekakuan pada otot dan

persendian yang dapat mengganggu pasien pasca stroke untuk melakukan aktivitas secara mandiri. Kondisi imobilitas dapat menyebabkan terjadinya kekuatan otot yang dapat mengakibatkan ketidakmampuan pada otot ekstermitas secara umum, penurunan fleksibilitas dan kekakuan sendi yang dapat mengakibatkan kontraktur sehingga pasien stroke akan mengalami keterbatasan dalam ADL (Lewis, 2007) dalam (Siregar, 2021) Gangguan musculoskeletal mencakup berbagai kondisi yang memengaruhi otot, sendi, dan jaringan ikat. Ini termasuk arthritis, nyeri punggung, dan sindrom nyeri myofascial. Gangguan ini dapat menyebabkan nyeri, kekakuan, dan keterbatasan gerak (Nandasmara, dkk 2025)

Menurut WHO malnutrisi adalah kondisi dimana adanya kesalahan asupan dan komposisi nutrisi yang terjadi dalam tubuh karena ketidaksesuaian antara asupan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh dengan kebutuhan gizi (Fariqy & Graharti, 2024)

C. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

a. Gaya Hidup

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut serta lingkungan tempat tinggal (masyarakat).

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Ketidakmampuan ada dua macam, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan primer, disebabkan oleh penyakit atau trauma

- 2) Ketidakmampuan sekunder, terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misalnya kelemahan otot dan tirah baring).

c. Tingkat Energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Di samping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stresor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Ambarwati, 2014)

D. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 terdapat tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik antara lain:

a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif:

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif:

1. Terjadi penurunan pada kekuatan otot
2. Rentang Gerak (ROM) menurun

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif:

1. Nyeri saat digerakkan.
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak.

Objektif:

1. Sendi kaku.
2. Gerakan tidak terkoordinasi.
3. Gerakan terbatas.
4. Fisik lemah.

E. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke Iskemik dapat dilakukan dengan cara mobilisasi atau rehabilitasi sedini mungkin ketika keadaan pasien membaik dan kondisinya stabil 24 jam pertama setelah serangan stroke, salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yaitu latihan range of motion (ROM) (Sanjuan et al., 2023). Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu teknik untuk mengembalikan sistem pergerakan, dan untuk memulihkan kekuatan otot untuk bergerak kembali memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari). Jenis – Jenis ROM :

- ROM Aktif Adalah Gerakan sendi dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan, pada pasien dengan kekuatan otot baik.

- ROM Pasif Adalah Gerakan sendi dilakukan oleh perawat/keluarga/alat bantu, pasien tidak aktif, dianjurkan untuk pasien tirah baring, penurunan kesadaran, paralisis.
- ROM Aktif-Asistif Adalah Gerakan dilakukan oleh pasien dengan bantuan perawat, Untuk pasien dengan kekuatan otot sebagian.

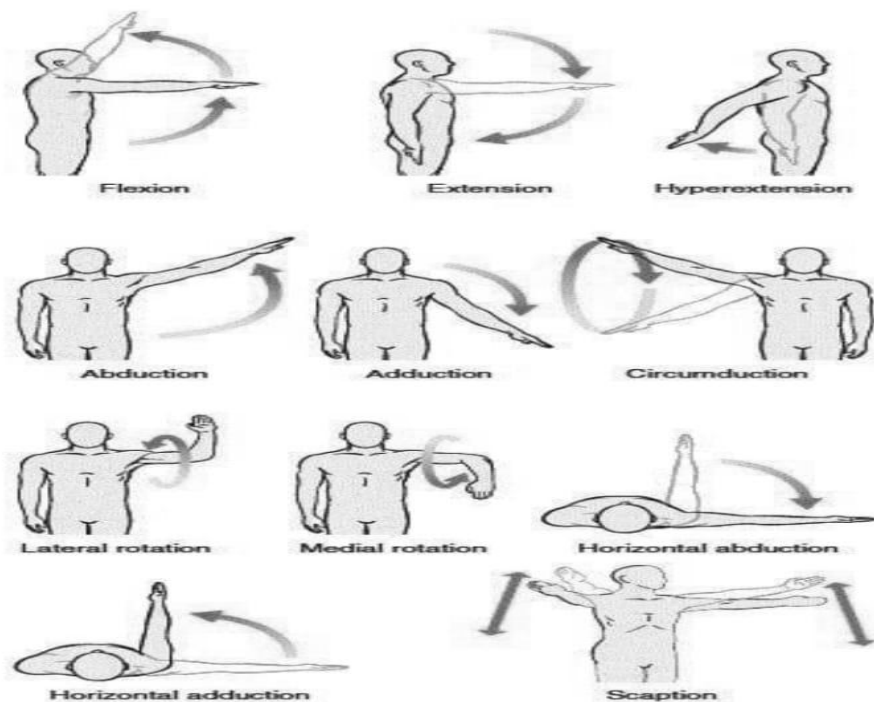
Tujuan melakukan latihan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi dan memperbaiki tonus otot (Aditama dan Muntamah, 2024). Adapun manfaat dari ROM (Range Of Motion) menurut (Istichomah, 2020), yaitu:

- a. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
- b. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
- c. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
- d. Memperlancar sirkulasi darah.
- e. Memperbaiki tonus otot.
- f. Meningkatkan mobilisasi sendi.
- g. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

Macam – macam Gerakan ROM, Ada berbagai macam gerakan ROM menurut Istichomah, 2020, yaitu:

- a. Fleksi, yaitu berkurangnya sudut persendian.
- b. Ekstensi, yaitu bertambahnya sudut persendian.

- c. Hiperekstensi, yaitu ekstensi lebih lanjut.
- d. Abduksi, yaitu gerakan menjauhi dari garis tengah tubuh.
- e. Adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh.
- f. Rotasi, yaitu gerakan memutari pusat dari tulang.
- g. Eversi, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian.
- h. Inversi, yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam bergerak membentuk sudut persendian.
- i. Pronasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah.
- j. Supinasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas.
- k. Oposisi, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.



Gambar 2.2 Gerakan ROM aktif

Sumber: Wikimedia commons (2018).

Praktik Terapi (Range Of Montion) ROM

a. Efektivitas ROM pada Pasien Stroke

Studi oleh (Pradana & Faradisi, 2021) menunjukkan bahwa latihan ROM meningkatkan rentang gerak ekstremitas pada pasien stroke. Latihan ini dilakukan tujuh hari, dan hasilnya menunjukkan peningkatan pada rentang gerak sendi pasien, tetapi tidak disebutkan berapa kenaikan nilainya

b. Pengaruh ROM pada Lansia dengan Stroke

Penelitian oleh (Setyaningsih & Rejeki, 2021) mengungkapkan bahwa penerapan terapi ROM pasif pada lansia pasca stroke dapat

meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak sendi ekstremitas dari nilai sebelumnya.

c. Peningkatan Kekuatan Otot melalui Latihan ROM

(Purba et al., 2022) melaporkan bahwa latihan ROM dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke di Rumah Sakit, Studi ini menunjukkan peningkatan nilai kekuatan otot setelah penerapan terapi ROM secara rutin meningkat lebih tinggi dari nilai sebelumnya

d. Implementasi ROM pada Pasien Stroke iskemik (Agustin et al., 2022)

meneliti efek terapi ROM pada pasien stroke non-hemoragik. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan satu tingkat nilai dalam kekuatan otot pasien setelah menjalani terapi ROM.

Berdasarkan berbagai penelitian, terapi ROM terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, mengurangi nyeri, dan memperbaiki rentang gerak sendi pada berbagai kondisi medis. Oleh karena itu, terapi ROM merupakan intervensi yang direkomendasikan dalam rehabilitasi pasien dengan gangguan neurologis.

K. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang dipakai dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional. Perawat, dimana saja ia bertugas, menghadapi pasien dengan segala macam kasus, dan melayani pasien pada semua tingkat usia juga harus menggunakan proses keperawatan. Perawat diharapkan memahami tentang konsep proses keperawatan dan

mampu menerapkan serta menyusunnya dalam sebuah dokumen status kesehatan pasien.

3. Pengkajian

Menurut (Susilo, 2019) pengkajian pada pasien stroke iskemik yaitu:

1) Pengumpulan data

a) Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur (usia diatas 55 tahun merupakan risiko tinggi stroke), jenis kelamin (biasanya lebih sering terjadi pada laki-laki di banding perempuan), nomor register, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk klien.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitunya klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, kesulitan dalam berkomunikasi

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi klien biasanya merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak (Susilo, 2019).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang

lama, penggunaan obat-obatan koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas (Susilo, 2019).

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus yang memberikan hubungan dengan beberapa masalah disfungsi neurologis seperti masalah stroke iskemik dan neuropati perifer. Hipertensi, jantung, DM termasuk hal yang harus diketahui dalam pemeriksaan riwayat kesehatan keluarga.

e) Pola-pola fungsi Kesehatan

1) Pola pemenuhan nutrisi

Pada klien dengan stroke dengan gangguan mobilitas fisik terdapat keluhan nafsu makan berkurang karena pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang mengalami hemiplegi ekstermitas atas selalu dibantu untuk pemenuhan nutrisinya.

(2) Pola eliminasi

Pada klien dengan stroke dengan gangguan mobilitas fisik didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria kebanyakan dibantu dalam buang air kecil & besar karena adanya kelemahan pada ekstermitas bawah maupun atas, Pada pola eliminasi BAB didapatkan konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas dan bising usus negatif.

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), pada pasien ini biasanya untuk aktivitas pemenuhan ADL seperti : Makan, Mandi, Perawatan diri, Berpakaian, Buang air kecil & besar, Transfer (Pindah tempat), Mobilitas (berjalan) masih dibantu oleh orang lain.

(4) Pola tidur dan istirahat

Pada Klien Stroke dengan gangguan mobilitas fisik Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri pada kestermitasnya.

(5) Pola hubungan dan peran

Pada Klien Stroke dengan gangguan mobilitas fisik Biasanya mengalami perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran karena terdapat gangguan bicara sehingga klien sukar untuk menghubungkan perkataan di dalam peran.

(6) Pola persepsi dan konsep diri

Pada Klien dengan Gangguan mobilitas fisik biasanya klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

(7) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

(8) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin.

(9) Pola penanggualangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

(10) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

f) Riwayat Psikososial

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk

menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal / pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

(1) Keadaan umum: Tingkat kesadaran stroke iskemik yaitu composmentis, delirium latergi, stupor, atau koma. Biasanya tanda-tanda vital klien akan mengalami peningkatan yaitu pada tekanan darah dan TIK (Padila 2022)

(2) Kepala dan Rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020),

- (3) Mata : Pasien akan mengalami penurunan penglihatan
- (4) Wajah : Pada wajah dilakukan pemeriksaan nervus kranial (fasialis) wajah asimetris, otot wajah tertarik
- (5) Hidung : Bentuk hidung biasanya simetris kanan dan kiri, biasanya tidak ada kelainan pada indra penciuman (Tawarto, 2013)
- (6) Telinga : Bentuk telinga biasanya sejajar daun telinga kanan dan kiri, biasanya pasien mengalami gangguan pendengaran atau pendengaran berkurang (Tawarto, 2013)
- (7) Mulut : Pada mulut pasien akan dilakukan pemeriksaan Nervus kranial IX (Glossopharyngeal) yaitu bisa menyebutkan huruf aaa, uvula dan palatum mengalami deviasi. Kemampuan menelan kurang baik.
- (8) Dada/Thorak :
 - Inspeksi : Amati bentuk thoraks biasanya normal atau adalah kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), pemeriksaan dada kadang didapatkan suara nafas terdengar rochi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batk dan menelan
 - Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus
 - Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya dalam sonor

Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan (Kusyani,2022)

Pemeriksaan jantung

Inspeksi : Ictus Kordis tidak Nampak

Palpasi : Teraba ictus cordis pada ICS V linea midcklavicularis sinistra

Perkusi : Suara jantung pekak

Auskultasi : Irama jantung regular, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallep (Griselda,2023)

(9) Abdomen :

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolani, tidak ada nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

Integumen :

Klien biasanya mengalami kekurangan oksigen maka kulit pucat dan jika kekurangan cairan nokaturgor akan jelek (Kembali <2 detik). Selain itu juga untuk mengkaji adanya tanda-tanda decubitus terutama didaerah yang menonjol karena klien harus bedrest total selama 2-3 minggu

(10) Ekstermitas :

Biasanya pasien stroke iskemik ditemukan mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada Sebagian anggota gerak atas maupun bawah anggota gerak bawah (Susilo,2019).

(11) Saraf Kranial

(a) Saraf Kranial I Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(b) Saraf Kranial II Optikus : kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

(c) Nervus III Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

(d) Nervus IV Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

(e) Nervus V Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut.

(f) Nervus VI Abdusen : kelainan pada paralisis nervus abduken menyebabkan bola mata tidak bisa abduken menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral

- (g) Nervus VII Fasialis : gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (h) Nervus VIII Vestibularis : kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (i) Nervus IX Glossopharyngeal : kelainan pada glossopharyngeal gangguan pada komponen sensorik dan motorik yang dapat mengakibatkan hilangnya reflek menelan.
- (j) Nervus X Vagus : Kelainan pada vagus gangguan pada komponen sensorik dan motorik yang dapat mengakibatkan hilangnya reflek perasa.
- (k) Nervus XI Assesourius : gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus)
- (l) Nervus XII Hipoglosus : kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan

bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang.

h) Pemeriksaan Sistem Neurologis

1) Tingkat Kesadaran

(a) Kualitatif

Table 2. 1 Pemeriksaan pada fungsi keseluruhan mental dan derajat kewaspadaan.

Fungsi mental	Skor	Tingkat kesadaran
CMC	14 – 15	Pasien sadar akan dirinya dan punya orientasi
APATIS	12 – 13	Pasien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
LATARGIE	8 – 11	Kesadaran menurun, pasien tampak lesu dan mengantuk
DELIRIUM	7 – 9	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gelisah
SAMNOLEN	4 – 6	Pasien selalu mengantuk, ingin tidur terus, dan apabila dibangunkan ia akan tidur kembali
KOMA	3	Kesadaran yang hilang

b). Kuantitatif

Table 2. 2 Pemeriksaan fungsi mental dan derajat kewaspadaan

Respon membuka mata (E = Eye)
Spontan (4)
Dengan perintah (3)
Dengan rangsangan nyeri (2)
Tidak berespon (1)
Respon Verbal (V = Verbal)
Berorientasi (5)
Bicara Membingungkan (4)
Kata – kata tidak tepat (3)
Suara yang tidak dapat dimengerti atau meraung (2)
Tidak ada respon (1)
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 berespon (1)

2). Menilai Kekuatan otot

Table 2. 3 Dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS)

Nilai	Jenis pemeriksaan
0	Tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total
1	Terlihat kontraksi tetap, Tidak ada Gerakan pada sendi
2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa
4	Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan otot maksimal

i) Pemeriksaan penunjang

- (1) Angiografi serebral : Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi atau ruptur.
- (2) Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan)
Gambaran lesi hipodens atau normal
- (3) Fungsi Lumbal : Cairan serebrospinal berwarna normal (jernih atau putih)
- (4) Pemeriksaan kimia darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg/dl dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun Kembali.

L. Analisa Data

Analisis data menurut Sugiyono (2018:482) adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain.

M. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan Stroke iskemik, berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Penyebab

- a) Kerusakan integritas kulit
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekuatan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskulokeletal

- l) Gangguan neuromuskuler
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Table 2.4 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Obyektif
1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM)

Table 2.5 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Obyektif
1) Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2) Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3) Merasa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

N. Rencana Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bentuk tindakan atau terapi yang direncanakan dan dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis. Intervensi keperawatan pada klien Stroke iskemik dengan gangguan mobilitas fisik ada 2 yaitu dukungan mobilitas dan dukungan ambulasi, intervensi yang sesuai dengan kondisi klien yaitu Dukungan Mobilitas.

Table 2.6 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan			Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1. Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)			Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Mobilitas fisik menurun (I. 05042) dapat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas cukup meningkat 2. Kekakuan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 5. Kaku sendi menurun	Dukungan Mobilitas (L. 05173) Observasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Nyeri dapat menghambat pergerakan pasien serta meningkatkan risiko cedera selama mobilisasi) - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (Untuk menilai kemampuan pasien beradaptasi terhadap aktivitas sehingga mobilisasi dapat dilakukan secara aman dan bertahap) - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (Untuk memastikan kondisi hemodinamik stabil dan mencegah terjadinya komplikasi) - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (Untuk mendeteksi dini tanda kelelahan seperti pusing, atau penurunan kondisi pasien)

Terapeutik :

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) (Untuk meningkatkan keamanan pasien dan mencegah risiko jatuh selama mobilisasi)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu (Untuk membantu pasien mencapai pergerakan optimal sesuai kemampuan fisik dan meningkatkan kepercayaan diri)
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Untuk memberikan dukungan emosional dan fisik sehingga motivasi dan keberhasilan mobilisasi meningkat)

Kolaborasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Agar pasien memahami manfaat mobilisasi sehingga meningkatkan kerja sama dan kepatuhan)
 - Anjurkan melakukan mobilisasi dini (Untuk mencegah komplikasi imobilitas seperti: decubitus, thrombosis)
 - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Untuk melatih kemandirian pasien secara bertahap dan meningkatkan kemampuan fungsional)
-

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Mobilitas fisik menurun (I. 05038) dapat dengan kriteria hasil : 1. Nyeri saat berjalan menurun 2. Kaku pada persendian cukup menurun 3. Keenganan berjalan menurun 4. Perasaan khawatir saat berjalan cukup menurun 5. Berjalan dengan langkah pelan meningkat	Dukungan Ambulasi (1.06171) Observasi 1). Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2). Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3). Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4). Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5). Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 6). Fasilitasi melakukan mobilisasi tisik, jika perlu 7). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8). Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9). Anjurkan melakukan ambulasi dini 10). Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dan tempat tidur ke

		kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
--	--	---

o. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan 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 (Hidayat, 2021). Berdasarkan kasus kelolaan pemberian ekstrak sambiloto pada kasus kelolaan sudah dapat diberikan dengan baik tanpa penolakan pada tubuh pasien.

O. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Krismonita, 2021). Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien dan untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Hidayat, 2021).