

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka merupakan ringkasan tertulis yang mencakup artikel dari jurnal, buku dan dokumen lain yang mendeskripsikan teori maupun informasi, serta mengelompokkan sumber pustaka ke dalam dokumen yang dibutuhkan untuk proposal penelitian (Mahanum, 2021). Dalam bab ini akan menjelaskan tentang konsep stroke iskemik, konsep gangguan mobilitas fisik dan konsep asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik.

2.1 Konsep Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi Stroke Iskemik

Stroke adalah suatu gangguan pada fungsi system syaraf yang dikarenakan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak yang diakibatkan pecahnya pembuluh darah atau karena adanya sumbatan pada pembuluh darah dalam otak (Maria, 2021).

Stroke iskemik merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya penyumbatan pada arteri yang mengarah ke otak manusia dan dapat menimbulkan otak kekurangan suplai oksigen. Tanpa oksigen yang memadai, jaringan otak akan mengalami kematian sel atau infark (Kusyani, 2022).

Stroke iskemik adalah penyakit yang dapat menyebabkan gangguan fungsi sistem saraf akibat kematian sel pada otak karena penumpukan lemak pada pembuluh darah yang mengakibatkan pembuluh darah otak tersumbat (Alamsyah, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Stroke Iskemik

Klasifikasi stroke iskemik menurut Dewi dan Fitrianti (2024), yaitu

- 1) Trombosis, merupakan stroke iskemik yang terjadi karena adanya pembentukan gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan di pembuluh darah otak.
- 2) Emboli, adalah jenis stroke iskemik yang terjadi karena adanya benda asing dari udara, tumor, lemak, bakteri yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan penyumbatan di pembuluh darah otak.

2.1.3 Etiologi

Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah berkurang (iskemia) sehingga sel otak kekurangan oksigen dan bisa mengakibatkan kematian jaringan pada otak. Penyebab stroke iskemik menurut Junaidi (2012) dalam Diah (2023), antara lain :

- 1) Ateroma

Endapan lemak yang terbentuk di dalam arteri karotis

sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak. Kondisi ini sangat berbahaya karena arteri karotis merupakan jalur utama pemberi darah ke sebagian besar otak.

2) Emboli

Emboli bisa terbentuk jika lemak yang berada pada sumsum tulang pecah dan masuk ke dalam aliran darah, pada akhirnya tersumbat dalam arteri yang kecil.

3) Infeksi

Dapat menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Peradangan dapat terjadi karena bakteri dan bisa juga dipicu oleh asam urat yang tinggi dalam darah.

4) Hipotensi

Tekanan darah yang rendah secara mendadak dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang bisa membuat seseorang pingsan. Kondisi ini dapat terjadi ketika seseorang banyak kehilangan darah baik itu karena cedera maupun pembedahan.

2.1.4 Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko yang sering terjadi pada klien stroke iskemik menurut Kusyanti dan Khayudin (2022), yaitu :

1) *Faktor Dapat Dirubah (Reversible)*

a. Penyakit Jantung

Kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke

seluruh bagian tubuh termasuk ke otak menjadi tidak normal.

b. Hipertensi

Hal ini mengakibatkan diameter pembuluh darah mengecil sehingga darah menuju otak akan berkurang atau melambat

c. Diabetes Mellitus (DM)

Terjadinya gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah ke otak menjadi terhambat.

d. Kolesterol Tinggi

Kolesterol dalam tubuh menyebabkan terbentuknya lemak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah menjadi lambat.

e. Obesitas

Berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas rentan terjadi hipertensi dan peningkatan kolesterol

f. Merokok

Asap yang dihirup saat merokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah karena nikotin sehingga mengganggu aliran darah yang menuju ke otak.

g. Kurang Aktivitas Fisik

Kurang aktivitas dapat mengurangi kelenturan pada fisik termasuk juga kelenturan pembuluh darah dan akhirnya pembuluh darah menjadi kaku

2) Faktor Tidak Dapat Dirubah

a. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih beresiko tinggi terkena stroke daripada perempuan. Hal ini mungkin berhubungan dengan faktor-faktor pemicu lainnya yang lebih banyak dilakukan. Misalnya merokok, menggunakan jenis obat tertentu dan sebagainya.

b. Usia

Adanya penambahan usia pada seseorang maka akan lebih rentan terkena stroke.

c. Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke iskemik menurut Maria (2021), yaitu :

1) Hemiparesis

Kelemahan otot pada satu sisi tubuh yang menyebabkan penurunan kekuatan dan kemampuan gerak, tanpa kehilangan

fungsi secara total.

2) Afasia

Penurunan kemampuan berkomunikasi meliputi berbicara, membaca, menulis dan memahami pembicaraan.

3) Apraksia

Gangguan kemampuan melakukan gerakan walaupun tidak lumpuh dan pemahaman perintah masih baik

4) Disatria

Kesulitan dalam berbicara sehingga artikulasi yang disampaikan tidak sempurna

5) Disfagia

Gangguan proses menelan yang menyebabkan kesulitan atau ketidakmampuan memindahkan makanan dan cairan dari mulut ke lambung secara normal.

6) Perubahan Penglihatan

Kehilangan setengah lapang penglihatan, tidak menyadari orang atau obyek ditempat

7) Penurunan Sensorik

Kondisi dari hemiparesis bisa digambarkan seperti rasa nyeri, kebas ataupun kesemutan

8) Perubahan Perilaku

Dampak dari kerusakan jaringan otak yang memengaruhi fungsi kognitif, emosional, dan psikososial.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi stroke iskemik yang umum terjadi menurut Lui (2025), yaitu :

1) Trombosis Vena Dalam Emboli Paru

Terbentuknya gumpalan darah di vena dalam terutama pada ekstremitas bawah, saat gumpalan itu pecah akan mengalir melalui aliran darah, lalu menyumbat arteri paru-paru yang menghambat aliran darah dan oksigen.

2) Kejang

Kejang terjadi karena aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini sangat umum terjadi pada pasien stroke.

3) Depresi dan kecemasan

Gangguan yang paling sering dirasakan oleh pasien stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dari kehilangan fungsi tubuh.

4) Edema serebral

Pembengkakan otak yang terjadi akibat penumpukan cairan berlebih di jaringan otak.

5) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Tekanan di dalam rongga tengkorak meningkat karena pembengkakan atau penumpukan darah pada otak

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan stroke menurut Hariyanto (2024), yaitu :

1) Radiologi

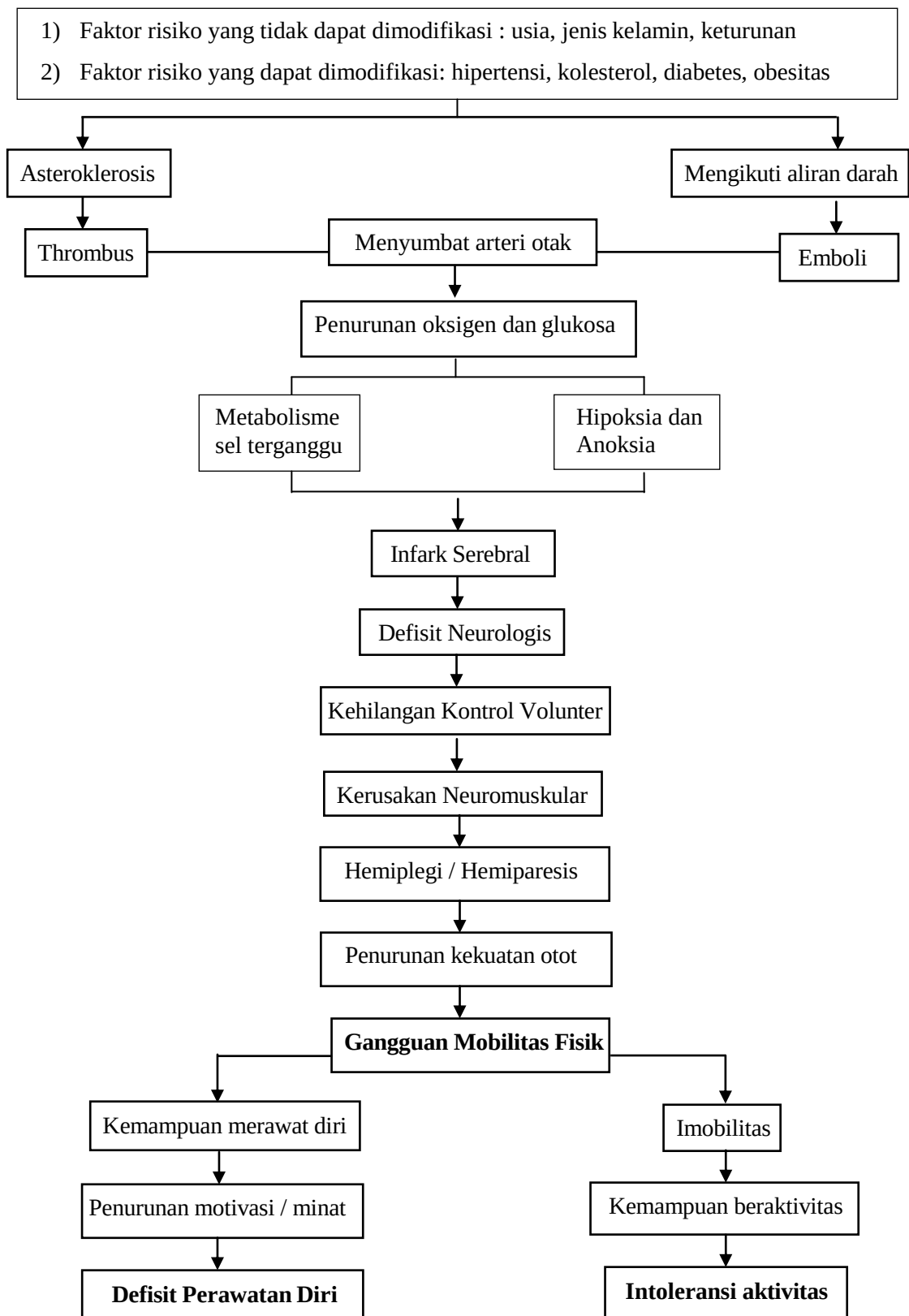
- a. Angiografi Serebral : untuk mengidentifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri.
- b. CT Scan (Computed Tomography Scanning) : untuk mengetahui lokasi edema, lokasi *hematoma*, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak.
- c. MRI (Magnetic Resonance Imaging) : untuk menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet yaitu lesi dan infark karena perdarahan.
- d. EEG (Elektro Encephalografi) : Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh jaringan otak.
- e. EKG (Elektro Kardiogram) : untuk mengetahui kelainan pada jantung yang menjadi faktor penyebab stroke.

2) Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap dan rutin
- b. Pemeriksaan gula darah
- c. Pemeriksaan kolesterol dan asam urat

2.1.8 Patofisiologi

Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke Iskemik



Sumber : (Tim Pokja SDKI, 2017 ; Kusyani dan Khayudin, 2022; Haryono & Utami, 2019).

2.) Uraian

Stroke iskemik terjadi karena dua faktor, yang pertama faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, keturunan. Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dirubah seperti hipertensi, kolesterol, diabetes , obesitas. Faktor risiko tersebut mengalir ke aliran darah dan menyebabkan bekuan darah (emboli) selain itu terjadi aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding pembuluh darah. Plak ini menyebabkan proses penyumbatan pada pembuluh darah otak (trombus). Kondisi ini dapat menyumbat arteri otak sehingga penurunan oksigen dan glukosa yang mengakibatkan metabolisme sel otak terganggu, yang kemudian menyebabkan hipoksia dan anoksia. Kondisi ini dapat menyebabkan kematian sel-sel saraf otak (infark) sehingga terjadi *defisit neurologis* (gangguan sistem saraf). *Defisit neurologis* dapat menakibatkan kerusakan kontrol volunter (penurunan kemampuan otak untuk mengatur gerakan tubuh) yang kemudian menyebabkan kerusakan *neuromuskular*, sehingga terjadi hemiplegi/hemiparesis. Kondisi ini secara langsung menyebabkan terjadinya masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik yang** mengakibatkan penurunan kekuatan otot sehingga kondisi tersebut memengaruhi kemampuan klien dalam merawat diri yang akhirnya menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, penurunan kekuatan otot juga dapat memengaruhi kemampuan beraktivitas klien baik itu aktivitas ringan seperti berjalan atau aktivitas berat seperti berdiri dan berpindah tempat sehingga dapat menimbulkan masalah **intoleransi aktivitas**.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Stroke Iskemik menurut Maria (2021), yaitu :

1) Penatalaksanaan Keperawatan

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

2) Penatalaksanaan Medis

- a. Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 mg/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- b. Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- c. Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, ACE inhibitor, Beta Bloker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- d. Pemberian obat-obatan seperti anti diabetic oral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- e. Pemberian obat-obatan dabigatran, warfarin dll.
- f. Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetan, pentoxifyline, dll

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), adalah suatu kondisi ketika individu mengalami keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas.

2.2.2 Etiologi

Penyebab gangguan mobilitas fisik menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), yaitu :

- 1) Kerusakan struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan muskuloskeletal
- 12) Gangguan neuromuskular

- 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke -75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Keengganan melakukan pergerakan

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Hidayat (2014), klasifikasi mobilitas adalah :

1) Mobilitas Penuh

Kemampuan individu untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari.

2) Mobilitas Sebagian

Seseorang yang tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada tubuhnya, kondisi ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau klien yang mengalami stroke

3) Mobilitas Permanen

Kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Kondisi ini disebabkan oleh rusaknya sistem saraf, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya system saraf motorik dan sensorik.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Di dalam SDKI (2017), terdapat tanda dan gejala mobilitas fisik sebagai berikut :

- 1) Tanda dan Gejala Mayor:
 - a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
 - b. Kekuatan otot menurun
 - c. Rentang gerak menurun
- 2) Tanda dan Gejala Minor:
 - a. Nyeri saat bergerak
 - b. Enggan melakukan pergerakan
 - c. Merasa cemas saat bergerak
 - d. Kaku pada sendi
 - e. Gerakan tidak terkoordinasi
 - f. Gerakan terbatas
 - g. Fisik lemah

2.2.5 Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik menurut Standar Keperawatan Indonesia SIKI (2018) yaitu :

1) Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Definisi : Memfasilitasi untuk meningkatkan aktivitas berpindah

Observasi :

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

- b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik :

- a. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- b. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan

Edukasi :

- a. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini
- c. Mengajarkan melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

2) Dukungan Ambulasi (I.06171)

Definisi : Memfasilitasi untuk meningkatkan aktivitas berpindah

Observasi :

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum

memulai ambulasi

- d. Memantau kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik :

- a. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
- b. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi :

- a. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b. Menganjurkan melakukan ambulasi dini
- c. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

2.2.6 Latihan ROM (*Range Of Motion*)

Jenis latihan ROM menurut Wisnasari (2021), yaitu :

1) ROM Aktif

Latihan gerak yang dilakukan klien dengan menggerakkan masing-masing persendiannya dengan bantuan orang lain / perawat

2) ROM Pasif

Latihan gerak yang dilakukan klien dengan menggerakkan masing-masing persendiannya secara aktif / mandiri.

3) Tujuan

- a. Meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot
- b. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian
- c. Menjaga *fleksibilitas* dari masing-masing persendian

4) Prosedur

Tabel 2.1 Contoh Latihan ROM

No	Area	Pergerakan	Teknik
1	Leher	Fleksi-Ekstensi	Menekuk kepala kedepan hingga dagu menempel pada dada, lalu kembali ke posisi tegak
		Fleksi Lateral	Menekuk kepala kearah samping (bahu), kanan dan kiri secara bergantian
		Rotasi Lateral	Memalingkan muka ke kanan dan kiri
2	Bahu	Elevasi-Depresi	Posisi tangan lurus disamping tubuh, lalu secara bersamaan angkat kedua bahu dan turunkan
		Fleksi-Ekstensi	Posisi tangan lurus disamping tubuh, angkat tangan keatas hingga mencapai kepala, lalu kembalikan ke posisi semula
		Abduksi-Adduksi	Posisi tangan lurus disamping tubuh, angkat tangan kesamping tubuh hingga sejajar bahu lalu kembalikan hingga melewati sumbu tubuh
		Rotasi Internal-Eksternal	Posisikan tangan sejajar bahu lalu tekuk siku, gerakkan tangan keatas sehingga jari-jari menghadap kebawah
		Sirkumduksi	Memutar bahu
3	Siku & Lengan Bawah	Fleksi-Ekstensi	Posisi tangan lurus disamping tubuh, lalu gerakkan siku hingga jari-jari menyentuh bahu dan kemudian luruskan
		Supinasi-Pronasi	Posisi tangan lurus disamping tubuh, lalu putar lengan bawah kearah luar sehingga telapak tangan menghadap atas, lalu putar kearah bawah sehingga telapak tangan menghadap bawah
4	Pergelangan Tangan	Fleksi-Ekstensi – Hiperekstensi	Menekuk telapak tangan kearah bawah-lurus-atas

		Abduksi-Adduksi-Fleksi	Membengkokkan telapak tangan kesamping (arah ibu jari)-luruskan kembali-kearah jari kelingking
		Sirkumduksi	Memutar telapak tangan dengan pergelangan tangan sebagai poros
5	Jari-Jari Tangan	Fleksi-Ekstensi	Mengepalkan jari tangan klien dan lurus kembali
		Hiperekstensi	Membengkokkan jari-jari tangan kebelakang sejauh mungkin
		Abduksi-Adduksi	Mengembangkan jari-jari tangan kemudian merapatkan kembali
6	Ibu jari	Abduksi-Adduksi Oposisi	Rapatkan jari-jari tangan lalu rentangkan ibu jari menjauh dari jari lain, lalu dekatkan lagi Sentuhkan ibu jari dengan jari-jari lainnya secara bergantian
7	Lutut	Fleksi-Ekstensi	Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut kearah dada sejauh mungkin, turunkan kembali ke posisi semula
8	Pergelangan Kaki	Dorso-Plantar Fleksi	Dorong telapak kaki ke atas , kembalikan ke posisi semula
		Eversi-Inversi	Putar telapak kaki keluar lalu kedalam
		Sirkumduksi	Memutar telapak kaki dengan poros pada sendi tumit
9	Jari-Jari Kaki	Fleksi-Ekstensi	Mendorong jari-jari kearah atas dan kearah bawah
		Abduksi-Adduksi	Lebarkan jari-jari kaki kemudian dekatkan jari-jari kaki bersama-sama

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi status kesehatan pada klien. Pengkajian sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga dalam pemberian pelayanan kesehatan (Zebua, 2021).

1) Identitas Klien :

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, diagnosa medis.(Kusyani, 2022)

2) Keluhan Utama :

Keluhan utama biasanya meliputi kelemahan pada anggota gerak baik seluruh tubuh maupun satu sisi, kekakuan sendi, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, dan gangguan kesadaran (Dyah, 2023)

3) Riwayat Kesehatan Sekarang :

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak yang akan menyebabkan gangguan mobilitas fisik (Zebua, 2021)

4) Riwayat Kesehatan Dahulu :

Pada penderita stroke iskemik biasanya ada riwayat stroke sebelumnya, hipertensi, diabetes, penyakit jantung, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin atau adiktif dan obesitas (Anggraini, 2024).

5) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes, penyakit jantung, atau terdapat riwayat stroke dari keluarga (Kusyani, 2022).

6) Riwayat Psikososial :

Adanya perubahan hubungan dan peran yang terjadi karena klien mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas karena gangguan mobilitas fisik sehingga mengakibatkan rasa cemas, tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah (Novera, 2021)

7) Pola Fungsi Kesehatan :

a. Pola Nutrisi :

Biasanya nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia ditandai dengan kesulitan menelan dan mengunyah (Novera, 2021)

b. Pola Eliminasi :

Adanya perubahan pola berkemih baik BAK maupun BAB

yang mungkin disebabkan oleh kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah dan urine berkurang (Hidayat, 2014)

c. Pola Aktivitas :

Klien mengalami kesulitan beraktivitas karena kelumpuhan pada salah satu atau seluruh anggota gerak (Novera, 2021)

d. Personal Hygiene :

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene (Zebua, 2021)

e. Pola Istirahat :

Biasanya klien mengalami kejang ataupun nyeri otot sehingga berdampak pada kualitas istirahat tidur (Griselda, 2023)

f. Pola Hubungan dan Peran :

Pada klien yang mengalami stroke iskemik biasanya perubahan hubungan dan peran terjadi karena terdapat gangguan dalam bicara sehingga klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi (Kusyani, 2022)

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri :

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Kusyani, 2022)

h. Pola Sensori dan Kognitif :

Pada pola sensori, klien mengalami gangguan

penglihatan/kekaburan pada pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir. (Kusyani, 2022)

i. Pola mekanisme koping

Biasanya klien mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir (Griselda, 2023)

j. Pola nilai dan kepercayaan

Pada klien stroke iskemik yang mengalami kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh yang menyebabkan klien jarang melakukan ibadah (Kusyani, 2022)

8) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Biasanya pada klien stroke iskemik mengalami tingkat kesadaran somnolen pada awal terserang stroke, pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), hingga penurunan kesadaran (coma). Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran composmentis (Sulistiyawati, 2020).

b. Tanda-tanda vital

Pada klien stroke iskemik, terdapat riwayat peningkatan tekanan darah, denyut nadi bermacam-macam (Griselda, 2023)

c. Kepala dan Rambut

Kepala dan rambut biasanya tidak ditemukan masalah pada klien stroke iskemik (Prasetyo, 2025)

d. Mata

Biasanya ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan, pupil kadang isokor dan anisokor (Griselda, 2023)

e. Hidung

Pada klien stroke iskemik biasanya ada sebagian yang mengalami gangguan pada penciuman ada juga yang tidak ada kelainan (Novera, 2021).

f. Telinga

Biasanya pada klien yang mengalami stroke iskemik terdapat gangguan pendengaran atau pendengaran berkurang (Dyah, 2023)

g. Wajah

Biasanya pada klien stroke iskemik pada wajah tidak simetris kondisi ini menunjukkan adanya gangguan pada nervus VII (fasialis) (Griselda, 2023)

h. Mulut dan Faring

Pada klien yang mengalami stroke iskemik dapat menjulurkan

lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan ke kanan, tetapi tidak semua klien mengalami gangguan bicara dan adanya kesulitan menelan (Novera, 2021)

i. Leher

Secara umum pada klien stroke iskemik jarang ada yang mengalami kaku kuduk pada leher (Griselda, 2023)

j. Paru -Paru

Inspeksi : pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis, pernafasannya tidak ada kelainan

Palpasi : terdapat taktil fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : umumnya terdengar bunyi sonor

Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak ada bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien yang mengalami penurunan tingkat kesadaran terdapat bunyi nafas tambahan (Griselda, 2023)

k. Jantung

Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : suara jantung pekak

Auskultasi : pada klien stroke iskemik umumnya terdengar “*lup-dub*” (Sulistiyawati, 2020)

l. Payudara

Biasanya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke

(Griselda, 2023)

m. Abdomen

Inspeksi : simetris, tidak ada asites, ada pernafasan perut

Palpasi : tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit) (Sulistiyawati, 2020).

n. Genetalia

Biasanya terdapat inkontinensia atau retensio urin, ada juga yang tidak mengalami inkontinensia atau retensio urin.(Griselda, 2023)

o. Integumen

Biasanya kulit tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan tidak normal (> 3 detik). Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus atau tidak, karena klien stroke iskemik biasanya harus bedrest, kuku perlu dilihat adanya sianosis, tetapi tidak semua klien stroke mengalami hal tersebut (Sulistiyawati 2020)

p. Ekstremitas

Biasanya klien akan mengalami keterbatasan rentang gerak karena kerusakan neuromuskular akibat stroke iskemik dan sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.yang akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik

(Lestari,2023)

(a) Ekstremitas Atas

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya klien stroke iskemik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apapun, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)) dan pada pemeriksaan trisep respon fleksi dan supinasi tidak ada (reflek trisep (-)).

(b) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

(c) Nilai – nilai kekuatan otot antara lain :

- 0 : paralisi total, tidak ada kontraksi otot sama sekali
- 1 : terdapat kontraksi otot ringan, tetapi tidak ada gerak sama sekali
- 2 : tidak dapat mengangkat, hanya bisa menggeser
- 3 : otot dapat bergerak melawan gravitasi, tetapi tidak mampu melawan tahanan

4 : otot dapat bergerak melawan gravitasi dan tahanan ringan, namun kekuatannya berkurang.

5 : kekuatan otot normal, mampu melawan gravitasi dan tahanan penuh.

q. Pemeriksaan Neurologi

(a) Nervus I (*Olfaktorius*) : terdapat gangguan pada saraf penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.(Prasetyo, 2025)

(b) Nervus II (*Optikus*) : biasanya terdapat gangguan sensori penglihatan sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri, tetapi ada juga yang tidak mengalami gangguan penglihatan (Sulistiyawati, 2020).

(c) Nervus III (*Okulomotorius*) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan ada yang anisokor, reflek kedib dapat dinilai apabila klien membuka mata (Sulistiyawati, 2020).

(d) Nervus IV (*Toklearis*) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah (Sulistiyawati, 2020).

(e) Nervus V (*Trigeminus*) : biasanya klien yang mengalami stroke ada yang dapat merasakan sensasi sentuhan

gerakan mengunyah maupun menggigit, ada juga yang tidak dapat merasakan sensasi apapun (Griselda, 2023)

- (f) Nervus VI (*Abdusen*) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri (Sulistiyawati, 2020).
- (g) Nervus VII (*Fasialis*) : ada beberapa klien stroke iskemik yang lidahnya dapat mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, mampu meringis dan wajah tampak simetris (Prasetyo, 2025)
- (h) Nervus VIII (*Vestibulococlearis*) : biasanya klien dengan stroke iskemik kurang bisa mendengarkan suara klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras (Prasetyo, 2025)
- (i) Nervus IX (*Glosafaringeus*) : klien dapat merasakan rasa asam dan pahit (Sulistiyawati, 2020).
- (j) Nervus X (*Vagus*) : kemampuan menelan pada klien kurang baik atau terkadang sulit untuk membuka mulut (Griselda, 2023)
- (k) Nervus XI (*Asesorius*) : klien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Prasetyo, 2025)
- (l) Nervus XII (*Hipoglosus*) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat menggerakkannya ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara. (Sulistiyawati, 2020)

.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon individu pada masalah kesehatan, serta perawat dapat memberikan intervensi untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi masalah kesehatan pasien (Kusyani,2022). Diagnosa yang muncul pada kasus stroke iskemik dengan menggunakan SDKI DPP PPNI (2017) yaitu

1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penyebab :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- 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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

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

2) Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Penyebab :

- a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Kelemahan
- c. Imobilitas
- d. Gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1) Mengeluh lelah	1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1) Dipsnea / saat setelah aktivitas	1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat / setelah aktivitas
3) Merasa lemah	3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
	4) Sianosis

3) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Penyebab :

- a. Gangguan neuromuskular
- b. Gangguan muskulokeletal
- c. Gangguan psikologis / psikotik
- d. Kelemahan
- e. Penurunan motivasi / minat

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1) Menolak melakukan perawatan diri	1) Tidak mampu mandi
	2) Tidak mampu mengenakan pakaian
	3) Tidak mampu makan
	4) Tidak mampu ke toilet dan berhias secara mandiri
	5) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan perencanaan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pada pasien SIKI DPP PPNI (2018). Intervensi keperawatan dari diagnosa yang muncul mengenai penyakit stroke iskemik :

Tabel 2.2 Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Cemas menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8) Gerakan terbatas menurun 9) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : e. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya f. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan g. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi h. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : d. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) e. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

			meningkatkan Edukasi : d. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi e. Anjurkan melakukan mobilisasi dini f. Ajarkan melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi : e. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya f. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi g. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi h. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik : d. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) e. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : d. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi e. Anjurkan melakukan ambulasi dini
--	--	--	--

			f. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
2	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1) Keluhan lelah menurun 2) Dipsnea saat / setelah aktivitas menurun 3) Perasaan lemah menurun 4) Aritmia saat / setelah aktivitas menurun 5) Tekanan darah membaik 6) Frekuensi nadi membaik 7) EKG iskemia membaik 8) Sianosis menurun	Manajemen Energi (I.04153) Observasi : 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan tidak kenyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping

			untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Perawatan Diri (L,11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet meningkat 5) Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 3) Monitor tingkat kemandirian Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan yang dilakukan dari sebuah rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Prasetyo, 2025).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil akhir dari metode asuhan keperawatan, menilai dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai. Dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. (Kusyani, 2022). Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan yaitu menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (Analisis) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.