

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian Stroke Non Hemoragik

Menurut World Health Organization (WHO) yang dikutip oleh Astannudinsyah *et al.*, (2020). Stroke atau penyakit serebrovaskular merupakan suatu kondisi klinis yang muncul secara tiba-tiba dan berkembang dengan cepat akibat gangguan fungsi otak, baik bersifat fokal maupun global, yang disebabkan oleh adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Gejala yang timbul umumnya berlangsung selama minimal 24 jam atau lebih

Stroke atau *Cerebrovascular Accident* (CVA) merupakan gangguan neurologis yang terjadi akibat terhambatnya aliran darah ke jaringan otak, sehingga menyebabkan kerusakan fungsi neurologis secara mendadak. Istilah stroke lebih lazim digunakan dalam praktik klinis dibandingkan CVA. Berdasarkan data World Health Organization (WHO), jenis stroke non-hemoragik menyumbang sekitar 87% dari total kasus kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh stroke di seluruh dunia (Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, 2024).

Stroke atau *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) adalah kondisi medis darurat yang ditandai dengan gangguan akut pada perfusi atau pembuluh darah otak. Penyebab utama stroke iskemik adalah hipertensi, sedangkan gangguan pembekuan darah, diseksi karotis, dan penyalahgunaan obat terlarang adalah penyebab umum pada populasi yang lebih muda (Khaku & Tadi, 2025).

Stroke termasuk ke dalam kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) yang berkontribusi signifikan terhadap angka kematian serta menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang pada berbagai kelompok usia. Meskipun umumnya terjadi pada usia lanjut, sekitar 10% kasus stroke juga ditemukan pada individu usia muda, yaitu di bawah 45 tahun. Penerapan gaya hidup sehat, seperti melakukan aktivitas fisik secara rutin, mengelola stres dengan baik, serta menghindari konsumsi alkohol, terbukti dapat menurunkan risiko mortalitas akibat stroke maupun menekan angka kekambuhan pada pasien yang telah mengalami serangan sebelumnya (Masriana *et al.*, 2021).

CVA infark atau stroke iskemik kerap terjadi secara tiba-tiba, terutama setelah aktivitas fisik, dengan gejala seperti nyeri kepala hebat, penurunan kesadaran, kejang, dan gangguan motorik. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak akibat penyempitan atau sumbatan pembuluh darah oleh plak lemak (ateroma), yang mengakibatkan iskemia jaringan otak. Risiko CVA infark meningkat akibat berbagai faktor seperti usia, gaya hidup, riwayat keluarga, ras, hipertensi, dislipidemia, diabetes, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, dan stres (Riska Nurdianti, 2024).

2. Klasifikasi CVA

CVA dibedakan menurut patologi dari serangan meliputi 2 macam meliputi:

a. CVA Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam otak akibat pecahnya pembuluh darah, pada daerah otak, stroke hemoragik dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

1) *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

Perdarahan intraserebral (PIS) adalah jenis stroke berat yang ditandai dengan hematoma pada parenkim otak, dengan atau tanpa perluasan ke ventrikel, PIS non-traumatik mencakup 10–15% dari seluruh kasus stroke dan memiliki angka morbiditas serta mortalitas yang tinggi. Faktor risiko ICH meliputi hipertensi kronis, angiopati amiloid, antikoagulasi (pengobatan), dan malformasi vaskular. Cedera otak yang diakibatkannya sering diklasifikasikan sebagai primer, yaitu kerusakan awal parenkim oleh bekuan darah, sekunder, atau kerusakan yang disebabkan oleh komplikasi dari darah intracranial (Rajashekar & Liang, 2025).

2) *Subarachnoid hemorrhage (SAH)*

Subarachnoid hemorrhage (SAH) adalah perdarahan di ruang subaraknoid yang termasuk stroke hemoragik dan memiliki morbiditas serta mortalitas tinggi. Perkembangannya sering disertai prognosis buruk, sehingga diagnosis dan penanganan dini penting untuk mencegah perluasan perdarahan yang cepat, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran dan gangguan neurologis akut (Unnithan *et al.*, 2025).

b. CVA Infark (Non-Hemoragik)

Stroke non hemoragik merupakan terhentinya sebagian atau keseluruhan aliran darah ke otak akibat tersumbatnya pembuluh darah.

3. Etiologi

Salah satu faktor risiko klinis utama stroke adalah hipertensi faktor risiko lainnya termasuk penggunaan tembakau, kurang aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, penggunaan alkohol, fibrilasi atrium, peningkatan kadar lemak darah, obesitas, disposisi genetik, stres, dan depresi (Khaku & Tadi, 2025). Obstruksi arteri serebral dapat terjadi akibat emboli yang berasal dari jantung. Sumber kardioemboli ini secara klinis diklasifikasikan ke dalam kelompok berisiko tinggi dan sedang, berdasarkan potensi masing-masing dalam memicu peristiwa embolik ke sistem serebrovaskular (Hui *et al.*, 2025).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Novitaria (2022) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke infark, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan pada wajah atau anggota tubuh satu sisi (hemiparesis atau hemiplegia) yang muncul secara tiba-tiba umumnya disebabkan oleh kerusakan pada area motorik di lobus frontal otak. Kerusakan ini bersifat kontralateral, yang berarti jika lesi terjadi pada hemisfer kanan otak, maka defisit motorik akan tampak pada sisi tubuh kiri. Selain gangguan motorik, pasien juga mengalami kehilangan kendali terhadap gerakan volunter serta fungsi sensorik, sehingga kemampuan untuk melakukan gerakan seperti ekstensi dan fleksi menjadi terganggu.

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran, yang dapat berupa konfusi, delirium, letargi, stupor, hingga koma, umumnya terjadi akibat perdarahan atau cedera otak yang menimbulkan tekanan pada batang otak, maupun karena gangguan metabolik otak yang disebabkan oleh kondisi hipoksia.
- d. Afasia merupakan gangguan kemampuan berbahasa yang mencakup kesulitan dalam berbicara, memahami pembicaraan, membaca, maupun menulis, kondisi ini umumnya disebabkan oleh kerusakan pada pusat bahasa di hemisfer serebri kiri, khususnya pada area yang diperdarahi oleh arteri serebri media kiri, afasia sering kali ditemukan pada pasien pascastroke yang mengalami lesi pada wilayah tersebut Afasia dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Afasia motorik

Afasia motorik atau afasia ekspresif merupakan gangguan bahasa yang terjadi akibat kerusakan pada area Broca yang terletak di lobus frontal otak. Pada kondisi ini, individu umumnya masih mampu memahami pembicaraan orang lain, namun mengalami kesulitan dalam mengekspresikan pikiran secara verbal, termasuk dalam merangkai kata dan menghasilkan ujaran yang terstruktur.

2) Afasia sensorik

Kerusakan pada area Wernicke yang berada di lobus temporalis dapat menyebabkan afasia reseptif (sensorik), yakni gangguan pemahaman bahasa lisan. Meskipun kemampuan verbal pasien untuk berbicara tetap utuh, isi pembicaraan yang diungkapkan sering kali tidak relevan atau tidak koheren karena ketidakmampuan memahami stimulus auditori secara adekuat.

3) Afasia global

Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

- e. Disartria (bicara cedel atau pelo) Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

- f. Gangguan penglihatan, diplopia.

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glotis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

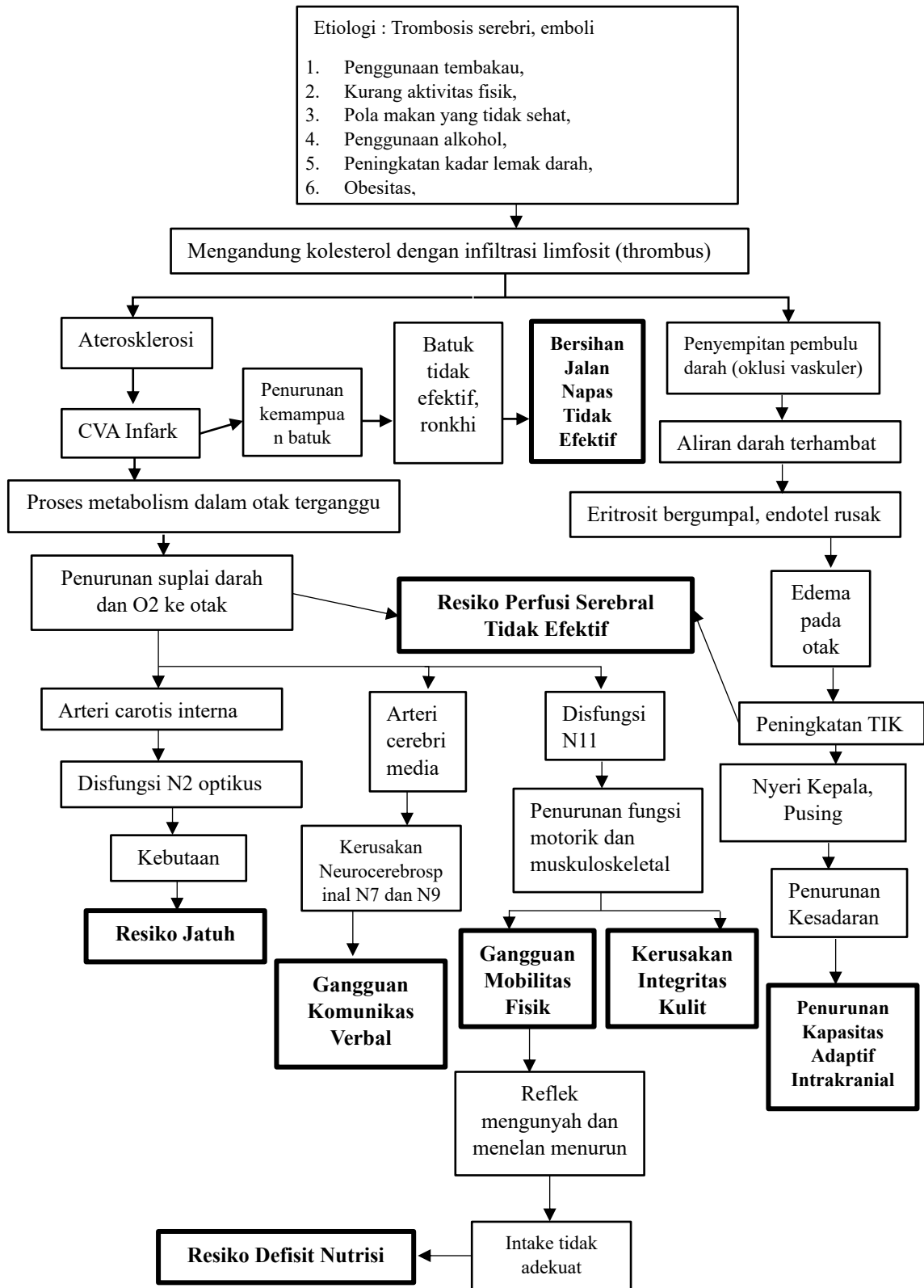
5. Patofisiologi

Infark serebri umumnya terjadi akibat proses trombosis yang dipicu oleh adanya aterosklerosis, khususnya ketika terbentuk plak ateromatosa di area percabangan arteri serebral. Plak ini menjadi tempat adhesi trombosit dan deposisi fibrin, yang secara bertahap memperbesar ukuran plak hingga membentuk trombus yang menghambat aliran darah ke jaringan otak (Hui *et al.*, 2025).

Trombus atau emboli yang terbentuk di dalam sistem vaskular dapat terlepas dan menyumbat pembuluh darah di area distal, menghambat aliran darah ke jaringan otak, kondisi ini menyebabkan penurunan suplai oksigen dan glukosa ke sel-sel otak. Kekurangan oksigen (hipoksia) dan glukosa akan memicu terjadinya asidosis, yang kemudian menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit intraseluler, ditandai dengan masuknya natrium, klorida, dan air ke dalam sel serta keluarnya kalium. Akibatnya, terjadi edema serebral lokal. Selanjutnya, peningkatan konsentrasi kalsium intraseluler dapat mengaktifasi produksi radikal bebas yang merusak membran sel. Proses ini mengarah pada kerusakan seluler progresif, gangguan neurologis, hingga kematian jaringan otak (Noda *et al.*, 2021).

Manifestasi klinis stroke dapat menunjukkan variabilitas pada CVA iskemik biasanya disertai dengan kelemahan atau kelumpuhan pada separuh bagian tubuh, hilangnya sensitivitas secara tiba-tiba, bicara cadel, gangguan penglihatan, asimetri wajah, defisit memori (Aulyra Familah *et al.*, 2024).

6. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Stroke Non Hemorrhagic

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke disesuaikan dengan etiologi yang mendasarinya dan dapat melibatkan terapi farmakologis, tindakan radiologi intervensional, maupun prosedur bedah. Pada stroke iskemik, fokus utama terapi adalah meningkatkan perfusi serebral, melisiskan trombus, serta mencegah kejadian trombotik berulang. Strategi ini ditujukan untuk mempertahankan jaringan otak yang masih viabel dan mencegah kerusakan neurologis lanjutan. Sementara itu, pada stroke hemoragik, intervensi terapeutik diarahkan untuk mencegah cedera sekunder melalui kontrol tekanan intrakranial, penanganan vasospasme, serta upaya mencegah perdarahan ulang.

a. Farmakologis

- 1) Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intraarterial.
- 2) Pemberian antitrombotik bertujuan untuk mencegah terbentuknya trombus atau terjadinya emboli, sedangkan diuretik digunakan untuk membantu mengurangi edema serebri yang dapat memperberat kondisi neurologis pasien
- 3) Antikoagulan
- 4) Heparin untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut
- 5) Diuretik: Untuk mengurangi edema serebral

b. Non Farmakologis

Berikut ini beberapa jenis terapi yang dapat dijalankan terkait proses pemulihan kondisi pasca CVA :

1) Terapi Wicara

Terapi wicara berperan penting dalam membantu individu memulihkan kemampuan fungsi oral, seperti mengunyah, berbicara, serta memahami bahasa, yang mungkin mengalami gangguan akibat kondisi medis tertentu.

2) Fisioterapi

Kegunaan metode fisioterapi yang digunakan untuk menangani kondisi CVA stadium akut bertujuan untuk :

- (a) Mencegah komplikasi pada fungsi paru akibat tirah baring yang lama
- (b) Menghambat spastisitas, pola sinergis ketika ada peningkatan tonus
- (c) Mengurangi edema pada anggota gerak atas dan bawah sisi sakit
- (d) Merangsang timbulnya tonus ke arah normal, pola gerak dan koordinasi gerak
- (e) Meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional (Irfan, 2016).

3) Akupuntur

Akupuntur merupakan metode penyembuhan dengan cara memasukkan jarum di titik-titik tertentu pada tubuh penderita CVA. Akupuntur dapat mempersingkat waktu penyembuhan dan pemulihan gerak motorik serta keterampilan sehari-hari.

4) Terapi Ozon

Terapi ozon diketahui memiliki berbagai manfaat dalam bidang neurologi dan kardiovaskular, antara lain membantu memperlancar aliran darah ke otak, mencegah serta mengurangi penyempitan pembuluh darah serebral, dan melindungi jaringan otak dari kerusakan akibat hipoksia. Selain itu, terapi ini juga berperan dalam proses rehabilitasi pasien pasca stroke (CVA) guna memulihkan fungsi organ yang mengalami gangguan. Secara sistemik, terapi ozon turut berkontribusi dalam meningkatkan respons imun tubuh serta membantu menstabilkan kadar kolesterol dan tekanan darah

5) Terapi Sonolisis (Sonolysis Therapy)

Sonolisis merupakan suatu bentuk terapi non-farmakologis yang menggunakan gelombang ultrasound dengan tujuan menghancurkan sumbatan pada pembuluh darah menjadi partikel-partikel mikroskopis. Pendekatan ini bertujuan untuk mengurangi risiko terbentuknya oklusi baru di lokasi lain dalam sistem vaskular.

B. Konsep Terapi Genggam Bola Karet

1. Pengertian Genggam Bola Karet

Menurut Putro et al., (2024) Latihan genggam bola karet merupakan salah satu bentuk latihan gerak aktif yang direkomendasikan bagi pasien pascastroke guna mengoptimalkan pemulihan fungsi motorik tangan.

Aktivitas meremas bola karet berperan dalam menstimulasi kontraksi otot serta meningkatkan konektivitas antara sistem saraf pusat dan otot perifer.

Penggunaan bola dengan tekstur lentur dan permukaan halus juga memberikan rangsangan sensorik yang dapat mempercepat proses rehabilitasi neuromuskular melalui aktivasi serabut-serabut otot tangan. Pada penelitian yang dilakukan (Ramadhanti Khaliri & Waliyanti, 2023) selama 4 hari didapatkan bahwa kekuatan otot klien mengalami kenaikan. Adanya kontraksi otot tangan akan membuat otot tangan menjadi lebih kuat karena terjadi kontraksi yang dihasilkan oleh peningkatan motorik unit yang diproduksi asetilcholin (zat kimia yang dilepaskan oleh neuron motorik sistem saraf untuk mengaktifkan otot) (Ilham Darmawan, Indhitri Utami, 2024).

2. Tujuan Genggam Bola Karet

Latihan genggam bola memberikan intervensi langsung pada ekstremitas atas yang mengalami penurunan kekuatan otot. Bola yang digunakan yakni bola empuk yang digenggam untuk diremas-remas oleh tangan penderita stroke. Latihan ini dapat meningkatkan kekuatan gerak dan fungsinya, dapat menopang stabilitas dan mobilitas pergelangan dan jari-jari (Putro et al., 2024).

3. Prosedur Tindakan Genggam Bola Karet

Tabel 2.1 Prosedur Genggam Bola Karet

Indikasi	Pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada ekstermitas atas
Prosedur Pelaksanaan	<p>A. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan klien dengan posisi senyaman mungkin 2. Anjurkan pasien untuk pemanasan berupa menggerakkan siku mendekati lengan atas (fleksi), meluruskan kembali lengan atas (ekstensi) 3. Letakkan bola karet diatas telapak tangan klien yang mengalami kelemahan 4. Instruksikan pasien untuk menggenggam atau mencengkeram bola karet 5. Kemudian minta pasien untuk mengendurkan genggamannya atau cengkramannya bola karet 6. Instruksikan pasien untuk mengulangi menggenggam atau mencengkeram bola karet, lakukan secara berulang selama durasi 10-15menit <p>B. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil tindakan dengan menilai kekuatan otot jari tangan dengan skala 0 – 5 <p>Keterangan:</p> <p>0 : Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali.</p> <p>1 : Terdapat kontraksi otot atau tonus otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali.</p> <p>2 : Mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi.</p> <p>3 : Mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi secara penuh dan melawan tahanan sedang</p> <p>4 : Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang</p> <p>5 : Mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal</p>

-
2. Mengajukan klien untuk melakukan kembali intervensi menggenggam bola karet dengan diulangi 5-7 kali selama 10-15 menit/ 2 set secara mandiri
 3. Berpamitan dengan klien
 4. Membereskan alat
 5. Mencuci tangan
 6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
-

Sumber : (Kesehatan, Jurusan, & Keperawatan)

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengertian

Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2018).

2. Data Mayor dan Data Minor

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) DPP PPNI (2017), gejala dan tanda dari gangguan mobilitas fisik terbagi menjadi dua kategori, yaitu gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor, yang digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan secara objektif dan subjektif.

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan Tanda Mayor			
<i>Subjektif</i>		<i>Objektif</i>	
1. Mengeluh menggerakkan ekstremitas	sulit	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun	
Gejala dan Tanda Minor			
<i>Subjektif</i>		<i>Objektif</i>	
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	

3. Faktor Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019), gangguan mobilitas fisik dapat disebabkan oleh berbagai kondisi yang mengganggu struktur dan fungsi normal kulit serta jaringan di bawahnya. Faktor-faktor penyebab tersebut antara lain :

1. Kerusakan integritas 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 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

4. Luaran Keperawatan

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) faktor penyebab diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi :

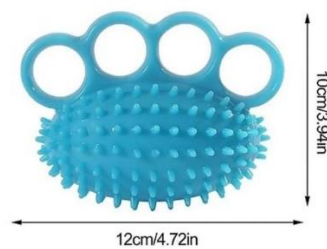
Tabel 2.3 Luaran Keperawatan Mobilitas Fisik

Mobilitas Fisik	L.05042				
Definisi					
Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri					
Ekspektasi Meningkatkan					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5

5. Penatalaksanaan

Menggenggam bola karet merangsang sensorik raba halus dan tekanan ujung reseptor organ berkapsul yang merangsang ekstremitas atas (Putro *et al.*, 2024). Salah satu terapi non-obat yang bisa diberikan pada pasien stroke adalah latihan fisik berupa genggam bola karet. Latihan ini bertujuan untuk merangsang gerakan motorik tangan dengan cara

menggenggam bola yang lembut dan lentur. Tekstur bola yang halus dapat memicu otot tangan untuk berkontraksi. Kontraksi ini membuat otot tangan jadi lebih kuat karena meningkatnya aktivitas unit motorik yang menghasilkan zat kimia bernama asetilkolin—zat ini dilepaskan oleh saraf untuk menggerakkan otot. Pemulihan gerak tangan biasanya butuh waktu sekitar 4 minggu. Latihan yang bisa membantu, antara lain menggenggam, mencengkram, menggerakkan, dan melepaskan benda (Ghaziani & Henkel, 2017). Latihan genggam bola karet sebaiknya dilakukan selama 10–15 menit tiap dua hari sekali.



Gambar 2.2 Gambar Genggam Bola Karet

D. Asuhan Keperawatan

1. Fokus Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017). Dalam pengkajian keperawatan meliputi pengumpulan data sebagai berikut :

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk RS, nomor register dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Stroke non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar dan biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, dan mengalami gangguan mobilitas fisik serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan CVA seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi bicara pelo, sulit berkomunikasi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsioral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau CVA sebelumnya

f. Riwayat psikososial-spiritual

Biasanya pasien mengalami perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi. Rasa cemas pada pasien mengakibatkan kegelisahan, kegelisahan tersebut mengakibatkan gangguan dalam melakukan pelaksanaan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.

g. Pola fungsi kesehatan

1) Pola nutrisi

Nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap, cabai, garam, cuka) pada lidah, tenggorokan, pipi, disfagia ditandai dengan klien kesulitan dalam menelan.

2) Pola eliminasi

Biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Sedangkan pada eliminasi urine terjadi retensi urin.

3) Pola istirahat tidur

Biasanya pasien sering terbangun karena mimpi buruk, sulit tidur, tidak merasa segar setelah bangun

4) Pola aktivitas

Dalam beraktivitas pasien mengalami kesulitan melakukan gerakan karena pada pasien hemiplegia akan mengalami kelumpuhan pada salah satu anggota gerak, sedangkan pada pasien hemiparesis rentang dalam bergerak karena salah satu tangan, kaki atau wajah mengalami kelumpuhan sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik.

h. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Pada pasien CVA biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10-12 pada awal terserang CVA.

2) Rambut

Biasanya kepala kotor, berketombe, penyebaran rambut tidak merata

3) Wajah

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan pucat.

4) Mata

Terkadang pada pasien CVA konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil tidak isokor dan tidak ada edema pascapelopak mata).

5) Hidung

Terkadang pada pasien CVA tidak dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang bias menyebutkan bau, dan biasanya ketajaman penciuman hidung kiri dan kanan berbeda.

6) Mulut dan gigi

Terkadang pada pasien CVA mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering, peradangan pada gusi. Pasien CVA biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

7) Telinga

Biasanya tampak kotor

8) Leher

Biasanya pasien CVA mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif.

9) Abdomen

Biasanya simetris, tidak asites dan bising usus tidak terdengar

10) Ekstermitas

Biasanya mengalami kelemahan atau kelumpuhan (Rosjidi. 2017).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, diagnosa yang mungkin muncul pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik adalah :

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema cerebral akibat stroke non hemoragik d.d Bradikardi, tekanan darah meningkat, pola napas ireguler, Tingkat kesadaran menurun GCS 4,4,6
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuscular (CVA Infark) d.d sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, fisik lemah
- c. Resiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien baik secara individu atau perorangan, keluarga, dan komunitas. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Penyusunan intervensi keperawatan terdiri dari beberapa tahapan yang perlu dilakukan, yaitu menetapkan prioritas masalah keperawatan, merumuskan tujuan keperawatan, kriteria hasil yang ingin dicapai, serta merencanakan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan prioritas merupakan diagnosis utama yang menjadi fokus intervensi keperawatan karena berhubungan langsung dengan kebutuhan pasien yang paling mendesak.

- A. Penentuan diagnosa prioritas dilakukan berdasarkan tingkat urgensi masalah
- B. Risiko komplikasi,
- C. Serta dampaknya terhadap kondisi fisiologis dan psikologis pasien.

Dalam praktik klinis, prioritas ditentukan dengan mempertimbangkan prinsip ABC (Airway, Breathing, Circulation), keselamatan pasien, dan kebutuhan dasar lainnya yang terancam (Potter et al., 2021).

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah disusun, maka tindakan keperawatan yang dapat direncanakan sebagai berikut :

Tabel 2.4 Luaran dan Intervensi Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

No	Dignosa Keperawatan	Intervensi		
		SLKI		SIKI
1.	D.0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	L.06049 Kapasitas Adaptif Intrakranial	Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat	I.06194 Manajemen Tekanan Intrakranial Peningkatan
		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat dengan kriteria hasil :		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 MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)
		1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun		

No	Dignosa Keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
		3. Bradikaria menurun	4. Monitor CVP (central venous pressure)
		4. Tekanan darah membaik	5. Monitor PAWP, jika perlu
		5. Tekanan nadi membaik	6. Monitor PAP, jika perlu
		6. Pola napas membaik	7. Monitor ICP (intra cranial pressure)
		7. Respon murid membaik	8. Monitor gelombang ICP
		8. Refleks neurologis membaik	9. Monitor status pernapasan
			10. Monitor intake dan output cairan
			11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
			Terapeutik:
			1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
			2. Berikan posisi semi fowler
			3. Hindari manuver valsava
			4. Cegah terjadinya kejang
			5. Hindari penggunaan PEEP
			6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
			7. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal
			8. Pertahankan suhu tubuh normal
			Kolaborasi:
			1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
			2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
			3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Tabel 2.5 Luaran dan Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik

No	Dignosa Keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
2.	D.0054	L.05042 Mobilitas Fisik	I.05173 Dukungan Mobilisasi
	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi:
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuscular (CVA Non Hemoragik) d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, fisik nampak lemah	1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan terbatas menurun	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
			Terapeutik:
			5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

No	Dignosa Keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
	5. Kelemahan fisik menurun		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 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)

Tabel 2.6 Luaran dan Intervensi Resiko Defisit Nutrisi

No	Dignosa Keperawatan		Intervensi	
			SLKI	SIKI
3.	D.0032		L.02014 Status Nutrisi	I.03119 Manajemen Nutrisi
	Resiko Nutrisi	Defisit	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot penguyah meningkat 2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Serum albumin 4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 5. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang sehat meningkat 8. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang sehat meningkat 9. Penyiapan dari penyimpanan minuman yang sehat meningkat 10. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 11. Perasaan cepat kenyang menurun 12. Nyeri abdomen menurun 13. Sariawan menurun 14. Rambut rontok menurun 15. Diare menurun 16. Berat badan membaik 17. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

No	Dignosa Keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
		18. Frekuensi membaik	makan
		19. Nafsu membaik	makan
		20. Bising membaik	usus
		21. Tebal lipatan trisep membaik	kulit
		22. Membran membaik	mukosa

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami, sehingga dapat mencapai kondisi kesehatan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan intervensi keperawatan mencakup keterlibatan aktif klien, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, pemberian tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien, serta penyuluhan kepada klien dan keluarga mengenai keterampilan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (Bustan & P, 2023).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan terbagi atas dua bentuk, yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Keduanya memiliki tujuan yang sama, yakni mengidentifikasi ketercapaian dari tujuan keperawatan (Cahaya et al., 2023).

- a. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP.
 - 2) S (Subjective) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien,
 - 3) O (Objective) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga,
 - 4) A (Analysis) yaitu perawat melakukan analisis dari interpretasi setiap data subjektif dan objektif yang diperlihatkan oleh klien, keluarga atau komunitas. Perawat memantau data objektif dan subjektif sesuai tidaknya dengan kriteria hasil dari rumusan

diagnosis keperawatan, atau kemungkinan munculnya masalah kesehatan baru. Sebanyak empat pilihan untuk tahap analisis, yakni masalah belum teratasi, teratasi sebagian, muncul masalah baru dan teratasi.

- 5) P (Planning) yaitu perencanaan tergantung pada hasil analisis yang diperoleh. Bila analisis menunjukkan bahwa masalah teratasi dan kurun waktu rawat pasien di rumah sakit telah selesai (tujuan tercapai), maka perawat menuliskan perencanaan selesai atau dihentikan. Namun bila dalam kurun waktu yang ditentukan di tujuan, belum ada perubahan maka perencanaan bisa dibatalkan karena ada masalah baru ditambah atau dimodifikasi.
- b. Evaluasi sumatif yakni evaluasi respons (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan (Pangandaheng et al., 2023).
- c. Hasil evaluasi keperawatan
1. Tujuan tercapai
Jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan
 2. Tujuan tercapai Sebagian
Jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
 3. Tujuan belum tercapai

klien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali atau dapat timbul masalah baru (Patriyani et al., 2023).