

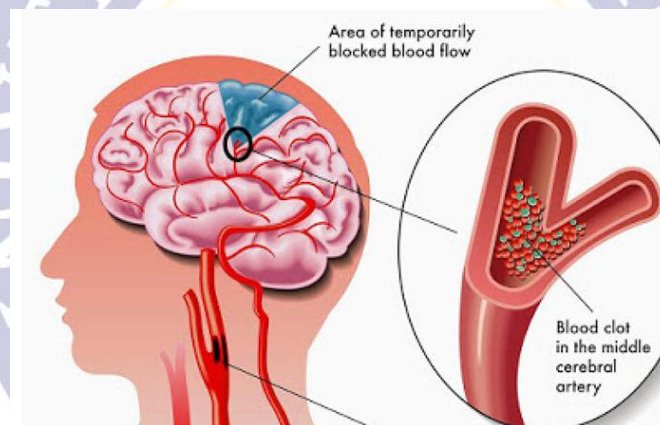
## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### A. Konsep medis

##### 1. Pengertian

Stroke non hemoragik adalah suatu gangguan pada otak karena terhentinya atau tersumbatnya aliran darah ke otak akibat dari iskemik, trombosis, emboli dan penyempitan lumen seperti yang tertera pada gambar 2.1. Pada umumnya pasien stroke non hemoragik akan mengalami gangguan sensoris dan motoris yang mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, serta hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur hemiparasis (Fredy et al., 2024)



Gambar 2.1. Penyumbatan Otak

Secara mekanisme vaskuler stroke dapat dibagi menjadi dua tipe utama yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (iskemik). Stroke non hemoragik diakibatkan oleh penyumbatan pada aliran darah akibat dari trombosis maupun emboli sedangkan tipe kedua yaitu stroke hemoragik diakibatkan oleh pembuluh darah yang pecah dan mengakibatkan pendarahan. Stroke non hemoragik menjadi tipe stroke paling sering dijumpai dengan angka kejadian 87% sementara stroke hemoragik 13% (Haiga et al., 2022).

Stroke Non hemoragik pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang akhirnya menyebabkan terhentinya pasokan dan glukosa ke otak. Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak

terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder

## 2. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya stroke Non Hemoragik menurut (Muttaqin, 2008) yaitu:

### a. Trombosis (Bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak)

Trombus yang lepas dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih distal disebut embolus.

### b. Embolisme Cerebral (Bekuan darah atau material lain)

Emboli merupakan 5-15 % dari penyebab stroke. Dari penelitian epidemiologi didapatkan bahwa sekitar 50 % dari semua serangan iskemik otak, apakah yang permanen atau yang transien, diakibatkan oleh komplikasi trombotik atau embolik dari ateroma, yang merupakan kelainan dari arteri ukuran besar atau sedang, dan sekitar 25 % disebabkan oleh penyakit pembuluh darah kecil di intyrakranial dan 20 % oleh emboli jantung. Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolesterol, lemak, fibrin trombosit, udara, tumor, metastase, bakteri, benda asing. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya bergabung didalam sebuah arteri.

### c. Hemoragik Cerebral (Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perlahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)

Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara, atau sensasi baik sementara atau permanen.

### d. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak)

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

## 3. Patofisiologis

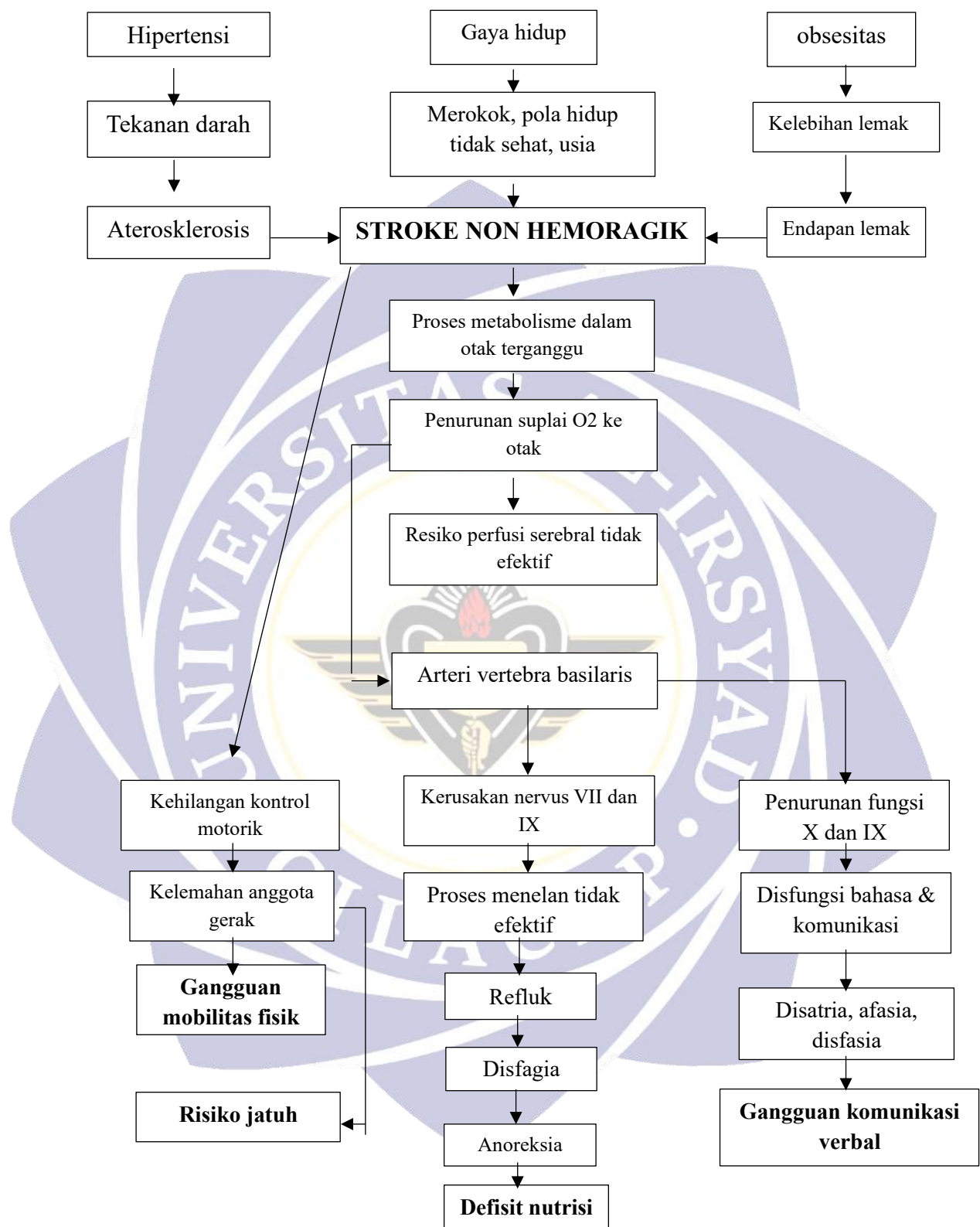
Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya

melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati.

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada di tubuh seperti: penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot - otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi.

#### 4. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Stroke Non Hemoragik. Sumber: Muttaqin (2012), Wijaya

& Putri (2013), Bustan (2015), Dharma (2018), Haryono & Utami(2019), Padila (2019), Gofir (2020)

## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Ayu (2018) ada stroke non hemoragik, gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologist secara mendadak/subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan biasanya kesadaran tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar, biasanya terjadi pada usia > 50 tahun. Manifestasi klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- c. Perubahan status mental yang mendadak.
- d. Afasia (bicara tidak lancar).
- e. Ataksia anggota badan
- f. Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala.

Tanda dan gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, biasanya terjadi pada satu sisi tubuh. Sedangkan tanda dan gejala lainnya yaitu pusing, sakit kepala, rabun, kesulitan untuk berbicara, kesulitan jalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, pingsan atau kehilangan kesadaran. Tips yang mudah untuk mengenali tanda dan gejala stroke adalah dengan metode FAST dengan menilai hal-hal berikut ini:

- a. F = face dropping (wajah tampak terkulai) : Ketika menemukan sebelah sisi wajah yang tampak tidak normal, tidak simetris, gambaran senyum tidak simetris dan berlangsung mendadak atau dikeluhkan terasa baal (mati rasa) sesisi wajah, maka kecurigaan stroke meningkat. Gambaran wajah terkulai dikaitkan dengan hilangnya stimulasi saraf di otot sebelah sisi wajah. Saat rangsangan saraf hilang akibat kerusakan saraf karena stroke, maka otot tidak dapat diperintahkan untuk bergerak. Dengan begitu, sebelah sisi wajah tampak “jatuh”.
- b. A = arm weakness (kelemahan lengan) ; Jika suspek penderita stroke tiba-tiba mengeluhkan sebelah lengannya mendadak lemah atau terasa baal disebelah lengan, maka kecurigaan stroke meningkat. Jika suspek penderita masih ragu dengan hasilnya maka bisa ditentukan dengan cara berikut: instruksikan suspek penderita stroke untuk mengangkat kedua tangannya dengan tinggi ke atas. Bila

sebelah tangan tampak tertinggal atau tidak mampu mencapai level yang sama dengan tangan satunya, kemungkinan telah terjadi stroke.

- c. S = speech difficulty (kesulitan berbicara) ; Gangguan bicara yang terjadi mendadak adalah salah satu gejala paling khas dari stroke. Bila suspek penderita tiba-tiba tidak mampu berbicara dengan lancar dan terbata-bata, kemungkinan itu stroke.
- d. T = time to call 119 (saatnya memanggil bantuan) ; Langkah selanjutnya bila telah menemukan tiga gejala di atas adalah segera menghubungi bantuan gawat darurat. Di Indonesia, nomor telepon untuk memanggil ambulans adalah 118 dan 119 atau bisa menghubungi petugas kesehatan terdekat demi memastikan mereka sampai dengan cepat. Saat menghubungi petugas, jangan lupa menjelaskan kondisi yang dihadapi, yaitu menemukan suspek penderita stroke. Hal ini penting karena akan menimbulkan urgensi dan kesadaran untuk segera datang, selain petugas kesehatan juga dapat mempersiapkan pengobatan yang dibutuhkan.

#### 6. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan medis menurut Muttaqin (2008) yaitu:

##### a. Penatalaksanaan medis

- 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral, tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
- 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

##### b. Pengobatan

- 1) Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut
- 2) Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
- 3) Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral

##### c. Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

## **B. Konsep teori masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik**

### **1. Pengertian gangguan mobilitas fisik**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI., 2017).

### **2. Penyebab gangguan mobilitas fisik**

Penyebab utama imobilisasi fisik adalah nyeri, lemah, kekuatan otot, ketidakseimbangan, dan masalah psikologis. Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI., 2017), mobilisasi adalah pasien yang mengalami kesulitan dan membolak-balik posisi, keterbatasan dalam kemampuan melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang pergerakan sendi.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017) Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Penurunan kendali otot
- c. Penurunan kekuatan otot
- d. Kontraktur
- e. Kekakuan sendi
- f. Gangguan musculoskeletal
- g. Gangguan neuromuskuler
- h. Tidak mau melakukan pergerakan

### **3. Tanda Dan Gejala**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI., 2017) adapun tanda gejala pada hambatan mobilitas fisik sebagai berikut :

- a. Tanda dan gejala mayor
  - 1) Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
  - 2) Objektif : Kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun
- b. Tanda dan gejala minor
  - 1) Subjektif
    - a) Nyeri saat bergerak
    - b) Tidak mau melakukan pergerakan
    - c) Merasa cemas saat bergerak
  - 2) Objektif
    - a) Sendi kaku dan gerak terbatas
    - b) Fisik lemah

#### 4. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Hasanah,2019) penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik sebagai berikut:

a. Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot, ketahanan otot, dan fleksibilitas sendi. Posisi-posisi tersebut yaitu :

- 1) Posisi fowler yaitu posisi setengah duduk atau duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan.
- 2) Posisi litotomi yaitu posisi berbaring terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut.
- 3) Posisi dorsal recumbent yaitu posisi berbaring terlentang dengan kedua lutut flexi (ditarik atau diregangkan).
- 4) Posisi supinasi yaitu posisi berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi dengan menggunakan bantal.
- 5) Posisi pronasi yaitu posisi berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesamping
- 6) Posisi lateral yaitu posisi berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping.
- 7) Posisi sim yaitu posisi miring ke kanan atau ke kiri.
- 8) Posisi Trendelenburg yaitu posisi berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari pada bagian kaki.

b. Ambulasi dini

Salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya (Jaya et al., 2023)

c. Latihan isotonik dan isometrik

Latihan isometrik adalah untuk terapi latihan sebagai metode untuk mencegah atrofi dan meningkatkan hipertropi otot untuk meningkatkan kekuatan. Latihan isotonik berkaitan dengan menggerakkan beban sehingga menghasilkan tegangan sebaliknya isometrik yaitu kontraksi yang menghasilkan tegangan tanpa disertai pergerakan (Arrody et al., 2019).

d. Latihan ROM aktif dan pasif menurut (Agusrianto & Rantesigi, 2020)

- 1) Latihan ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan sendiri oleh pasien dengan menggunakan energi sendiri
- 2) Latihan ROM pasif yaitu gerakan yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat biasanya untuk pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilitas, pasien tirah baring total. Adapun syarat-syarat melakukan Latihan gerak ROM

Adapun syarat-syarat melakukan Latihan gerak ROM (Hasdiana, 2020) yaitu :

- 1) Indikasi : stroke atau penurunan tingkat kesadaran, kelemahan otot, fase rehabilitasi fisik, dan pasien dengan tirah baring.
- 2) Kontraindikasi : kelainan sendi atau tulang, nyeri berat, trauma baru kemungkinan ada fraktur yang tersembunyi.

e. Pemeriksaan kekuatan otot

Pengukuran kekuatan otot manual menggunakan skala 0-5

- 1) Angka 0 : Tidak ada kontraksi otot yang terlihat. Pasien tidak mampu menggerakkan otot. Biasanya dialami pasien paralisis otot (setelah stroke, cedera saraf tulang belakang, atau radikulopati servikal atau lumbal). Terkadang nyeri dapat mencegah otot untuk berkontraksi.
- 2) Angka 1 : Ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan (kontraksi diketahui dengan perabaan/sentuhan). Dalam hal ini, otot tidak cukup kuat untuk mengangkat bagian tubuh tertentu melawan gravitasi.
- 3) Angkak 2 : Otot dapat berkontraksi, tetapi tidak dapat sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi. Akan tetapi ketika gravitasi berkurang atau tidak ada (pada perubahan posisi tubuh), bagian tubuh tersebut dapat bergerak sepenuhnya.
- 4) Angka 3: Otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan menggerakkan bagian tubuh ke segala arah melawan gravitasi. Tetapi ketika diberi tahanan, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi.
- 5) Angka 4 : Otot dapat berkontraksi dan memberikan tahanan, akan tetapi ketika diberi tahanan maksimal, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi.
- 6) Angka 5 : Otot berfungsi normal dan dapat mempertahankan posisinya ketika diberi tahanan maksimal

f. Konsep ROM

### 1) Pengertian ROM

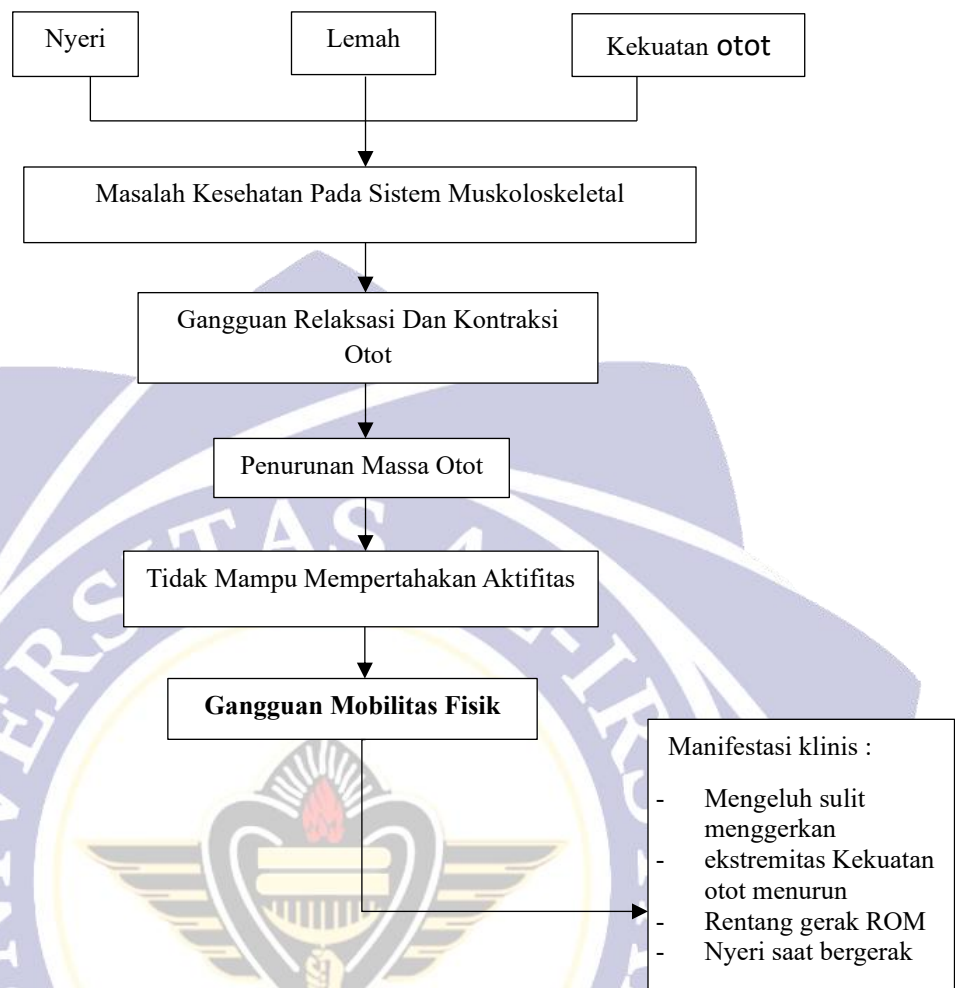
Range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Melakukan mobilisasi persendian dengan latihan ROM dapat mencegah berbagai komplikasi seperti nyeri karena tekanan, kontraktur, dekubitus sehingga mobilisasi dini penting dilakukan secara rutin (Aryanti et al., 2023).

### 2) Mamfaat ROM

Menurut (Hasdiana, 2020) manfaat dari ROM 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 sirkulus darah
- e) Memperbaiki tonus otot
- f) Meningkatkan mobilisasi sendi
- g) Memperbaiki toleransi otot

## 5. Pathways/Pohon Masalah



Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

Bagan 2. 3 Pathways diagnosa keperawatan

## C. ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian Diagnosa Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hal – hal yang perlu dikaji antara lain (Agussalim, 2020)

Anamnesis

#### a. Pengkajian keperawatan

##### 1) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur (sering terjadi pada usia tua), pendidikan, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Mengalami kelemahan atau rasa kebas di sebagian tubuh, terutama pada wajah dan salah satu tangan dan kaki, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan kesadaran, dan kelemahan terjadi tiba-tiba saat beraktivitas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering terjadi tiba-tiba, biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti kongulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus, hipertensi, atau stroke pada generasi sebelumnya

6) Pengkajian psikososiospiritual

Menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang di deritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam keluarga maupun masyarakat.

7) Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional :

- a) Pola persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan menggambarkan persepsi terhadap kesehatan, upaya pencegahan yang telah dilakukan oleh pasien
- b) Pola Eliminasi menjelaskan Pola fungsi ekskresi fees, urin dan kulit.
- c) Pola Nutrisi menjelaskan masalah keseimbangan nutrisi pasien
- d) Pola tidur dan aktivitas pasien, masalah-masalah terkait dengan istirahat tidur.
- e) Pola Aktivitas dan Latihan  
Pasien stroke sering kali mengalami gangguan pola aktivitas dan latihan, seperti tidak bisa bergerak bebas karena mengalami hemiparesis. Pasien

stroke yang mengalami hemiparesis dibagian tangan dapat diberikan latihan ROM pasif agar otot-otot yang mengalami kelemahan dapat meningkat kekuatannya.

f) Pola Konsep Diri

Pasien memandang bahwa dirinya akan selalu menjadi beban dan merepotkan orang-orang sekitarnya karena penyakit yang dialaminya.

g) Pola Kognitif Perseptual

Pasien stroke biasanya mengeluh pengelihatn kabur, pasien juga mengeluh mati rasa pada bagian tubuh yang mengalami hemiparesis.

h) Pola Hubungan

Peran Peran dan hubungan pasien dengan orang disekitar dengan masalah masalah kesehatan yang dialami.

i) Pola Seksualitas mengkajian apakah ada dampak dari sakit terhadap seksualitas, riwayat penyakit yang berhubungan dengan seksualitas.

j) Pola Mekanisme Koping Cara pasien dalam penyelesaian masalah dan mengatasi perubahan yang terjadi.

k) Pola Nilai dan Kepercayaan Nilai keyakinan dan pelaksanaan ibadah yang dilakukan pasien.

8) Pengkajian neurologis

a) Status mental Tingkat kesadaran, pemeriksaan kemampuan berbicara, orientasi (tempat, waktu, orang), penilaian daya pertimbangan, penilaian daya obstruksi, penilaian kosakata, daya ingat, berhitung dan mengenal benda.

b) Nervus kranialis Olfaktorius (penciuman), optikus (pengelihatn), okulomotoris (gerak mata, kontraksi pupil, troklear (gerak mata), trigeminus ( sensasi pada wajah, kulit kepala, gigi, mengunyah), abduksen (gerak mata), fasialis (pengecapn), vestibulokoklearis (pendengaran dan keseimbangan), aksesoris spinal (fonasi, gerak kepala, leher, bahu), hipoglossus (gerak lidah).

c) Fungsi motorik Masa otot, kekuatan dan tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan , abduksi Masa otot, kekuatan dan tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan , abduksi lengan dan adduksi lengan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, adduksi dan abduksi jari.

9) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan tanda-tanda vital :

- (1) Tekanan darah : Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau tekanan darah pasien, karena hipertensi merupakan salah satu faktor penyebab stroke.
- (2) Tekanan respirasi : Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau pola respirasi pasien karena pada pasien stroke sangat sensitif sekali terhadap oksigen.

b) Status Gizi : BB (Berat Badan) dan TB (Tinggi Badan)

c) Pemeriksaan Heat to toe

- (1) Kepala dan rambut : kebersihan dan warna rambut
- (2) Mata : konjungtiva dan ada atau tidaknya penggunaan alat bantu
- (3) Hidung : kebersihan dan fungsi pembau
- (4) Mulut : kebersihan dan kelengkapan gigi
- (5) Telinga : kebersihan dan fungsi pendengaran
- (6) Leher : ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid

d) Pemeriksaan Dada

- (1) Inpeksi : ada tidaknya kesimetrisan
- (2) Palpasi : ada tidaknya nyeri dan massa
- (3) Perkusi : batas paru normal
- (4) Auskultasi : ada tidaknya bunyi suara tambahan.

e) Pemeriksaan adbdomen

- (1) Inpeksi : ada tidaknya jaringan perut, kesimetrisan dan 20 dan benjolan
- (2) Auskultasi: peristaltik perut dan bising usus
- (3) Perkusi : ada tidaknya nyeri tekan dan nyeri perut
- (4) Palpasi : ada tidaknya pembesaran hati

f) Pemeriksaan ekstremitas untuk memeriksa kekuatan otot dengan tabel yang berikan sebelum dilakukannya tindakan dan sebelum dilakukannya tindakan.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien penderita gangguan stroke non hemoragik menurut Padila (2019) yaitu:

- 1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta.

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- 3) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
- 4) Risiko jatuh ditandai dengan kelemahan anggota gerak
- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

## 2. Intervensi

Intervensi yang digunakan menggunakan acuan SDKI, SLKI, dan SIKI (2019)

### a) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta.

Intervensi : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

- 1) Monitor tanda gejala peningkatan TIK (mis, tekanan daerah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas irreguler, kesadaran menurun.
- 2) Monitor status pernafasan
- 3) Monitor intake dan output cairan
- 4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 5) Beri posisi semi fowler
- 6) Pertahankan suhu tubuh normal
- 7) Pemberian obat sesuai anjuran dokter

### b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Intervensi : Dukungan Mobilisasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan gerakan
- 3) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi
- 4) Latihan mirror therapy
- 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 6) Fasilitasi melakukan pergerakan
- 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam
- 8) meningkatkan pergerakan
- 9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

### c) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Intervensi : Promosi Kesehatan Defisit Bicara

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)

- 3) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 4) Ulangi apa saja yang disampaikan pasien
- 5) Anjurkan berbicara perlahan
- 6) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

d) Risiko jatuh

Intervensi : pencegahan jatuh

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh
  - 2) Identifikasi risiko jatuh
  - 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
  - 4) Hitung risiko jatuh
  - 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
  - 6) Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga
  - 7) Pasang handrall tempat tidur
  - 8) Atur tempat tidur pada posisi terendah
  - 9) Anjurkan memanggil perawat
  - 10) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
- e) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Intervensi : Manajemen nutrisi

- 1) Identifikasi perlunya selang nasogastrik
- 2) Identifikasi makanan yang disukai
- 3) Identifikasi alergi atau intoleransi makanan
- 4) Monitor asupan makanan
- 5) Berikan makanan ketika masih hangat dan secara menarik
- 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 7) Anjurkan posisi duduk
- 8) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet yang tepat

3. Implementasi Keperawatan Sesuai EBP

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada rencana strategi untuk membantu dalam mencapai tujuan yang diinginkan.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi diagnosa prioritas gangguan mobilitas fisik adalah melakukan ROM (Range Of Motion). Range Of Motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan menggerakkan persendian dengan sempurna secara normal dan lengkap untuk meningkatkan kekuatan otot juga tonus otot.

Latihan ROM dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot, dimana latihan ini dapat dilakukan 3-4 kali selama 3 hari dengan durasi 25-30 menit oleh perawat atau keluarga pasien tanpa harus disediakan tempat khusus atau tambahan biaya bagi pasien, (Intan Nur, 2023). Latihan gerakan ROM menurut (Jendral, 2024) sebagai berikut :

- a. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan Fleksi yaitu gerak menekuk atau membengkokkan dan ekstensi yaitu gerakan untuk meluruskan, jadi fleksi pergelangan tangan yaitu gerakan menekuk ke arah dalam salah satu pergelangan tangan kanan dan kiri, sedangkan ekstensi pergelangan tangan yaitu gerakan meluruskan pergelangan tangan kiri atau kanan.
- b. Fleksi dan ekstensi siku Fleksi siku yaitu gerakan menekuk siku pada salah satu tangan kanan atau kiri, sedangkan ekstensi siku yaitu gerakan yang dilakukan dengan meluruskan ke depan.
- c. Pronasi dan supinasi lengan bawah Pronasi memutar tangan menghadap ke bawah sehingga jari-jari dan ulna lengan bersilangan, ini merupakan telapak tangan di atas permukaan yang rata, sedangkan supinasi memutar lengan bawah menghadap ke atas yang menghasilkan ulna jari-jari sejajar. Gerakan ini lebih kuat daripada pronasi
- d. Pronasi dan fleksi bahu Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya. Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya lalu angkat lengan pasien pada posisi semul.
- e. Abduksi dan adduksi Yaitu gerakan Adduksi adalah gerak mendekati tubuh. Abduksi merupakan lawan dari adduksi yaitu menjauhi tubuh.
- f. Rotasi bahu Yaitu atur posisi lengan menjauhi tubuh dengan siku menekuk, letakkan satu lengan orang lain di lengan atas dekat siku dan pegang tangannya dengan tangan yang lain. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah. Kembalikan posisi lengan ke posisi semula. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas. Kemudian kembalikan lengan

ke posisi semula. Atur posisi tangan di sisi tubuhnya, lalu letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. Angkat lengan pasien pada posisi semula.

- g. Fleksi dan ekstensi jari-jari yaitu Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tang lain memegang kaki. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang. kembalikan ke posisi semula
- h. Infersi dan efersi kaki yaitu pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya. Kembalikan ke posisi semula. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain. Kembalikan ke posisi semula.
- i. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki  
Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien. Kembalikan ke posisi semula. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
- j. Fleksi dan ekstensi lutut  
Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas. Kembali ke posisi semula

#### 4. Evaluasi Keperawatan

Tahap terakhir dari asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keefektifan keseluruhan proses asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dikatakan berhasil jika kriteria hasil yang telah ditentukan tercapai. (TIM POKJA SLKI DPP PPNI, 2019) pada tahap ini dibutuhkan data subjektif yaitu data yang berisi ungkapan, keluhan dari klien kemudian data objektif yang diperoleh dari pengukuran maupun penilaian perawat sesuai dengan kondisi yang tampak kemudian penilaian asesmen dan terakhir perencanaan atau planning, untuk mudah diingat biasanya menggunakan singkatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, dan Planning).

#### D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Perawat sebagai pemberi layanan langsung kepada klien diharapkan mampu melakukan aplikasi *Evidence Based Practice* (EBP) sehingga dapat mengoptimalkan kualitas asuhan (Mark & Patel, 2019; Noprianty, 2019; Purssell & Mccrae, 2020). Agar dapat melakukan hal tersebut, perawat diharapkan melakukan telusur literasi dan analisa jurnal dalam bentuk PICO (*population, Intervention, Comparison* dan *Outcomes*) serta jika memungkinkan perlu melakukan penelitian (Lambert & Housden, 2017; Shantanam & Mueller, 2018; Visanth.V.S, 2017).

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners Ini, penulis akan menggunakan *Evidence Based Practice* (EBP) mengenai pengaruh tindakan Range Of Motion (ROM) untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik. *Evidence Base Practice* dalam penelitian ini juga dimuat dalam beberapa jurnal, diantaranya

**Tabel 2.4 Evidence Based Practice (EBP)**

PENULIS	JUDUL	METODE	HASIL
Dian Andriani,Dkk (2021)	Pengaruh Range Of Motion (Rom) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke	Penelitian ini menggunakan jenis metode kuantitatif, dan desain penelitian Pre Experimental dengan pendekatan one group pre test - post test. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah penderita stroke yang berada di Daerah Ciamis yaitu sebanyak 44 orang. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sample "accidental sampling".	hasil penelitian disimpulkan bahwa latihan ROM dapat berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot pada penderita stroke. Dapat dilihat dari hasil penelitian ini bahwa nilai signifikan kekuatan otot sebelum dan sesudah pemberian intervensi Range Of Motion (ROM) dengan nilai 0.000.
Intan Nurcahya, dkk (2023)	Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien SNH	Penelitian ini menggunakan desain penelitian Pra Experimen one grub pra post test design, Teknik pengambilan sampel, accidental sampling. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa bivariat (Wilcoxon), dengan 36 responden yang dilakukan 3	Hasil penelitian menunjukkan, dengan rata rata kekuatan otot ekstermitas atas sebelum terapi 2.53 sesudah terapi 3.81 dan rata-rata kekuatan otot ekstermitas atas sebelum terapi 2.38 sesudah terapi 3.72. sedangkan nilai p value =

	kali dalam sehari selama 3 hari dengan durasi 25-30 menit.	0,000 yang lebih kecil dari $\alpha = (0,05)$ Yang menunjukkan ada pengaruh pemberian latihan range of motion (ROM) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik
--	--	---

Tri Antoni, dkk (2024)	Pengaruh Latihan Range Of Motion (Rom) Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Berlian Rs. Permata Hati Lampung Timur	Penelitian ini menggunakan rancangan praeksperiment dengan one group pretest posttest. Populasi yaitu seluruh pasien stroke non hemoragik yang dirawat di Ruang Rawat Inap Berlian RS. Permata Hati Lampung Timur, dengan jumlah sampel yaitu 28 orang, menggunakan accidental sampling.	Hasil analisis bivariat diperoleh adanya pengaruh latihan range of motion (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik (p-value= 0,000).
------------------------	---	--	---