

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN
STROKE INFARK DAN INTERVENSI LATIHAN GERAK
RANGE OF MOTION DI RUANG SANTOLO DI RUMAH
SAKIT DR SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**SITI MARYAM
KHGD24018**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROESI NERS
TAHUN 2024/2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

NAMA : Siti Maryam
NIM : KHGD24018
JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Stroke
Infark Dan Intervensi Latihan *Gerak Range Of Motion* Di
Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

KIA ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 21 Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Andri Nugraha, S.Kep.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : Siti Maryam
NIM : KHGD24018
JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Stroke
Infark Dan Intervensi Latihan Gerak *Range Of Motion* Di
Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan perbaikan
sidang akhir Karya Ilmiah Akhir

Garut, 21 Agustus 2025

Mengetahui,

Penguji I

Penguji II

Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep

Devi Ratnasari, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kep., Ns., M. Kep

Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 21 Agustus 2025

Siti Maryam

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN STROKE
INFARK DAN INTERVENSI LATIHAN GERAK *RANGE OF MOTION* DI
RUANG SANTOLO DI RUMAH SAKIT DR SLAMET GARUT**

Siti Maryam

ABSTRAK

Latar belakang : Stroke merupakan gangguan fungsi sistem saraf yang diakibatkan oleh terhambatnya aliran darah menuju otak. Gangguan ini muncul secara tiba-tiba dalam hitungan detik atau dapat berkembang dengan cepat dalam beberapa jam, disertai dengan gejala klinis yang mencerminkan bagian otak yang terdampak. Stroke non-hemoragik, atau dikenal juga sebagai stroke iskemik, merupakan jenis stroke yang paling banyak terjadi, dengan prevalensi mencapai sekitar 88% dari seluruh kasus stroke. Pada jenis ini, jaringan otak mengalami iskemia sebagai akibat dari penyumbatan atau penurunan suplai darah dan oksigen ke otak (Otot & Pasien, 2021). **Tujuan :** Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan *range of motion* (ROM) sebagai penataaksanaan latihan gerak pada pasien stroke infark. **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan melakukan anamesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catat medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa stroke infark yang diberikan terapi *range of motion*. **Hasil :** Hasil studi kasus pada pasien stroke infark dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik cukup efektif untuk membantu latihan gerak otot pada pasien stroke infark dengan *latihan range of motion* (ROM).

Kata kunci : Stroke Infark, *Range Of Motion* (ROM)

**ANALYSIS OF NURSING CARE IN NY. I WITH STROKE
INFARCTION AND RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE
INTERVENTION IN THE SANTOLO ROOM OF RSUD dr. SLAMET
GARUT**

Abstract

Background: Stroke is a neurological disorder caused by an interruption of blood flow to the brain. This condition can occur suddenly within seconds or develop rapidly within a few hours, accompanied by clinical symptoms reflecting the affected area of the brain. Non-hemorrhagic stroke, also known as ischemic stroke, is the most common type, accounting for approximately 88% of all stroke cases. In this type, brain tissue experiences ischemia due to blockage or reduced blood and oxygen supply to the brain (Otot & Pasien, 2021).

Objective: This case study aims to describe the application of Range of Motion (ROM) exercises as a movement therapy for patients with infarct stroke.

Method: The method used was a case study involving anamnesis, observation, physical examination, and medical record review. The participant in this study was a patient diagnosed with infarct stroke who received ROM therapy.

Result: The case study results showed that ROM exercises for infarct stroke patients with impaired physical mobility were quite effective in improving muscle movement.

Keyword : Stroke Infarction, Range Of Motion (ROM)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan ke khadirat illahi robbi, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul: “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. Y Dengan Hipertensi Menggunakan Intevernsi Terapi Akupresur Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut”. Dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah banyak bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak baik moril maupun materil, untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. DR H Hadiat.,MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H Suryadi, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Sri Yekti Widadi, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

5. Andri Nugraha, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan arahan penyelesaian KIAN ini dengan penuh kesabaran.
6. Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan untuk sempurnanya KIAN ini.
7. Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan untuk sempurnanya KIAN ini.
8. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Stikes Karsa Husada Garut.
9. Rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut yang senasib dan seperjuangan.

Kepada kedua orang tua saya, (Bapak Ali dan Ibu Wahyuni), saya haturkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas doa yang tak pernah berhenti, kesabaran yang tiada batas, dan kasih sayang yang senantiasa menguatkan dalam diam. Kalian adalah sumber kekuatan di saat semangat saya mulai melemah. Tanpa restu, doa, dan segala pengorbanan yang telah diberikan, saya tidak akan mampu berada di titik ini. Terima kasih karena selalu berusaha memberikan yang terbaik dalam setiap langkah hidup saya.

10. Kedua saudara penulis, A wildan dan Wafa yang telah memberikan dukungan, empati dan simpatinya serta doanya.

11. Terimakasih kepada Fahri Tri A telah menjadi sosok rumah yang selalu ada buat saya, telah berkontribusi banyak dalam penulisan ini, sudah mendengarkan keluh kesah saya sepanjang perjalanan ini. Terimakasih sudah telah menjadi bagian dari hidup saya. Semoga kita bisa sukses bersama dan dilancarkan segala urusannya.
12. Dan terakhir, untuk diri sendiri. Terimakasih Siti Maryam telah mampu bertahan dan berjuang sejauh ini. Terimakasih tetap milih berusaha sampai di titik ini. Semoga perjuangan ini menjadi awal menuju kesuksesan.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
Abstract	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Manfaat Penulisan.....	6
1.3.1 Manfaat Teoritis	6
1.4 Manfaat Praktis	6
1.4.1 Sistematika Penulisan.....	7
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI	9
2.1 Konsep Dasar Stroke.....	9
2.2.1 Definisi Stroke	9
2.2.2 Etiologi Stroke	10
2.2.3 Faktor Resiko Stroke.....	11
2.2.4 Klasifikasi Stroke	14
2.2.5 Manifestasi Klinis Stroke.....	16
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang	16
2.2.7 Patofisiologi	17

2.2.8	Pathway Stroke Infark.....	19
2.2.9	Penatalaksanaan Keperawatan	20
2.2.10	Komplikasi	22
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik (SNH)	23
2.2.1	Pengkajian.....	23
2.2.2	Analisa Data	29
2.2.3	Diagnosa Keperawatan.....	35
2.2.4	Intervensi Keperawatan.....	37
2.2.5	Implementasi Keperawatan.....	52
2.2.6	Evaluasi Keperawatan.....	52
2.3	Konsep Range Of Motion (ROM).....	53
2.3.1	Pengertian Range Of Motion (ROM).....	53
2.3.2	Tujuan Range Of Motion (ROM).....	54
2.3.3	Manfaat Range Of Motion (Rom).....	54
2.3.4	Indikasi Umum.....	55
2.3.5	Prinsip Latihan Range Of Motion (ROM)	55
2.3.6	Jenis-jenis Range of Motion.....	56
2.3.7	Prosedur Tindakan ROM.....	57
BAB III.....		63
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		63
3.1.1	Pengkajian.....	63
3.1.2	Analisa Data	76
3.1.3	Diagnosa Keperawatan.....	79
3.1.4	Intervensi Keperawatan.....	81
3.1.5	Implementasi Keperawatan.....	85
3.1.6	Catatan Perkembangan.....	97
3.2	Pembahasan.....	101
3.2.1	Pengkajian Data dan Analisa Data	101
3.2.2	Diagnosa keperawatan	102
3.2.3	Intervensi keperawatan.....	106
3.2.4	Implementasi keperawatan.....	109
3.2.5	Evaluasi.....	111

3.2.6	Evidence Based Practice (EBP)	113
BAB IV		116
PENUTUP		116
4.1	Kesimpulan	116
4.2	Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA		119

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	29
Tabel 2.2 Jenis Terapi ROM.....	58
Tabel 2.4 Evidence Based Practic (EBP)	59
Tabel 3.1 IMT.....	70
Tabel 3.2 Kebutuhan Kalori	71
Tabel 3.3 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)	71
Tabel 3.4 Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari.....	72
Tabel 3.5 Tingkat Kemandirian.....	73
Tabel 3.6 Pemeriksaan Laboratorium	68
Tabel 3.6 Terapi Farmakologis.....	75
Tabel 3.7 Analisa Data	75
Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan	81
Tabel 3.8 Implementasi Kperawatan.....	85
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan	97

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	15
------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah gangguan neurologis akut yang terjadi secara mendadak akibat gangguan pada aliran darah ke otak, yang menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Menurut World Health Organization (WHO), stroke dapat terjadi dalam hitungan detik hingga beberapa jam dan ditandai dengan gejala serta tanda klinis yang mencerminkan area otak yang terpengaruh. Gangguan aliran darah ini dapat disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Stroke tidak hanya menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang di dunia, tetapi juga menyebabkan berbagai bentuk disabilitas yang memengaruhi kualitas hidup penyintasnya. Salah satu dampak paling signifikan adalah keterbatasan mobilitas fisik, yang umumnya disebabkan oleh kelemahan ekstremitas atau penurunan kekuatan otot. Hal ini menyebabkan gangguan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga memerlukan perawatan dan intervensi yang intensif untuk mengembalikan fungsionalitas serta kemandirian mereka dalam kehidupan sehari-hari (Agustin et al., 2022).

Secara global, data WHO pada tahun 2024 menunjukkan bahwa lebih dari 5,1 juta orang meninggal akibat stroke setiap tahunnya, dan diperkirakan angka ini akan meningkat menjadi 7,6 juta kematian pada tahun 2030. Di Amerika Serikat, stroke menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian, setelah penyakit jantung dan kanker. Stroke merupakan salah satu penyakit yang berbahaya karena

setiap menitnya saat serangan terjadi, sekitar 1,9 juta sel otak dapat rusak atau mati. Penyakit ini juga menjadi penyebab utama disabilitas, menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian secara global. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab tertinggi kecacatan, yaitu 11,2% dari seluruh kasus kecacatan yang ada, serta berkontribusi terhadap 18,5% dari total kematian. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Dengan jumlah kasus yang terus meningkat, stroke menjadi salah satu masalah kesehatan yang memerlukan perhatian serius dalam upaya penanggulangan dan rehabilitasi (Kemenkes RI, 2023). Jawa barat memiliki prevelansi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter sebanyak 11,4 % atau terhitung 131.846 penduduk jawa barat yang mengalami stroke. Di rumah sakit RSUD dr. Slamet garut sebanyak 450 orang.

Penyakit stroke dapat menyerang individu dari berbagai usia, mulai dari usia produktif hingga lanjut usia. Terdapat dua jenis faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya stroke, yaitu faktor yang tidak dapat diubah, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga, serta faktor yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, kebiasaan merokok, dislipidemia, diabetes mellitus, obesitas, dan konsumsi alkohol. Pada lansia, risiko stroke lebih tinggi karena pembuluh darah yang mulai kehilangan elastisitasnya, yang menyebabkan jantung harus memompa darah dengan kecepatan lebih tinggi dari sebelumnya. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik. Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah menuju otak, yang mengganggu pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, akhirnya menyebabkan kerusakan pada sel-sel

neuron (iskemia), yang dapat memicu stroke atau penyakit kardiovaskular lainnya.(Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024).

Manifestasi klinis stroke sangat bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terdampak. Gejala yang muncul dalam waktu lebih dari 24 jam dapat mencakup kelemahan atau kelumpuhan, kesulitan menelan, gangguan bicara, kesulitan mencari kata-kata, hilangnya keseimbangan, gangguan kesadaran, dan bahkan kematian tanpa penyebab lain selain gangguan vaskular. Salah satu manifestasi paling umum adalah hemiparesis, yaitu kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, yang seringkali memengaruhi fungsi motorik pasien. Hemiparesis akibat stroke akut menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, melemahnya kekuatan otot, serta pengurangan rentang gerak sendi. Hal ini secara langsung berdampak pada gangguan mobilitas fisik pasien, yang membutuhkan intervensi khusus untuk meningkatkan fungsi motorik dan memperbaiki kualitas hidup mereka (Nurahmasari & Septiany, 2024)

Hemiparesis pada pasien stroke sering kali menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti berjalan, makan, atau berpakaian. Ketergantungan pasien terhadap orang lain untuk melakukan aktivitas dasar meningkatkan tingkat kecemasan dan penurunan kualitas hidup. Selain itu, perubahan fisik akibat stroke, seperti kelumpuhan atau kelemahan otot, menghambat kemampuan pasien untuk beraktivitas secara normal. Ketidakmampuan dalam bergerak secara mandiri mengharuskan pasien untuk bergantung pada bantuan keluarga atau tenaga medis untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas yang sebelumnya

dianggap mudah sering kali berujung pada penurunan kemandirian, yang menjadi tantangan besar dalam rehabilitasi pasien stroke (Zhang et al., 2024).

Rehabilitasi stroke memiliki peran yang sangat penting dalam memulihkan fungsi tubuh dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Salah satu intervensi rehabilitasi yang dapat dilakukan adalah latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM). Latihan ini bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan sendi untuk bergerak secara normal dan penuh, serta untuk memperbaiki massa dan tonus otot. Latihan ROM bagi pasien stroke sangat krusial untuk mendukung pemulihan fungsi ekstremitas, baik tangan maupun kaki, agar dapat mendekati kondisi normal. Selain itu, latihan ini juga membantu meningkatkan kekuatan otot, yang memungkinkan pasien untuk mengontrol dan melakukan aktivitas sehari-hari secara lebih mandiri. Tanpa rehabilitasi ROM, pasien dapat mengalami kekakuan otot dan sendi, yang dapat meningkatkan ketergantungan mereka terhadap orang lain untuk menjalani aktivitas sehari-hari (Nugroho, 2024).

Latihan ROM pasif, yang melibatkan gerakan pada sendi-sendi tubuh seperti pergelangan tangan, siku, jari-jari kaki, atau area ekstremitas yang mengalami hemiparesis, dapat mencegah komplikasi akibat imobilisasi, seperti penurunan kekuatan sendi dan atrofi otot. Penelitian yang dilakukan oleh Merdiyanti (2021) menunjukkan bahwa pada pasien dengan kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah, kekuatan otot sebelum intervensi ROM pasif berada pada tingkat 3, dan setelah intervensi tetap berada pada tingkat yang sama. Meskipun demikian, pelaksanaan latihan ROM secara teratur dapat memberikan efektivitas

yang lebih optimal dalam meningkatkan kekuatan otot, sehingga memungkinkan pasien untuk kembali melakukan aktivitas dasar seperti berjalan dan berpakaian secara mandiri.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark pada NY. I dengan Latihan ROM Pasif sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini adalah untuk memberikan gambaran dan menerapkan asuhan keperawatan asuhan keperawatan pada pasien stroke infark dan intervensi Range Of Motion (ROM) Pasif di ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya ilmiah akhir ners adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut
- b. Mampu menyusun diagnosa keperawatan pada Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut

- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut
- f. Mampu menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. I dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat memberikan referensi ilmu dalam perpustakaan institusi pendidikan tentang perawatan pada pasien stroke dengan tindakan ROM dalam upaya peningkatan kekuatan otot.

1.4 Manfaat Praktis

1. Manfaat bagi pelayanan kesehatan

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan pelayanan kesehatan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke infark.

2. Manfaat bagi perawat

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat untuk melakukan intervensi pada penderita stroke infark serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien stroke infark.

3. Manfaat bagi mahasiswa

Karya tulis ilmiah ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark melalui pemberian latihan ROM pasif.

1.4.1 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan penelitian. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan, meliputi; latar belakang, tujuan penulisan, manfaat dan sistematika penulisan

BAB II Tinjauan pustaka, meliputi; landasan teori yang berisi konsep dasar penyakit, konsep dasar asuhan keperawatan dan konsep dasar *range of motion* (ROM). Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, klasifikasi etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Konsep dasar asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Konsep *range of motion (ROM)* terdiri dari pengertian, tujuan, prosedur dan evidence based practice mengenai *range of motion (ROM)*

BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan, meliputi; tinjauan kasus berdasarkan format askep yang digunakan dan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Serta terdapat pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis

dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan analisis asuhan keperawatan menggunakan evidence based practice terkait pemberian intervensi *range of motion* (ROM)

BAB IV Penutup, meliputi; kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan saran untuk perawat dan pelayanan keperawatan, dan mahasiswa.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.2.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi akibat aliran darah menuju otak terganggu, sehingga distribusi oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan tidak terpenuhi secara optimal. Kondisi ini dapat terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah (stroke iskemik) maupun akibat pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Stroke iskemik atau yang dikenal juga dengan cerebrovascular accident (CVA) non-hemoragik merupakan bentuk kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya aliran darah ke suatu area otak akibat adanya trombus atau emboli (Nur Azizah & Elvi Murniasih, 2023).

Stroke merupakan gangguan fungsi sistem saraf yang diakibatkan oleh terhambatnya aliran darah menuju otak. Gangguan ini muncul secara tiba-tiba dalam hitungan detik atau dapat berkembang dengan cepat dalam beberapa jam, disertai dengan gejala klinis yang mencerminkan bagian otak yang terdampak. Stroke non-hemoragik, atau dikenal juga sebagai stroke iskemik, merupakan jenis stroke yang paling banyak terjadi, dengan prevalensi mencapai sekitar 88% dari seluruh kasus stroke. Pada jenis ini, jaringan otak mengalami iskemia sebagai akibat dari penyumbatan atau penurunan suplai darah dan oksigen ke otak (Otot & Pasien, 2021).

Stroke non-hemoragik umumnya disebabkan oleh kondisi aterosklerosis, yaitu penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah. Zat-zat seperti kolesterol, homosistein, dan senyawa lainnya dapat menempel pada dinding arteri dan membentuk plak, yaitu lapisan lengket yang lama-kelamaan menyumbat aliran darah. Penyumbatan ini menghambat sirkulasi darah secara optimal dan dapat memicu terbentuknya bekuan darah (trombus). Gejala umum dari stroke non-hemoragik meliputi kelemahan mendadak pada wajah, lengan, atau tungkai, sensasi kesemutan atau mati rasa, gangguan bicara dan pemahaman, kehilangan keseimbangan, sakit kepala yang muncul secara tiba-tiba, serta gangguan penglihatan (Ludiana & Supardi, 2020).

2.2.2 Etiologi Stroke

Stroke non-hemoragik terjadi akibat terbentuknya trombus yang disebabkan oleh adanya plak aterosklerosis pada pembuluh darah yang berfungsi menyuplai oksigen dan darah ke otak, atau karena emboli yang berasal dari pembuluh darah luar otak dan tersangkut di arteri otak. Plak fibrosis (ateroma) biasanya terbentuk di area percabangan arteri, yang kemudian menjadi tempat menempelnya trombosit dan fibrin. Akumulasi trombosit ini secara bertahap membentuk gumpalan (trombus) yang dapat lepas dan terbawa aliran darah hingga tersangkut di pembuluh darah bagian distal. Hambatan ini mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak, menyebabkan sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Kekurangan oksigen dan glukosa ini memicu proses asidosis, yang menyebabkan masuknya natrium klorida dan air ke dalam sel otak serta keluarnya kalium dari dalam sel. Akibatnya, terjadi

edema seluler, yang kemudian memicu masuknya kalium kembali bersama radikal bebas, merusak membran sel, dan menyebabkan gangguan neurologis atau defisit fungsi saraf (Marlina *et al.*, 2025).

Sekitar 80% penderita stroke mengalami hemiparesis, yaitu kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Kelemahan ini, terutama pada tangan dan kaki, berdampak langsung pada penurunan kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada stroke non-hemoragik, yang disebabkan oleh imobilitas atau keterbatasan gerak akibat kelemahan tersebut. Gangguan pada kekuatan otot ini dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam menjalani aktivitas harian. Oleh karena itu, rehabilitasi seperti mobilisasi dini sangat penting untuk membantu mengembalikan fungsi motorik, mencegah terjadinya defisit aktivitas, serta menjaga fleksibilitas dan kekuatan otot pada pasien stroke non-hemoragik (Setiawan *et al.*, 2021).

2.2.3 Faktor Resiko Stroke

Stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor resiko :

a. Faktor Resiko Gaya Hidup

1. Kelebihan berat badan atau obesitas

Pada orang yang mengalami obesitas terjadi gangguan pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke

2. Alkohol

Pada peminum alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran

darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

3. Merokok

Pada perokok akan terjadi penimbunan lemak pada dinding arteri koroner.

Pembuluh darah nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

4. Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

b. Faktor Resiko Medis

1. Hipertensi

Hipertensi menjadi faktor risiko utama terjadinya stroke. Kondisi ini dapat dipicu oleh aterosklerosis pada pembuluh darah otak, yang menyebabkan penebalan serta degenerasi pembuluh darah, dan pada akhirnya dapat pecah dan menimbulkan perdarahan.

2. Diabetes Mellitus

Penderita diabetes melitus (DM) berisiko mengalami gangguan vaskular, yang ditandai dengan terjadinya mikrovaskularisasi dan pembentukan aterosklerosis. Aterosklerosis ini dapat memicu terbentuknya emboli yang menyumbat aliran darah, sehingga menyebabkan iskemia. Kondisi iskemia tersebut menurunkan perfusi darah ke otak dan pada akhirnya dapat memicu terjadinya stroke.

3. Kolesterol Tinggi

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak

maka perfusi otak menurun.

4. Penyakit Kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari hipertrofi jantung ventrikel kiri seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

5. Riwayat Keluarga

Yang terkena stroke Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

c. Faktor lain yang terkait dengan resiko stroke, termasuk :

1. Usia

Individu yang berusia 55 tahun ke atas memiliki risiko stroke yang lebih tinggi, karena seiring bertambahnya usia terjadi proses degeneratif pada organ-organ tubuh, yang dapat memengaruhi fungsi sistem sirkulasi dan saraf.

2. Ras

Orang Afrika – Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada orang – orang ras lain.

3. Jenis Kelamin

Pria memiliki resiko stroke yang lebih tinggi daripada wanita. Wanita biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

2.2.4 Klasifikasi Stroke

Menurut Esti & Johan (2020), klasifikasi stroke dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut :

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan kondisi ketika terjadi pecahnya pembuluh darah di otak, yang mengakibatkan perdarahan. Perdarahan ini bisa dipicu oleh berbagai faktor, dan dapat terjadi baik saat seseorang beraktivitas maupun saat beristirahat. Umumnya, penderita mengalami penurunan kesadaran. Stroke hemoragik sendiri terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. Perdarahan Intraselebral

Pada perdarahan intraserebral, pembuluh darah di otak mengalami pecah dan darah menyebar ke jaringan otak sekitarnya, yang kemudian menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak. Penyebab utama dari kondisi ini adalah hipertensi, trauma, kelainan pada pembuluh darah, penggunaan obat pengencer darah, serta kondisi-kondisi lain yang dapat memicu perdarahan di dalam otak. Pada perdarahan intraserebral, pembuluh darah di otak mengalami pecah dan darah menyebar ke jaringan otak sekitarnya, yang kemudian menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak. Penyebab utama dari kondisi ini adalah hipertensi, trauma, kelainan pada pembuluh darah, penggunaan obat pengencer darah, serta kondisi-kondisi lain yang dapat memicu perdarahan di dalam otak.

2. Perdarahan Subaraknoid

perdarahan subaraknoid umumnya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri di dasar otak. Aneurisma serebral merupakan pembengkakan kecil berbentuk bulat pada arteri. Pembengkakan yang parah dapat melemahkan dinding pembuluh darah, membuatnya rentan untuk pecah.

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik atau infark terjadi ketika arteri yang mengalirkan darah ke otak menyempit atau tersumbat, sehingga mengurangi aliran darah ke otak. Kondisi ini umumnya terjadi saat istirahat, seperti setelah bangun tidur di pagi hari. Berdasarkan perjalanan penyakitnya, stroke iskemik dapat dibedakan menjadi:

1. TIA (Transient Ischemic Attack)

Gangguan neurologis lokal yang berlangsung beberapa menit hingga beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang dengan sendirinya dan sepenuhnya dalam waktu kurang dari 24 jam.

2. Stroke Involusi

Stroke yang berkembang secara bertahap, dengan gejala yang semakin memburuk seiring waktu, berlangsung progresif selama beberapa jam hingga beberapa hari.

3. Stroke Komplit

Gangguan neurologis yang muncul bersifat tetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplit sering kali diawali oleh serangan TIA yang terjadi berulang kali.

2.2.5 Manifestasi Klinis Stroke

Gejala umum stroke iskemik meliputi mati rasa (parestesia) dan kelumpuhan (hemiparesis) yang muncul secara mendadak. Terdapat istilah FAST, yang berarti cepat, yang merupakan singkatan dari Face, Arm, Speech, dan Time. Tanda-tanda yang perlu diperhatikan antara lain pada wajah (face) yang terkulai, kelumpuhan pada lengan (arm) saat diangkat, serta gangguan pada kemampuan bicara (speech) yang menjadi tidak jelas atau sulit dipahami. tanda stroke yang dialami pasien diantaranya :

- a. Disfungsi neurologic lebih dari satu (multiple), dan penurunan fungsi tersebut bersifat spesifik ditentukan oleh daerah di otak yang terkena.
- b. Hemi atau monoparesis (kelumpuhan separuh tubuh)
- c. Vertigo dan penglihatan yang kabur (double vision), yang dapat disebabkan oleh sirkulasi posterior yang terlibat di dalamnya,
- d. Aphasia (kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan)
- e. Dysarthria (kesulitan melafalkan ucapan dengan jelas), penurunan lapang pandang visual, dan perubahan tingkat kesadaran.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi Serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obdtruksi arteri.

- b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum nampa oleh pemindai CT).

- c. CT Scan

Pemindaian ini menunjukkan dengan jelas lokasi edema, posisi hematoma, serta area otak yang mengalami infark atau iskemia beserta posisinya secara tepat.

d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark dan hemoragik.

e. EEG (Electroencephalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

f. Pemeriksaan Laboratorium

1. Lumbang Fungsi : Pemeriksaan likuor yang berwarna merah umumnya ditemukan pada perdarahan yang besar, sementara pada perdarahan kecil, warna likuor biasanya tetap normal (Xantokhrom) pada hari-hari pertama.
2. Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
3. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
4. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.2.7 Patofisiologi

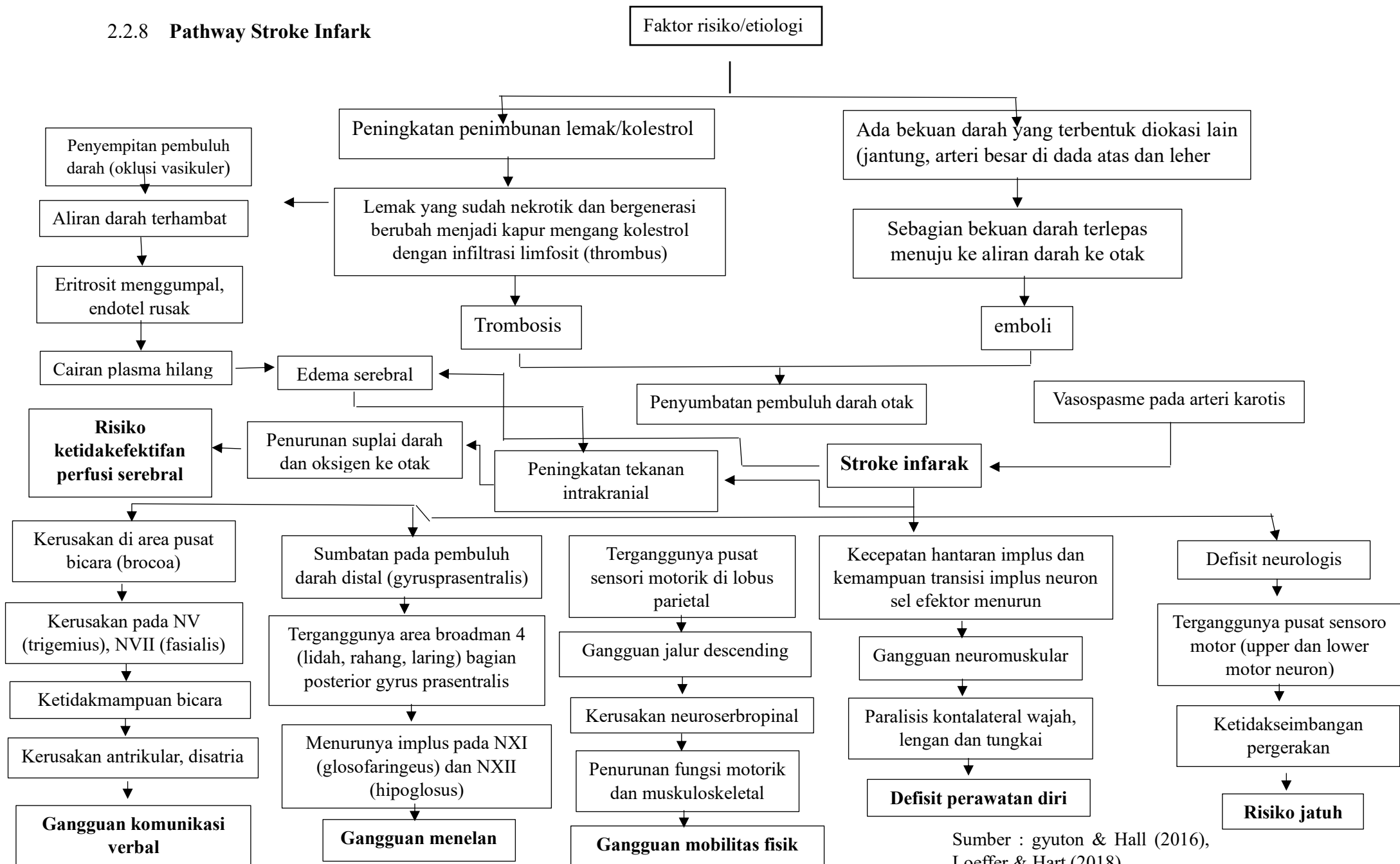
Stroke non hemoragik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirkulasi Willis dan sirkulasi posterior). Tempat terjadinya trombus yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri

karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan

kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa dan di simpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal. Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na^+ K^+ ATP, sehingga membrane potensial akan menurun. K^+ berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na dan Ca berkumpul didalam sel.

Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negatif sehingga terjadi membrane depolarisasi. Saat awal depolarisasi membrane sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran darah berkurang hingga dibawah 10ml/100 gram/menit. Akibat kekurangan oksigen terjadi asidosis yang menyebabkan gangguan fungsi enzim-enzim, karena tingginya ion H. Selanjutnya asidosis menimbulkan edema serebral yang ditandai pembengkakan sel, dan berakibat terhadap mikrosirkulasi. Oleh karena itu, terjadi peningkatan resistensi vaskuler dan kemudian penurunan dari tekanan perfusi sehingga terjadi perluasan daerah iskemik (Setiawan et al, 2021).

2.2.8 Pathway Stroke Infark



2.2.9 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Smeltzer & Bare (2017), penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi dua fase yaitu fase akut dan fase paska akut

1. Penatalaksanaan pada fase akut :

- a. Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi.
- b. Pasien diposisikan dalam posisi miring ke samping atau semi-prone dengan bagian kepala tempat tidur sedikit dinaikkan guna mengurangi tekanan pada vena serebral.
- c. Pemasangan intubasi endotrakeal dan penggunaan ventilator mekanik diperlukan pada pasien dengan stroke masif, karena kegagalan pernapasan sering menjadi faktor yang mengancam jiwa dalam kondisi tersebut.
- d. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi.
- e. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

2. Penatalaksanaan pada fase paska akut :

- a. Menyesuaikan posisi kepala dan bagian atas tubuh pada elevasi 20–30 derajat, memiringkan tubuh jika pasien mengalami muntah, serta melakukan mobilisasi secara bertahap apabila kondisi hemodinamik pasien telah stabil.

- b. Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal
- c. Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.
- d. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
- e. Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
- f. Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
- g. Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota geraknya atau latih ROM pasif.
- h. Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
- i. Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas :
 - 1. Posisi tidur datar dengan matras yang cukup kuat untuk menyokong tubuh.
 - 2. Menggunakan papan kaki untuk mencegah *foot drop*.
 - 3. Meletakkan satu bantal di aksila untuk mencegah adduksi bahu.
 - 4. Menggunakan rol trochanter untuk mencegah rotasi bahu
 - 5. Jari-jari diposisikan agak fleksi dengan telapak tangan agak supinasi.
 - 6. Mengubah posisi latihan gerak

2.2.10 Komplikasi

Menurut Esti & Johan (2020), stroke tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya dan menimbulkan masalah emosional. Beberapa komplikasi stroke, diantaranya:

- a. Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b. Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya terinfeksi.
- c. Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi (gangguan mobilitas fisik).
- d. Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e. Pembengkakan otak
- f. Infeksi saluran kemih
- g. Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)
- h. Depresi, perubahan gaya hidup akibat disabilitas fisik menimbulkan depresi yang dialami pasien selama masa penyesuaian pasca stroke.
- i. Gangguan pemenuhan aktifitas harian (defisit perawatan diri) Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik (SNH)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, sehingga dapat memberikan panduan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Proses ini mencakup tiga kegiatan utama, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data, dan penetapan diagnosis keperawatan.

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Umumnya pasien mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual dan muntah, penurunan refleks, gangguan komunikasi seperti afasia dan disfasia, sensasi kesemutan, nyeri kepala, kejang hingga kehilangan kesadaran. Selain itu, sering ditemukan kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuh, gangguan mobilitas fisik, serta penurunan kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari

3. Riwayat penyakit

a. Riwayat kesehatan sekarang

Stroke umumnya terjadi secara tiba-tiba ketika seseorang sedang beraktivitas. Gejalanya dapat berupa sakit kepala, mual, muntah, bahkan kejang hingga kehilangan kesadaran, disertai dengan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh atau gangguan fungsi otak lainnya.

b. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

c. Riwayat penyakit dahulu

Faktor-faktor risiko yang dapat memicu kondisi ini antara lain riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, cedera kepala sebelumnya, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka panjang, konsumsi obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, zat adiktif, serta obesitas."

d. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

e. Riwayat psikosial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga.

4. Pemeriksaan fisik

a. Sistem pernafasan (B1/Breathing)

Batuk peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan sekret dan penurunan kesadaran klien. Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

b. Sistem peredaran darah (B2/Blood)

Dapat terjadi hipertensi atau hipotensi, denyut jantung ireguler, adanya murmur.

c. Sistem Persarafan (B3/Brain)

Tingkat kesadaran; bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien. Reflek patologis; reflek babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak, pendarahan intraselebridan untuk membedakan jenis CVA yang ada apakah bleeding atau infark.

Pemeriksaan saraf kranial :

- 1) Saraf I (Olfaktorius) : biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- 2) Saraf II (Optikus) ; disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-visual sering terlihat pada klien dengan hemiplegi liri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena kemampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

- 3) Saraf III (Okulomotorius), IV (Trochlearis) dan VI (Abducens) apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.
- 4) Saraf V (Trigemius) pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemius, penurunan fungsi koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoldeus intermus dan ekstremitas.
- 5) Saraf VII (Fasialis) persepsi pengecap dalam batas normal, wajah simetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- 6) Saraf VIII (Auditorius) tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
- 7) Saraf IX (Glosafaringeus) dan X (Vagus) kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- 8) Saraf XI (Aksesorius) tidak ada atrofi otot.
- 9) Saraf XII (Hipoglossus) lidah asimetris, terdapat deviasi pada saat satu sisi dan fasilasi.

d. Sistem Perkemihan (B4/Bladder)

terjadi inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi luas.

e. Sistem Pencernaan (B5/Bowel)

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan CVA menyebabkan paralisis saraf trigemius, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisin otot-otot perigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

f. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6/Bone)

Kehilangan kontrol valenter gerakan motorik. Terdapat heroiplegia atau hemiparese ekstremitas, kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

g. Sistem Penginderaan (B7)

Pada penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

h. Sistem Endokrin (B8)

Ada atau tidaknya pembesaran kelenjar endokrin, biasanya tidak mengalami pembesaran kelenjar endokrin.

5. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi/metabolisme

Pola makan biasanya klien dengan stroke infark mengalami penurunan nafsu makan dan biasanya mengalami kesulitan menelan makanan. Pola minum klien biasanya dibatasi sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan

b. Pola eliminasi

Biasanya dengan pasien stroke infark mengalami penurunan frekuensi BAB dan Bak, abdomen kembung dan konstipasi serta urine sedikit.

c. Pola aktivitas/latihan

Biasanya klien mengalami kesulitan dalam bergerak akibat kelemahan otot yang dialami, sehingga membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan kegiatan sehari-harinya.

d. Pola istirahat tidur

Biasanya pasien mengalami gangguan tidur dan merasa tidak seger setelah bangun tidur .

e. Pola kognitif persepsi

Biasanya klien mengalami masalah pada gangguan pendengaran, penglihatan, pencernaan, biasanya klien mengeluh sakit kepala dan kelemahan otot.

f. Pola peran dan hubungan

Biasanya peran dan hubungan klien akan mengalami perubahan

g. Pola seksualitas

Biasanya ada gangguan dengan pola seksualitas.

h. Pola persepsi diri dan konsep diri

Biasanya klien dengan stroke infark setelah kejadian mengalami perubahan gambaran dirinya. Seperti gangguan citra tubuh.

i. Pola koping dan toleransi stress

Biasanya klien mempunyai teman untuk cerita atau berbagi setiap masalah yang ada.

j. Pola keyakinan dan nilai

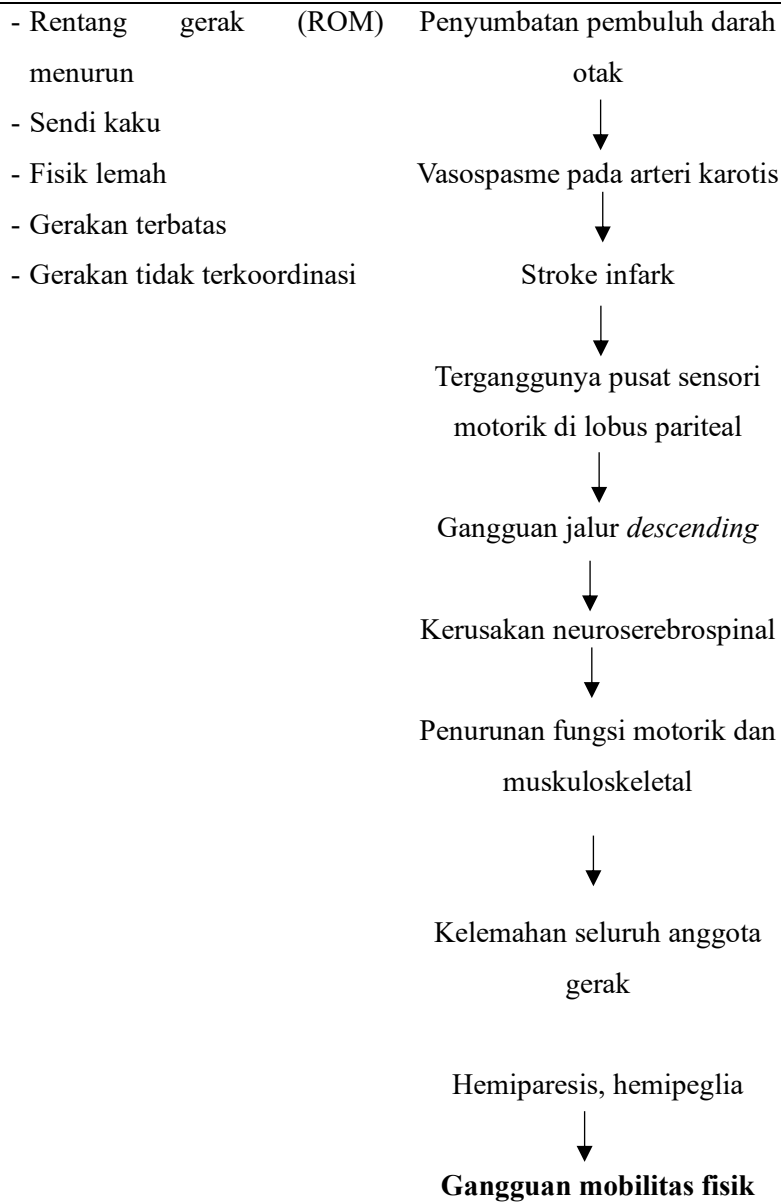
Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh menghambat penderita melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah.

2.2.2 Analisa Data

Analisis data merupakan proses berpikir kognitif yang dimiliki oleh perawat dalam mengembangkan kemampuan berpikir logis dan penalaran, yang dipengaruhi oleh dasar keilmuan serta wawasan yang dimiliki. Proses ini mencakup validasi data, pengelompokan informasi, penafsiran terhadap adanya keseimbangan maupun ketidaksesuaian data, hingga penarikan kesimpulan terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi pasien (Kurniawati, 2017).

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1.	Gejala dan Tanda:	Faktor risiko	Gangguan
	Subjektif :	↓	mobilitas
	- Pasien mengeluh sulit menggerakan ekstremitas	Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang	fisik
	- Pasien mengeluh nyeri saat bergerak	meningkat dalam tubuh	(D.0054)
	- Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak	Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi	
	Objektif	limfosit (trombus)	
	- Kekuatan otot menurun	↓	



2. Gejala dan Tanda

Subjektif :

-

Objektif

- Tidak mampu berbicara atau mendengar
- Menunjukkan respon tidak sesuai

Faktor risiko

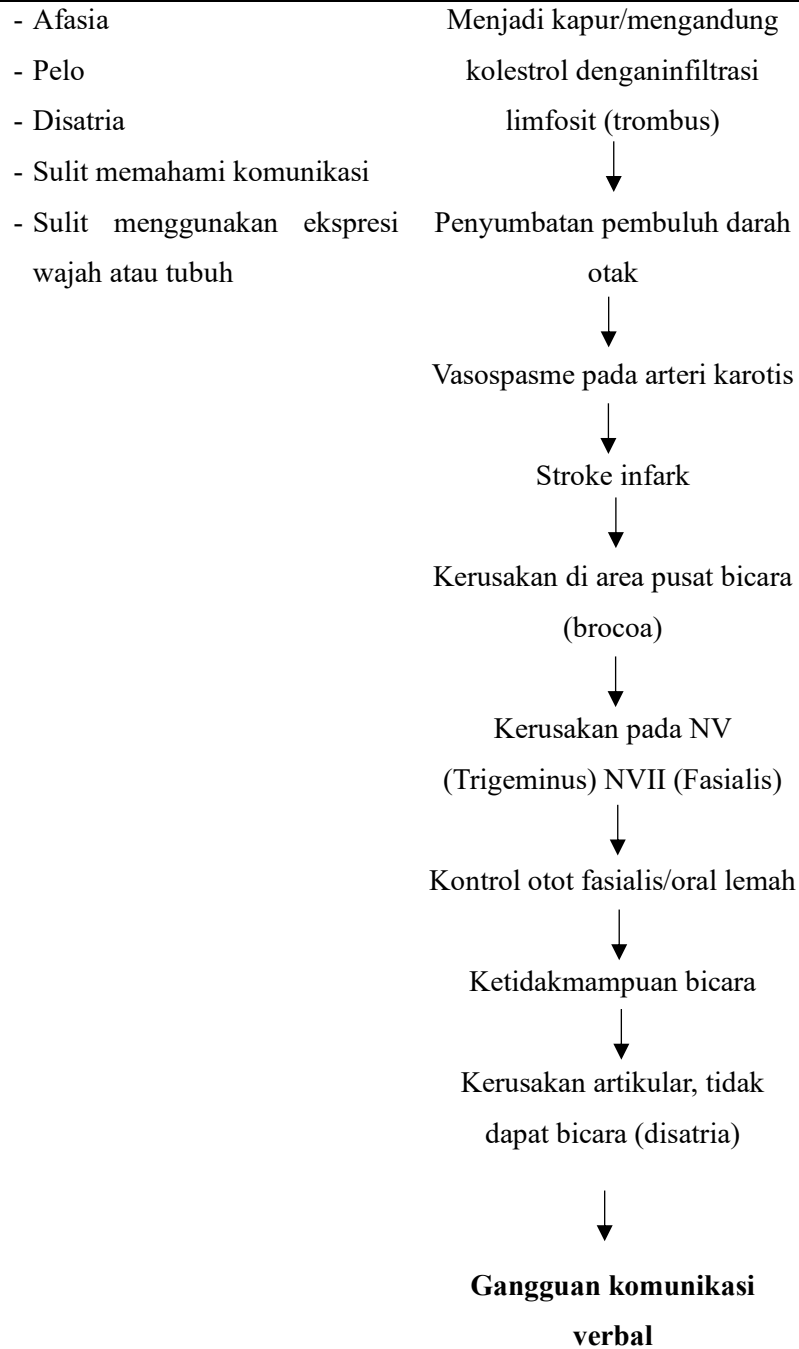
↓

Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam tubuh

↓

Gangguan komunikasi

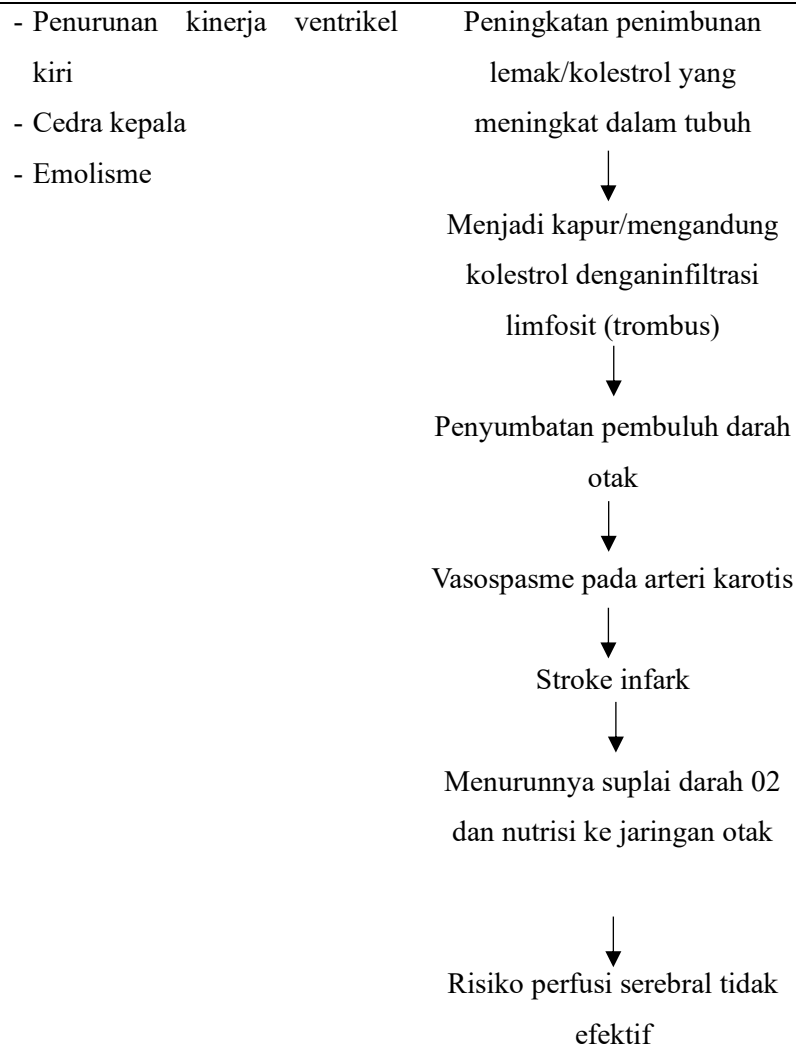
verbal
(D.019)



3. Gejala dan Tanda	Faktor risiko	Defisit perawatan diri (D.0109)
Subjektif :	↓	
- Pasien menolak melakukan perawatan diri	Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam tubuh	
Objektif	↓	

- Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri	Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Defisit neurologis ↓ Terganggunya pusat sensoro motor (<i>upper motor neuron</i>) ↓ Kecepatan hantaran implus dan kemampuan transmisi implus neuron sel efektor menurun ↓ Gangguan neuromuskuler ↓ Paralisis kontralateral wajah, lengan dan tungkai ↓ Penurunan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ↓ Defisit perawatan diri	Gangguan menelan (D.0063)
4. Gejala dan Tanda Subjektif : - Pasien mengeluh sulit menelan	Faktor risiko ↓	

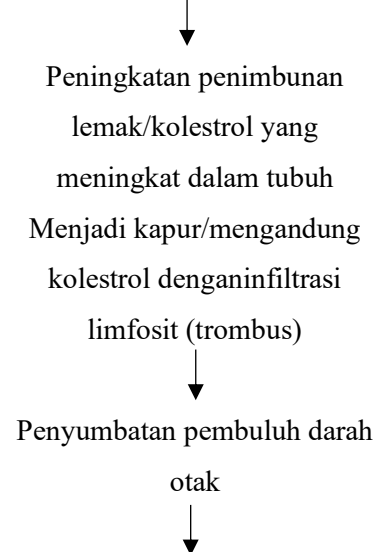
Objektif	Peningkatan penimbunan	
- Batuk sebelum menelan - Batuk setelah makan atau minum - Tersedak - Makanan tertinggal di rongga mulut - Sulit mengunyah	lemak/kolesterol yang meningkat dalam tubuh ↓	
	Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓	
	Penyumbatan pembuluh darah otak ↓	
	Vasospasme pada arteri karotis ↓	
	Stroke infark ↓	
	Sumbatan pada pembuluh darah distal (gyrus precentralis) ↓	
	Terganggunya area broadman 4 (lidah, rahang, bibir, laring) bagian posterior gyrus precentralis ↓	
	Menurunnya impuls saraf pada NXI (glosifaringeus) dan NXII (hipoglosus) ↓	
	Gangguan menelan	
5. Faktor risiko :	Faktor risiko	Risiko perfusi
- Keabnormalan masa protombin masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial	↓	serebral tidak efektif (D.0143)



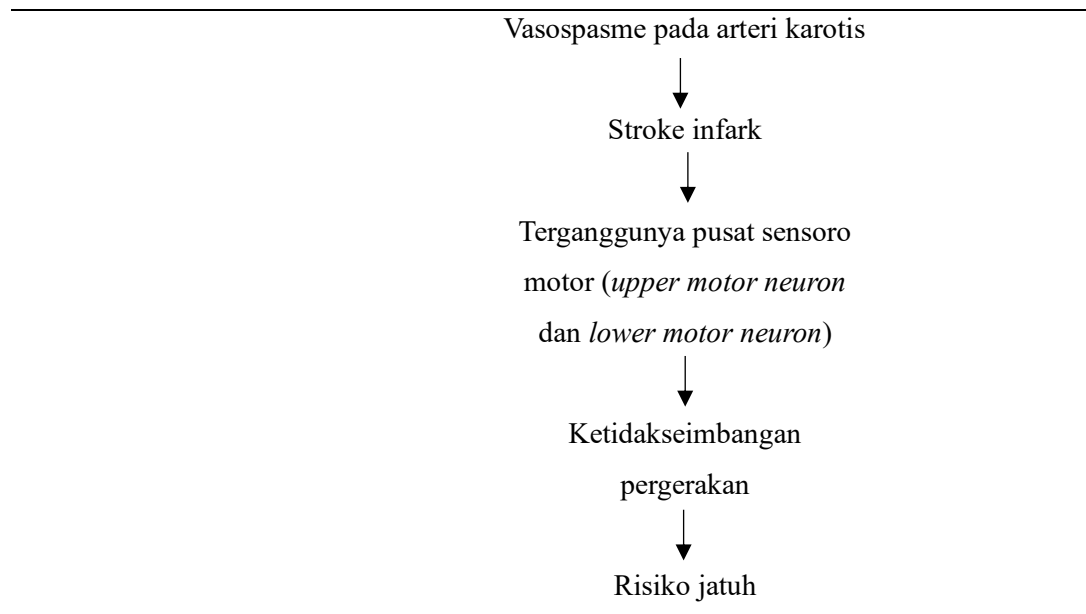
6. Faktor risiko :

- Umur >65 tahun
- Riwayat jatuh
- Anggota gerak bawah prosthesis
- Penggunaan alat bantu jalan
- Penurunan tingkat kesadaran
- Gangguan keseimbangan

Faktor risiko



Risiko jatuh
(D.0143)



2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan meisting inidvidu, keluarga atau komunitas berdasarkan masalah kesehatan pada keadaan yang nyata atau beresiko (Studi et al., 2024). Menurut SDKI (2017), beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin akan muncul pada pasien stroke yaitu :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan di area pusat bicara (*brocoa*)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kemampuan dalam pemenuhan perawatan diri
4. Gangguan menelan berhubungan dengan terganggunya area broadman 4 (lidah, rahang, bibir, laring) bagian posterior gyupus prasentralis
5. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah O₂ dan nutrisike jaringan otak

6. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensor motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil : (SLKI L.05042) 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot Meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Kaku Sendi Menurun 5. Kelemahan Fisik Menurun	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi: 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 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 ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Nyeri atau keluhan fisik lainnya dapat menjadi penghalang utama mobilisasi proses dalam Mengidentifikasi dan menangani dapat efektif secara nyeri meningkatkan kenyamanan pasien dan mencegah cedera lebih lanjut selama mobilisasi. 2. Setiap pasien memiliki tingkat toleransi fisik yang berbeda terhadap aktivitas. Menilai toleransi fisik perencanaan memungkinkan dengan sesuai yang aktivitas kemampuan pasien, mengurangi risiko kelelahan atau cedera. 3. Mengukur parameter vital seperti frekuensi jantung dan tekanan darah membantu memastikan bahwa pasien dalam kondisistabil sebelum melakukan mobilisasi, mencegah hipotensi ortostatik atau aritmia yang dapat terjadi selama aktivitas. 4. Pemantauan berkelanjutan terhadap kondisi umum pasien selama mobilisasi membantu

dalam deteksi dini tanda-tanda ketidaknyamanan atau komplikasi, kemungkinan intervensi cepat untuk menjaga keselamatan pasien

5. Penggunaan alat bantu seperti pagar tempat tidur dapat memberikan dukungan tambahan dan meningkatkan keamanan selama mobilisasi, mencegah risiko jatuh atau cedera.
 6. Memberikan bantuan fisik saat pasien melakukan pergerakan dapat membantu dalam memastikan bahwa mobilisasi dilakukan dengan cara yang aman dan efektif, mengurangi risiko cedera atau kelelahan berlebihan.
 7. Keterlibatan keluarga dapat memberikan dukungan emosional dan fisik yang penting bagi pasien. Keluarga yang terlibat aktif dalam proses rehabilitasi dapat membantu meningkatkan motivasi pasien dan mempercepat pemulihan.
 8. Memberikan penjelasan yang jelas tentang tujuan mobilisasi dan prosedur membantu pasien memahami pentingnya aktivitas tersebut, meningkatkan kepatuhan dan partisipasi aktif dalam proses rehabilitasi.
-

				9. Mobilisasi dini dapat mencegah komplikasi akibat imobilisasi berkepanjangan, seperti atrofi otot, pneumonia, atau trombosis vena dalam. Mendorong mobilisasi dini membantu mempercepat proses pemulihan dan kemandirian pasien. Meningkatkan pasien. 10. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien membantu meningkatkan kepercayaan diri dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, serta mempercepat proses pemulihan fisik.
2.	Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan di area pusat bicara (<i>brocoa</i>)	Setelah dilakukan intervensi 3 x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi Komunikasi: defisit bicara (I.13492) Obsevasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)	1. Mengamati aspek-aspek ini membantu dalam mengidentifikasi perubahan atau perbaikan dalam kemampuan bicara pasien, serta menentukan strategi komunikasi yang paling efektif. 2. Kemajuan dalam fungsi kognitif, anatomis, dan fisiologis dapat memberikan indikasi tentang pemulihan bicara dan menentukan intervensi yang diperlukan. 3. Kondisi emosional mempengaruhi kemampuan dan kemauan pasien untuk berkomunikasi

-
- | | |
|--|---|
| <p>6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindariteriakan, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>8. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>9. Berikan dukungan psikologis</p> <p>10. Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan bicara perlahan</p> <p>12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p> | <p>4. Pasien mungkin menggunakan perilaku non-verbal untuk berkomunikasi ketika kemampuan bicara terbatas. Mengenali dan memahami perilaku ini membantu dalam merespons kebutuhan dan keinginan pasien secara efektif.</p> <p>5. Metode komunikasi alternatif memberikan cara bagi pasien untuk mengekspresikan diri ketika bicara verbal tidak memungkinkan, meningkatkan partisipasi mereka dalam komunikasi.</p> <p>6. Menyesuaikan gaya komunikasi sesuai dengan kebutuhan pasien membantu meningkatkan pemahaman dan mengurangi frustrasi, memastikan komunikasi yang lebih efektif dan nyaman.</p> <p>7. Mengurangi gangguan di lingkungan dapat membantu pasien berkonsentrasi dan berkomunikasi lebih efektif, meningkatkan kemampuan mereka untuk memahami dan merespons komunikasi.</p> <p>8. Mengulangi apa yang disampaikan pasien memastikan bahwa pesan yang ingin disampaikan sudah dipahami dengan benar, dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk</p> |
|--|---|
-

-
- mengoreksi jika ada kesalahan dalam pemahaman.
9. membantu pasien mengatasi stres, frustrasi, atau depresi yang mungkin muncul akibat kesulitan bicara, meningkatkan motivasi dan keterlibatan mereka dalam terapi.
 10. Juru bicara yang memahami kebutuhan dan kemampuan pasien dapat membantu menyampaikan pesan dengan lebih efektif, terutama dalam situasi di mana komunikasi menjadi sangat sulit.
 11. Berbicara perlahan dapat membantu pasien mengartikulasikan kata-kata dengan lebih jelas dan meningkatkan pemahaman pendengar, mengurangi frustrasi dalam berkomunikasi.
 12. Pemahaman tentang proses yang mendasari kemampuan bicara membantu pasien dan keluarga untuk lebih memahami tantangan yang dihadapi dan bekerja sama dalam proses rehabilitasi.
 13. Ahli patologi bicara atau terapis memiliki keahlian khusus dalam menilai dan mengatasi gangguan bicara, menyediakan intervensi yang tepat untuk memaksimalkan pemulihan pasien.
-

3. Defisit perawatan diri : ADL b.d gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan intervensi 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Obsevasi 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri b Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	---	---

1. Memahami kebiasaan perawatan diri yang sesuai dengan usia pasien membantu dalam merancang intervensi yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan mereka, serta memastikan bahwa kegiatan perawatan diri tetap relevan dan bermakna bagi pasien.
2. Menilai tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri aktivitas membantu menentukan sejauh mana bantuan yang diperlukan, serta mengidentifikasi area di mana pasien dapat didorong untuk lebih mandiri.
3. Mengenali kebutuhan alat bantu yang diperlukan oleh pasien untuk melakukan aktivitas perawatan diri membantu dalam menyediakan dukungan yang tepat, meningkatkan kemandirian, dan mengurangi ketergantungan pada orang lain.
4. Lingkungan yang nyaman dan privat dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien, sehingga mereka lebih termotivasi untuk melakukan aktivitas perawatan diri.
5. Menyediakan barang-barang pribadi yang diperlukan untuk

perawatan diri membantu pasien merasa lebih nyaman dan termotivasi untuk merawat diri mereka sendiri.

6. Pendampingan awal dalam aktivitas perawatan diri memberikan dukungan dan keamanan, serta membantu pasien membangun kepercayaan diri hingga mereka mampu melakukannya secara mandiri.
 7. Membantu pasien menerima keadaan ketergantungan mereka dapat mengurangi stres dan frustrasi, serta mempromosikan penerimaan diri yang lebih baik dalam proses rehabilitasi.
 8. Mendukung upaya pasien untuk menjadi mandiri sambil memberikan bantuan bila diperlukan dapat meningkatkan kemandirian mereka secara bertahap dan mengurangi ketergantungan jangka panjang.
 9. Menetapkan rutinitas yang konsisten dalam perawatan diri membantu pasien untuk membangun kebiasaan yang sehat dan memastikan bahwa aktivitas perawatan diri dilakukan secara teratur.
 10. Mendorong pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten
-

4. Gangguan menelan b.d terganggunya area broadman 4 (lidah, rahang, bibir, laring) bagian posterior gyrus prasentralis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x 24 jam, maka status menelan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Frekuensi tersedak menurun 5. Batuk menurun	Pencegahan aspirasi (I.011018) Observasi 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 5. Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral Terapeutik 6. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 7. Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line) 8. Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT) 9. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat 10. Sediakan suction di ruangan 11. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak 12. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 13. Berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi 14. Ajarkan makan secara perlahan 15. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 16. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu	1. Tingkat kesadaran yang rendah, batuk yang tidak efektif, muntah, dan gangguan menelan meningkatkan risiko aspirasi. Pemantauan ini penting untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi dan membutuhkan intervensi khusus. 2. Pemantauan status pernapasan membantu mendeteksi tanda-tanda aspirasi dini, seperti kesulitan bernapas atau perubahan pada frekuensi dan pola pernapasan, sehingga intervensi dapat dilakukan segera untuk mencegah komplikasi. 3. Bunyi napas abnormal seperti ronki atau wheezing setelah makan atau minum bisa menunjukkan aspirasi. Identifikasi dini memungkinkan tindakan cepat untuk mencegah aspirasi berulang dan komplikasi lebih lanjut. 4. Mengukur residu gaster memastikan bahwa makanan atau cairan yang diberikan tidak berlebihan mengurangi risiko aspirasi karena penumpukan makanan di lambung.
--	---	---	---

	17. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	5. Kepatenan selang nasogastric penting untuk memastikan bahwa makanan atau cairan dapat mengalir dengan benar dan tidak menyebabkan penumpukan yang meningkatkan risiko aspirasi. 6. Posisi semi fowler membantu gravitasi dalam mencegah refluks makanan atau cairan dari lambung ke esofagus dan trakea, mengurangi risiko aspirasi. 7. Posisi ini membantu menjaga jalan napas tetap terbuka dan mengurangi risiko aspirasi pada pasien tidak sadar, yang mungkin tidak memiliki refleks batuk atau menelan yang efektif. 8. Memastikan jalan napas tetap terbuka dengan teknik-teknik ini membantu mencegah obstruksi dan aspirasi, terutama pada pasien dengan risiko tinggi. 9. Balon ETT yang berkembang dengan baik membantu mencegah aspirasi sekresi dari mulut atau lambung ke paru-paru, terutama pada pasien yang diintubasi. 10. Menghisap sekret yang berlebihan membantu menjaga jalan napas tetap bersih dan terbuka, mengurangi risiko aspirasi 11. Memiliki alat suction yang tersedia memungkinkan respon
--	---	---

				cepat terhadap kebutuhan penghisapan darurat.
				12. Menghindari pemberian makanan jika residu banyak peningkatan tekanan intrakranial.
				13. Makanan yang kecil dan lunak lebih mudah ditelan.
				14. Obat dalam bentuk cair lebih mudah ditelan dan mengurangi resiko tersedak.
				15. Makan dengan perlahan memungkinkan pasien untuk mengunyah.
				16. Memberikan edukasi tentang strategi pencegahan aspirasi seperti posisi makan yang benar dan teknik menelan.
5.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d menurunnya suplai darah, O ₂ dan nutrisi ke jaringan otak.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (<i>mean arterial pressure</i> /MAP) 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	1. Mengetahui penyebab spesifik peningkatan TIK memungkinkan penentuan intervensi yang tepat dan efisien untuk mengurangi TIK dan mencegah kerusakan otak lebih lanjut. 2. Pemantauan tanda dan gejala peningkatan TIK penting untuk deteksi dini dan intervensi cepat, mencegah komplikasi serius seperti herniasi otak. 3. MAP yang stabil penting untuk memastikan perfusi serebral yang adekuat. Pemantauan membantu dalam MAP menilai keseimbangan antara tekanan darah dan TIK.

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal 12. Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian obat sedasi dan antikonvulsan, jika perlu. 14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu | <ul style="list-style-type: none"> 4. CVP memberikan informasi tentang status volume dan fungsi jantung, yang dapat mempengaruhi TIK. Monitoring CVP membantu dalam pengelolaan cairan yang tepat untuk menghindari peningkatan TIK. 5. Gangguan pernapasan dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Pemantauan pernapasan membantu mendeteksi hiperkapnia hipoksia yang memperburuk kondisi pasien. atau dapat 6. Menjaga keseimbangan cairan penting untuk mencegah overhidrasi atau dehidrasi, keduanya dapat mempengaruhi TIK. Monitoring ini membantu dalam pengelolaan cairan yang tepat. 7. Stimulasi berlebihan dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Lingkungan yang tenang membantu mengurangi rangsangan dan tekanan tambahan pada otak. 8. Posisi semi fowler (30-45 derajat) membantu meningkatkan aliran vena dari otak, mengurangi tekanan intrakranial perfusi serebral. dan meningkatkan |
|--|---|
-

-
9. Manuver valsava dapat meningkatkan tekanan intrakranial secara signifikan. Menghindari tindakan ini membantu mencegah lonjakan tekanan yang berbahaya.
 10. Kejang dapat meningkatkan tekanan intrakranial secara tiba-tiba. Pencegahan kejang penting untuk menjaga stabilitas TIK dan mencegah kerusakan otak lebih lanjut.
 11. Hipertermia dapat meningkatkan metabolisme otak dan tekanan intrakranial. Mempertahankan suhu tubuh normal membantu mengurangi risiko peningkatan TIK.
 12. Sedasi dapat mengurangi aktivitas otak dan tekanan intrakranial, sementara antikonvulsan mencegah dan mengontrol kejang, membantu menjaga TIK tetap stabil.
 13. Diuretik osmosis seperti manitol membantu mengurangi edema serebral dan tekanan intrakranial dengan menarik cairan dari otak ke dalam sirkulasi darah.
 14. Pelunak tinja membantu mencegah konstipasi dan mengejan, yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Mengelola konstipasi
-

6. Risiko jatuh b.d tegangnya pusat sensoro motor (<i>upper motor neuron</i> dan <i>lower motor neuron</i>)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrall tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station	membantu menjaga stabilitas TIK. 1. Mengetahui faktor-faktor yang meningkatkan risiko jatuh membantu dalam merancang rencana. 2. Pemantauan rutin terhadap risiko jatuh memungkinkan intervensi cepat jika ada perubahan dalam kondisi pasien yang dapat meningkatkan risiko jatuh, menjaga keselamatan pasien secara terus menerus. 3. Mengidentifikasi dan mengurangi faktor lingkungan yang berisiko membantu menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, mengurangi kemungkinan jatuh akibat kondisi fisik lingkungan yang berbahaya. 4. Menggunakan skala penilaian risiko jatuh yang terstandarisasi membantu dalam mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi secara objektif dan menentukan intervensi yang sesuai. 5. pasien dalam berpindah tempat membantu menilai tingkat kemandirian dan kebutuhan bantuan, sehingga dapat mengurangi risiko jatuh saat melakukan transfer.
--	--	--	---

-
- | | |
|--|--|
| <p>11. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)</p> <p>12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p> | <p>6. Memberikan orientasi pada pasien dan keluarga tentang tata letak ruangan membantu mereka untuk lebih mengenali lingkungan sekitar, megurogi risiko jatuh karena ebingungan atau ketidakmampuan menavigasi ruang dengan aman.</p> <p>7. Mengunci roda tempat tidur dan kursi roda mencegah pergerakan yang tidak disengaja saat pasien mencoba berpindah atau bergerak, mengurangi risiko jatuh.</p> <p>8. Handrail tempat tidur memberikan pegangan yang stabil bagi pasien saat berpindah atau berubah posisi di tempat tidur, mengurangi risiko jatuh atau tergelincir.</p> <p>9. Menurunkan tempat tidur ke posisi terendah mengurangi jarak jatuh jika pasien tergelincir atau jatuh dari tempat tidur, sehingga mengurangi potensi cedera.</p> <p>10. Memastikan bel pemanggil mudah dijangkau memungkinkan oleh pasien mereka untuk meminta bantuan dengan cepat jika diperlukan, mengurangi risiko jatuh saat mencoba bergerak sendiri tanpa bantuan.</p> <p>11. Mengedukasi pasien un intuk selalu meminta bantuan perawat</p> |
|--|--|
-

saat memerlukan bantuan untuk
berpindah tempat membantu
mencegah upaya aya berpindah
yang tidak aman dan
jatuh. an mengurangi

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari intervensi yang telah direncanakan sebelumnya, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara maksimal. Tindakan keperawatan dilakukan secara sistematis berdasarkan urutan prioritas masalah yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan, termasuk penentuan urutan dan waktu pelaksanaannya (Basri, 2020). Dalam proses ini, perawat menjalankan intervensi sesuai dengan rencana yang telah disusun. Menurut terminologi SIKI, implementasi mencakup dua aspek utama, yaitu pelaksanaan dan pendokumentasian, yang merupakan tindakan spesifik dalam mewujudkan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang terstruktur dan direncanakan untuk membandingkan kondisi kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, serta tenaga kesehatan lainnya. Tujuan utama dari evaluasi ini adalah menilai sejauh mana pasien mampu mencapai target yang telah dirumuskan berdasarkan kriteria hasil dalam rencana asuhan keperawatan (Basri, 2020).

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi formatif atau berjalan, yang disusun menggunakan format SOAP, yaitu:

- a. Subjective:** Informasi berupa pernyataan atau keluhan dari pasien setelah mendapatkan tindakan. Pada pasien dengan cedera kepala sedang dan risiko perfusi serebral tidak efektif, diharapkan terjadi peningkatan tingkat kesadaran.
- b. Objective:** Data yang dikumpulkan melalui observasi, penilaian, atau pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah intervensi.
- c. Assessment:** Analisis atau interpretasi dari data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan.
- d. Planning:** Rencana tindakan keperawatan selanjutnya, apakah akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana yang telah ada sebelumnya.

2.3 Konsep Range Of Motion (ROM)

2.3.1 Pengertian Range Of Motion (ROM)

Rentang gerak (*Range of Motion/ROM*) merupakan kemampuan maksimal suatu sendi untuk bergerak sebagai hasil dari kontraksi otot. ROM mencerminkan sejauh mana sendi dapat bergerak secara normal. Pada individu yang mengalami gangguan gerak, kondisi ini sangat memengaruhi kemampuan mobilitas fisik, sehingga dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Salah satu keuntungan dari latihan ROM pasif pada pasien stroke adalah kemampuannya untuk meningkatkan rentang gerak sendi. Hal ini terjadi karena saat latihan ROM pasif dilakukan, terjadi kontraksi dan relaksasi otot yang menyebabkan peregangan serabut otot serta peningkatan aliran darah pada sendi yang mengalami kelumpuhan. Hasilnya, terdapat peningkatan rentang gerak terutama pada sendi besar ekstremitas atas dan

bawah, khususnya dalam gerakan abduksi dan adduksi. Oleh karena itu, ROM pasif dapat menjadi alternatif intervensi dalam upaya meningkatkan kemampuan gerak sendi pada pasien stroke dengan paralisis (Adolph, 2021).

2.3.2 Tujuan Range Of Motion (ROM)

Tujuan ROM menurut Hutagaluh (2019) yaitu sebagai berikut :

1. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
2. Mencegah terjadinya kontraktur
3. Memelihara mobilitas persendian
4. Merangsang sirkulasi darah
5. Mencegah kekakuan sendi
6. Memperbaiki tonus otot
7. Memberikan kenyamanan pada klien
8. Untuk meningkatkan motivasi pasien

2.3.3 Manfaat Range Of Motion (Rom)

Manfaat ROM menurut Hutagaluh (2019) yaitu :

1. Gerakan tubuh yang teratur dapat meningkatkan kesegaran tubuh
2. Meningkatkan kekuatan otot dan postur tubuh, menjaga keseimbangan berat badan, mengurangi stres, serta mendorong tercapainya kondisi relaksasi.
3. Menjaga kebugaran tubuh
4. Merangsang peredaran darah dan kelenturan otot
5. Menurunkan stress seperti hipertensi, kelebihan BB, Kepala pusing, kelelahan dan depresi

2.3.4 Indikasi Umum

Menurut Hutagaluh (2019) antara lain :

1. Kelemahan
2. Penurunan kesadaran
3. Pasien dengan tirah baring
4. Fase rehabilitasi fisik

2.1 Kontaindikasi Umum

Beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi dalam pelaksanaan latihan ROM antara lain:

1. Adanya kelainan pada sendi atau tulang,
2. Pasien berada dalam fase imobilisasi akibat gangguan jantung,
3. Latihan ROM tidak dianjurkan jika gerakan tersebut dapat menghambat proses pemulihan cedera,
4. Tidak disarankan melakukan ROM pada pasien dengan tekanan darah yang sedang tinggi.

2.3.5 Prinsip Latihan Range Of Motion (ROM)

Prinsip dasar latihan ROM menurut Hutagaluh (2019) antara lain:

1. Latihan ROM sebaiknya dilakukan sebanyak 6–8 kali dalam satu sesi dan minimal dua kali dalam sehari.
2. Penting untuk mempertimbangkan usia pasien, diagnosis medis, tanda-tanda vital, serta durasi tirah baring sebelum melakukan latihan.
3. Gerakan dalam latihan ROM harus dilakukan dengan perlahan dan hati-hati agar tidak membuat pasien kelelahan.

4. Bagian tubuh yang dapat dilatih dengan ROM meliputi tangan, jari-jari, siku, bahu, leher, kaki, tumit, dan pergelangan kaki.
5. Waktu pelaksanaan latihan ROM sebaiknya disesuaikan dengan kondisi pasien, misalnya dilakukan setelah mandi atau perawatan.

2.3.6 Jenis-jenis Range of Motion

ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

a. ROM aktif

ROM aktif adalah latihan rentang gerak yang dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa bantuan dari perawat maupun orang lain. Latihan ini bertujuan untuk melatih fleksibilitas serta kekuatan otot dan sendi dengan melibatkan penggunaan otot secara aktif. Dalam pelaksanaannya, perawat berperan memberikan dorongan semangat dan membimbing pasien agar dapat melakukan gerakan sendi secara mandiri sesuai dengan batas gerak normal.

b. Rom Pasif

ROM pasif adalah latihan rentang gerak yang dilakukan dengan bantuan perawat karena pasien tidak mampu melakukannya sendiri. Latihan ini umumnya diberikan kepada pasien yang mengalami kelemahan pada otot lengan atau kaki. Tujuan dari latihan ini adalah untuk mempertahankan fleksibilitas otot dan sendi dengan cara menggerakkan bagian tubuh pasien, seperti perawat yang membantu mengangkat dan menggerakkan tangan atau kaki pasien. Gerakan dalam ROM pasif dapat mencakup seluruh sendi tubuh atau hanya bagian ekstremitas yang mengalami gangguan dan tidak dapat digerakkan secara mandiri oleh pasien.

2.3.7 Prosedur Tindakan ROM

Prosedur tindakan ROM menurut Hutagaluh (2019), yaitu :

Peralatan

1. Handuk kecil
2. Lotion
3. Penghangat atau WWZ dan sarungnya

Tahap pra interaksi

1. Mengecek program terapi
2. Mencuci tangan
3. Menanyakan persetujuan atau kesiapan pasien

Tahap kerja

1. Menjaga privasi pasien
2. Mengatur tempat tidur untuk kenyamanan klien dalam melakukan tindakan

ROM

3. Menghangatkan sendi yang akan dilatih kurang lebih 10 menit dan memberi lotion bila perlu
4. Melatih sendi-sendi secara bergantian (8x setiap gerakan)

Prosedur Khusus

1. Bahu : Menggerakkan lengan fleksi-ekstensi-hiperekstensi Menggerakkan lengan abduksi-adduksi Menggerakkan lengan pronasi (rotasi ke dalam) dan supinasi (rotasi keluar) Menggerakkan lengan sirkumduksi (lingkaran penuh)
2. Siku : Menggerakkan lengan fleksi-ekstensi
3. Lengan bawah : Menggerakkan pronasi-supinasi

4. Pergelangan tangan : Menggerakkan ekstensi- fleksi- hiperekstensi
Menggerakkan lengan abduksi-adduksi
 5. Jari-jari :Menggerakkan ekstensi- fleksi- hiperekstensi Menggerakkan lengan
abduksi-adduksi
 6. Ibu jari: Menggerakkan ekstensi- fleksi Menggerakkan lengan abduksi adduksi
Oposisi (sentuh jari-jari menggunakan ibu jari)
 7. Panggul : Menggerakkan ekstensi- fleksi- hiperekstensi Menggerakkan lengan
abduksi-adduksi Menggerakan kaki pronasi- supinasi
 8. Pergelangan kaki dan tangan Menggerakkan dorso fleksi-ekstensi
Menggerakkan inversi- eversi
 9. Jari-jari kaki :Menggerakkan ekstensi- Menggerakkan lengan abduksi-adduksi
Tahap terminasi
1. Merapikan alat
 2. Mengevaluasi hasil tindakan yang dilakukan
 3. Berpamitan dengan pasien
 4. Mencuci tangan
 5. Mencatat kegiatan dalam lembar kegiatan pasien fleksi- hiperekstens

Tabel 2.3 jenis latihan ROM

Jenis Terapi ROM	
Fleksi	Menurunkan sudut sendi
Ekstensi	Meningkatkan sudut sendi
Hiperekstensi	Ekstensi yang lebih jauh atau pelurusan sendi
Abduksi	Pergerakan tulang menjauhi garis tengah tubuh
Adduksi	Pergerakan tubuh menuju garis tengah tubuh
Rotasi	Pergerakan tulang mengelilingi sumbu pusatnya
Sirkumduksi	Pergerakan bagian distal tulang membentuk lingkaran, sementara ujung proksimal tetap
Pronasi	Menggerakkan tulang lengan bawah sehingga Telapak

2.4 Evidence Based Praktik (EBP)

Tabel 2.4 *Evidence Based Practic* (EBP)

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Sample (N)	Hasil Penelitian
1.	Devi Mediarti, Syokumawena, Ema Meryantika	Implementasi Keperawatan Latihan Rom Pasif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik	Metode deskriptif dengan adanya penerapan studi kasus melalui pendekatan Implementasi Keperawatan Dukungan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit RSUD Siti Fatimah Palembang Tahun 2023	Sampel penelitian yang di gunakan dalam penelitian ini adalah 2 orang yaitu laki-laki dan perempuan dengan kriteria yang sama yaitu pasien stroke non hemoragik.	Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Pemberian latihan ROM pasif sebanyak dua kali sehari selama 15–35 menit dengan minimal 4–8 kali pengulangan setiap gerakan terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot, pergerakan ekstremitas, dan rentang gerak (ROM) pada pasien stroke. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa latihan ROM pasif dapat secara signifikan mengatasi kelemahan otot pada pasien stroke non-hemoragik.
2.	Kamesyworol dan Sri Hartati2	Implementasi Keperawatan Latihan	Jenis penelitian ini adalah deskriptif	Sampel penelitian yang	Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Berdasarkan implementasi keperawatan yang telah

	Penguatan Sendi analitik dalam bentuk digunakan peneliti lakukan kepada kasus 1 (Ny.S) dan kasus 2 Pada Pasien Stroke studi kasus untuk dalam penelitian (Ny.R) di Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Non Hemoragik mengeksplorasi ini melibatkan Lahat selama masing – masing 4 hari dari tanggal 23 Dengan Masalah masalah dua orang pasien Mei 2023 – 26 Mei 2023 dengan diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas implementasi yang mengalami gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Fisik keperawatan latihan non haemoragik penurunan kekuatan otot maka, peneliti menyimpulkan penguatan sendi pada stroke RSUD bahwa setelah diberikan asuhan keperawatan dengan pasien stroke non Lahat tindakan mandiri keperawatan latihan ROM aktif hemoragik dengan maupun pasif selama 4 hari hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil kekuatan otot pada masalah gangguan kedua ekstremitas meningkat yaitu pada ekstremitas mobilitas fisik kanan atas/bawah dari skala 2 menjadi 3 dan ekstremitas kiri atas/bawah dari skala 0 menjadi 1.			
3.	Cindita Bella , Penerapan Range Of Motion (ROM) Pasif Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien	Metode penelitian ini adalah desain studi kasus (case study)	Sampel penelitian ini yang digunakan yaitu pasien stroke non hemoragik dengan masalah	Berdasarkan hasil uraian penerapan di atas, dapat disimpulkan bahwa pemberian latihan Range of Motion (ROM) pada pasien stroke non-hemoragik belum menunjukkan peningkatan yang signifikan terhadap kekuatan otot tangan dan kaki. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun intervensi ROM telah dilakukan, hasil

		Stroke Non Hemoragik Di Kota Metro		keperawatan hambatan mobilitas fisik.	yang diperoleh belum maksimal dalam meningkatkan fungsi otot ekstremitas pasien.
4.	Yuni Salmawanti ¹ , Dewi Siyamti ¹	Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Range Of Motion pada Stroke Non Hemoragik (Studi Kasus)	Metode penelitian ini adalah deskriptif kualitatif bentuk studi kasus.	Sampel penelitian ini adalah penderita stroke non hemoragik sebanyak satu pasien yang dirawat di Charlie Hospital.	Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di Charlie Hospital, dapat disimpulkan bahwa intervensi keperawatan berupa latihan <i>range of motion</i> (ROM) yang dilakukan selama tiga hari mampu meningkatkan kekuatan otot, khususnya pada bagian jari tangan kanan, dari sebelumnya nilai 2 menjadi 3. Pasien yang semula tidak mampu menggenggam bola, setelah intervensi dapat menggenggam bola dan menirukan gerakan secara perlahan. Hal ini menunjukkan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot dan berperan signifikan dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.
5.	Maesaroh	Penerapan Tindakan Keperawatan Dukungan Mobilisasi Dengan Teknik	Metode penelitian ini adalah studi kasus dengan desain deskriptif	Sampel penelitian ini berjumlah satu pasien dengan	Studi kasus yang dilakukan selama lima hari di unit stroke RSUD Gunung Jati Cirebon menunjukkan bahwa pemberian latihan Range of Motion (ROM) pasif dan aktif secara rutin dua kali sehari, masing-masing selama

Range Of Motion Dan Pasif dan Aktif Pada Pasien Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Kasus Stroke Non Hemoragik Di Ruang Unit Stroke Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon	masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke non hemoragik.	5–10 menit, efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas kiri pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. Hasil ini mengindikasikan bahwa intervensi ROM yang dilakukan secara teratur dan berkelanjutan berpotensi menjadi metode non farmakologis yang efektif dalam mengatasi masalah keperawatan terkait gangguan mobilitas fisik.
--	---	---

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHSAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Ny. I
Tanggal Lahir : 07-02-1972
Umur : 53 Tahun
Pendidikan : SD
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda
Alamat : Kp. Ciloa
Diagnosa Medis : Stroke Infark

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. K
Tanggal Lahir : 35 Tahun
Umur : 35 Tahun
Pendidikan : SMA
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda

Pekerjaan : IRT
 Alamat : Kp. Ciloa
 Hubungan dengan Klien : Anak

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh lemas pada ekstremitas kiri atas dan kiri bawah

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Klien masuk Rs pada tanggal 30 April 2024 jam 10.00 WIB, melalui poliklinik di RSUD dr. Slamet Garut, keluarga pasien mengatakan 3 hari yang lalu mengalami kelemahan anggota badan sebelah kiri, mulut sedikit pelo, dan terasa pusing. Setelah itu langsung di rujuk untuk rawat inap di ruangan santolo.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 30 April 2025 jam 11.00 WIB, pasien mengeluh lemas pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri, keluhan dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan lengan dan kakinya terasa berat saat ingin digerakan. Pasien juga berbicara sedikit pelo, terkadang terasa pusing.

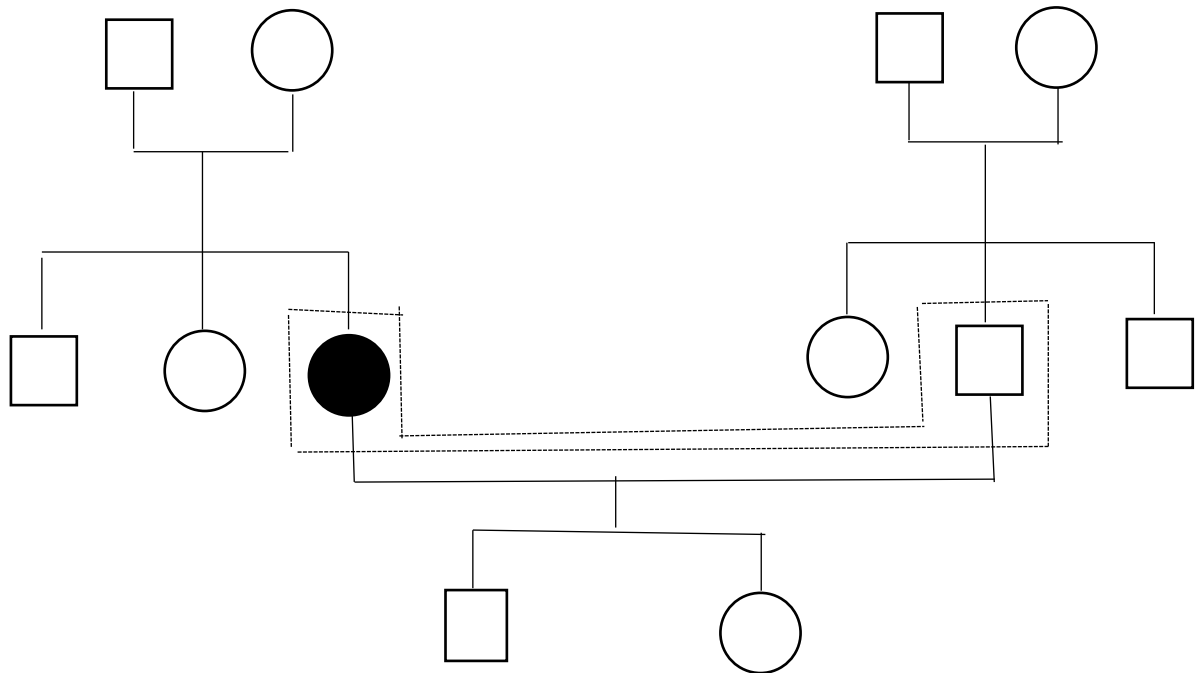
d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun. Terakhir bulan maret di periksa di klinik sancang dengan TD: 170/100 MmHg.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya ada yang mempunyai riwayat hipertensi yaitu orang tua klien.

f. Genogram



Ket :



: Laki -laki



: Perempuan



: Klien



: Meninggal dunia



: Tinggal serumah

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Baik

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

GCS	: E : 4 M: 5 V: 6 = 15
TTV	: 150/100 MmHg
Suhu	: 36,5°C
Nadi	: 80x/Menit
RR	: 20x/Menit
SPO2	: 98 %
BB saat ini	: 55 Kg

b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem pernapasan

Hidung tampak simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak ada sianosis, tidak terdapat pembekakan sinusitis, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, perkusi paru suara sonor di kedua lapang paru, suara nafas vesikuler, tidak ada penggunaan alat bantu napas.

2) Sistem kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, tidak ada peningkatan vena jugularis, tidak terdapat nyeri tekan, nadi teraba kuat, irama jantung teratur, CRT <3 detik, suara perkusi jantung terdengar *dullness*, bunyi jantung S1 dan S2 terdengar leguler.

3) Sistem Gastrointestinal

Mukosa bibir tampak lembab, bentuk bibir tidak simetris (agak moncong ke sebelah kiri), bising usus 12 x/menit, tidak terdapat lesi, posisi lidah di tengah,

lidah berwarna merah muda, tidak ada pembengkakan, abdomen datar, tidak terdapat asites dan tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen, suara abdomen terdengar timpani.

4) Sistem persyarafan

1. Nervus I (Olfaktorius)

Kemampuan hidung baik, klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi yang diberikan.

2. Nervus II (Optikus)

Ketajam klien baik, lapang pandang mata kanan dan kiri klien baik, klien dapat melihat tulisan jarak 1 meter.

3. Nervus (Okulomotorius), nervus IV (Trochlearis), nervus VI (Abdusen)

Pupil kanan dan kiri respon terhadap rangsangan cahaya, kedua pupil isokor dibuktikan dengan saat di berikan rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter 3 mm, pergerakan bola mata klien normal.

4. Nervus V (Trigemius)

Klien dapat merasakan kapas yang disentuhkan pada dahi, pipi, dan dagu ditandai dengan klien mengaguk pada saat ditanyakan merasakan sentuhan kapas atau tidak, klien memberikan refleks kedipan secara spontan saat di goreskan ujung kapas pada sklera, klien bisa mengunyah dan menelan makanan lunak dengan baik.

5. Nervus VII (Fasialis)

Klien dapat meringis, klien dapat tersenyum tetapi hanya bagian kanan saja, klien dapat memoncongkan mulut ke kanan dan ke kiri tetapi jika klien diam

tampak wajah klien mencong ke sebelah kiri, klien dapat mengunci bibir saat mengembungkan kedua pipi, klien dapat mengerutkan dahi, mengangkat alis. Klien bisa merasakan sensasi rasa asin dan manis.

6. Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Pandangan klien baik pada telinga kanan dan kiri, klien dapat mendengar suara gesekan tangan dan detikan alroji dengan jarak 30cm ditandai saat dilakukan tes klien mengagguk ketika ditanya apakah mendengar gesekan suara tangan dan detikan alroji. Fungsi keseimbangan klien sedikit terganggu karena mengalami kelemahan fisik.

7. Nervus XI (Glosofaringeus) dan nervus X (Vagus)

Reflek menelan klien baik, reflek muntah (*Gag refleks*) klien baik, klien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah

8. Nervus XI (Akseserius)

Klien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengaguk, menoleh ke kiri dan ke kanan secara perlahan.

9. Nervus XII (Hipoglosus)

Terjadi deviasi lidah ke arah yang lemah yaitu deviasi lidah ke kiri, klien dapat menonjolkan lidah.

5) Sistem perkemihan

Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekanan, tidak terdapat distensi pada vesika urinaria, keadaan kandung kemih baik.

6) Sistem integumen

Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, keadaan kulit baik, pemasangan infus tidak ada hematoma, rambut tampak bersih berwarna hitam keputihan, keadaan kuku tampak bersih, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada oedema, tidak terdapat luka dekubitus pada kulit.

7) Sistem muskuloskeletal

Pemeriksaan pada ekstremitas atas kedua tangan tampak simetris, tidak ada lesi, tangan sebelah kanan terpasang jalur infus, jumlah jari lengkap, ekstremitas kanan dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, ekstremitas atas kiri terdapat kelemahan, tonus otot ekstremitas kiri lemah, tidak ada nyeri tekan dan edema. Pemeriksaan pada ekstremitas bawah, kedua kaki tampak simetris, tidak terdapat lesi atau edema. Ekstremitas kanan bawah dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, pada ekstremitas bawah kiri lemah, tidak ada nyeri tekanan atau edema.

Kekuatan otot

5	1
5	2

Dan sendi sedikit kaku

8) sistem penginderaan

penglihatan : Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, ketajaman penglihatan baik, pergerakan bola mata baik, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

Penciuman : Hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman baik..

Pendengaran : Telinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran tulang mastoid, fungsi pendengaran klien mampu mendengar setiap perkataan pengkajian, dan tidak ada nyeri tekan

9) sistem endokrin

tidak terdapat pembengkakan dan lesi pada leher, tidak terdapat nyeri tekan di leher, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan paratiroid, kelajar getah bening tidak teraba pembesaran.

10) sistem reproduksi

genetalia tidak ada kelainan, tidak ada pembengkakan pada skortum, tidak ada iritasi di meatus uretra

5. Aktivitas sehari-hari (accivity living)

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Tabel 3.1 IMT

$$\text{IMT} \frac{BB}{TB \times TB (m)} = \frac{57}{1,55 \times 1,55} = \frac{55}{2,4025} = 22,89$$

Status	kategori	Batas Ambang
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,00
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,00 s.d 18,50
Normal	Ideal	>18,50 s.d 25,00
kegemukan	Kelebihan BB tingkat ringan (overweight)	>25,00 s.d 27,00
	Kelebihan BB tingkat berat (obesitas)	>27,00

Tabel 3.2 kebutuhan kalori

Keb. EMB (AMB)	1 Kal X BB Klien X 24 Jam	= A kalori
AMB + Aktivitas Fisik	AMB (Tabel) X A kalori	= B kalori
Jadi kebutuhan Kalori Perhari adalah		B kalori

Tabel 3.3 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)

Aktivitas	Laki-laki	Perempuan
Sangat ringan	1,30	1,30
Ringan	1,65	1,55
Sedang	1,76	1,70
Berat	2,10	2,00

Hasil hitungan kalori klien :

a. Kebutuhan kalori saat sehat :

$$\text{Keb. EMB : } 1 \text{ Kal} \times 55 \times 24 = 1.320$$

$$\text{AMB + Aktivitas Fisik : } 1,70 \times 1320 = 2.2441 \text{ Kalori/hari}$$

b. Kebutuhan kalori saat sakit

$$5. \text{ Keb. EMB : } 1 \text{ Kal} \times 55 \times 24 = 1.320$$

$$6. \text{ AMB + Aktivitas Fisik : } 1,30 \times 1320 = 1.716 \text{ kalori/hari}$$

Kebutuhan cairan dewasa

Rumus kebutuhan cairan

$$\text{BB } 10 \text{ Kg pertama} = 1 \text{ lrt/hari cairan}$$

$$\text{BB } 10 \text{ Kg kedua} = 0,5 \text{ ltr/hari cairan}$$

$$\text{BB} > 10 \text{ Kg} = 20 \text{ ml} \times \text{sisa BB}$$

Hasil hitungan kebutuhan cairan

$$\text{BB} = 55$$

$$\text{BB } 10 \text{ Kg pertama} = 1 \text{ lrt/hari cairan} = 1000 \text{ ml}$$

$$\text{BB } 10 \text{ Kg kedua} = 0,5 \text{ ltr/hari cairan} = 500 \text{ ml}$$

$$\text{BB} > 10 \text{ Kg} = 20 \text{ ml} \times 35 = 700 \text{ ml}$$

$$\text{Kebutuhan sisa cairan klien : } 1000 + 500 + 700 = 2.200 \text{ ltr/hari}$$

Tabel 3.4 Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

No	ADL	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan - Kebutuhan kalori - Jenis - Porsi - Frekuensi - Diet khusus - Makanan disukai - Kesulitan menelan - Usaha mengatasi masalah	2.2441 Nasi putih, lauk pauk 1 porsi 3x/hari Tidak ada Sayuran Baik Tidak ada	1.716 Bubur, ayam ½ porsi 3x/hari Tidak ada Tidak ada Kurang Tidak ada keluhan
2.	Pola Minum - Jenis Minuman - Frekuensi - Jumlah - Kebutuhan cairan - Pantangan - Minuman yang disukai - Usaha mengatasi masalah	Air putih, the, susu ± 7 kali/hari 250 ml/gelas 2.200 ltr/hari Tidak ada Susu Tidak ada keluhan	Air putih ± 7 kali/hari 250 ml/gelas 2.200 ltr/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada keluhan
3.	ELIMINASI BAK - Frekuensi - Warna - Jumlah output - Keluhan BAK - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Kesulitan	1x/hari Kuning kecoklatan Tidak ada Tidak ada keluhan ± 4-5 kali/hari Klien tidak tahu Kuning pekat Tidak ada	Belum BAB Belum BAB Belum BAB Tidak ada keluhan Terpasang kateter Kuning pekat Tidak ada Tidak ada
4.	ISTIRAHAT & TIDUR Siang - Lama tidur - Keluhan - Mempermudah tidur - Mempermudah bangun Malam - Lama tidur - Keluhan - Mempermudah tidur - Mempermudah bangun	Jarang tidur siang Tidak ada Tidak ada Kebisingan ±6 jam Tidak ada Kecapean, lelah kebisingan	±1 jam Mudah terbangun Tidak ada Kebisingan ±5 jam Mudah terbangun Tidak ada Kebisingan
5.	Personal Hygiene		

- Mandi	Klien mandi 2x/hari dan melakukannya sendiri tanpa bantuan	Klien hanya di spon saja 1x/hari
- Menggosok gigi	Klien menggosok gigi 2x per/hari	Menggosok gigi 1x/hari
- Keramas	Klien keramas 3x/minggu	Belum keramas
- Ganti pakaian	1x/hari	1x/hari dibantu oleh keluarganya
- Keluhan	Tidak ada keluhan	Klien mengatakan merasa kesulitan

6. Tingkat Kemandirian Klien

Tabel 3.5 Tingkat Kemandirian

No	Jenis	Sehat					Selama Dirawat				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Mandi	√									√
2.	Berpakaian	√									√
3.	Eliminasi	√									√
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√									√
5.	Berpindah	√									√
6.	berjalan	√									√
7.	Berbelanja	√									√
8.	Memasak	√									√
9.	naik tangga	√									√
10.	Pemeliharaan rumah	√									√

Ket :

- 0 : Mandiri
- 1 : Alat Bantu
- 2 : Dibantu Orang Lain
- 3 : Dibantu orang lain – alat
- 4 : tergantung/tidak mampu

7. Data Psikologis

a. Status Emosi

Saat dilakukan pengkajian status emosi klien stabil dan kooperatif ketika diajak

bicara

b. Tingkat kecemasan

Saat dilakukan pengkajian klien merasa cemas dengan kondisinya sekarang, terlebih penyakitnya saat ini akan memerlukan waktu lama untuk proses penyembuhannya.

c. Konsep diri

1) Gambaran diri/*body image*

Klien mengatakan menyukai bagian hidungnya, klien mensyukuri apa yang ada di tubuhnya dalam keadaan sehat maupun sakit.

2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin bagian tangan kiri dan kaki kirinya yang mengalami kelemahan bisa bergerak kembali.

3) Harga diri

Klien tidak merasa malu ataupun minder dengan keadaanya saat ini, klien merasa percaya diri.

4) Peran diri

Klien berperan sebagai ibu dan nenek di rumahnya.

5) Identitas diri

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan

d. Mekanisme koping

Klien terbuka ketika memiliki masalah dan bisa menceritakan masalahnya kepada suami dan anaknya, suaminya adalah orang terdekatnya.

8. Data Sosial

a. Pola Interaksi

Klien berinteraksi baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien yang lainnya. Selama pengkajian pasien kooperatif.

b. Gaya Komunikasi

Klien berasal dari suku sunda, berkomunikasi menggunakan bahasa sunda.

c. Hubungan dengan Orang Lain

Klien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan sesama, klien tampak berhubungan dengan baik dengan tenaga kesehatan maupun klien satu kamarnya.

9. Pola Keyakinan dan Nilai

Keluarga klien mengatakan semasa sehat klien rajin beribadah ke masjid dan selalu sholat 5 waktu dengan tepat waktu dan tampak selalu berdo'a atas kesembuhannya.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.5 pemeriksaan laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan Normal
1.	Hemoglobin	14 g/dl	13 -16
2.	Leukosit	6.270/	3.000 – 10.600
3.	Eritrosit	4.29 Juta/mm	3.6 - 47
4.	Hematokrit	42 %	35 – 47
5.	Trombosit	252.000/mm	150.000 – 440.000
5.	Glukosa darah sewaktu	93 mg/dl	<140
6.	SGOT	25 u/L	0 – 31
7.	SGPT	17 u/L	< 35

b. Pemeriksaan lainnya

CT Scan : Infark pada pons

11. Terapi Farmakologi

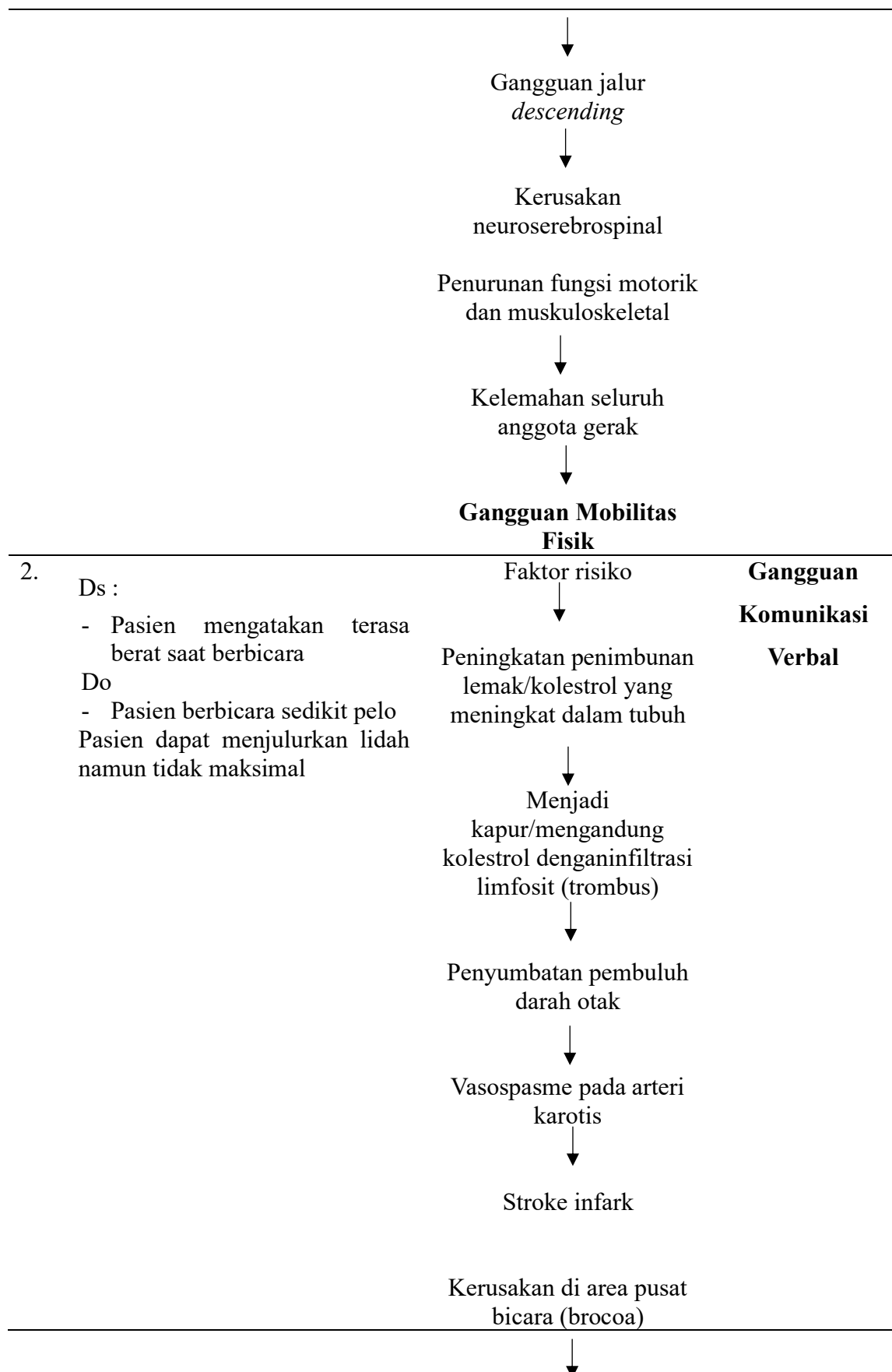
Tab 3.6 terapi farmakologi

Nama Obat	Rute	Pemberian	Riwayat/keterangan obat
Infus asering	IV	20 Tpm	Untuk terapi cairan dan menjaga keseimbangan elektrolit
Citicoline	IV	2x1 g	Untuk mengatasi gangguan memori atay perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedra kepala
Omeprazole	IV	2 x 40 g	Untuk mengatasi asam lambung berlebihan dan keluhan yang mengikutinya
Mecobalamin	IV	2 x 500 mg	Untuk mengatasi kekurangan B12 yang baik untuk menjaga kesehatan sistem saraf

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
	Ds :	Faktor risiko	Gangguan Mobilitas fisik (D. 0054
	- Pasien mengeluh ekstremitas kiri tidak bisa digerakan dan ekstremitas bawah bagian kiri susah digerakan	Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam tubuh	
	- Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya	↓	
	Do :	Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus)	
	- Klien tampak lema	↓	
	- Kekuatan otot	Penyumbatan pembuluh darah otak	
	$\frac{5}{5} \quad \frac{1}{2}$	↓	
	- Klien mengalami hemiparisis pada anggota tubuh sebelah kiri	Vasospasme pada arteri karotis	
	Tampak hambatan dalam melakukan ADL	↓	
		Stroke infark	
		↓	
		Terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal	





3.	Ds : - Pasien mengeluh lemas lengan dan ekstremitas kiri dan berbicara sedikit pelo dan terkadang selalu pusing - Do - Gcs : 15 : Compos Mentis - TD : 170/100 Mmhg - N : 99 x/menit - R : 22 x/menit S : 36,5	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam tubuh ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Menurunnya suplai darah O ₂ dan nutrisi ke jaringan otak	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
----	--	---	---

↓

**Risiko perfusi serebral
tidak efektif**

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilisasi fisik b.d penurunan fungsi motorik

DS :

- Pasien mengeluh ekstremitas kiri tidak bisa digerakan dan ekstremitas bawah bagian kiri susah digerakan
- Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya

Do :

- Klien tampak lema

- Kekuatan otot

5	1
5	2

- Klien mengalami hemiparisis pada anggota tubuh sebelah kiri
- Tampak hambatan dalam melakukan ADL

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan di area pusat bicara (*brocoa*)

Ds :

- Pasien mengatakan terasa berat saat berbicara

Do :

- Pasien berbicara sedikit pelo
- Pasien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah O2 dan nutrisike jaringan otak

Ds :

- Pasien mengeluh lemas lengan dan ekstremitas kiri dan berbicara sedikit pelo dan terkadang selalu pusing

Do

- Gcs : 15 : Compos Mentis
- TD: 150/100 Mmhg
- HR : 80 x/menit
- RR : 20 x/menit

- SPO2 :98%
- S : 36.5°C

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	TUJUAN KEPERAWATAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI L.05042) - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Kaku sendi menurun - Kelemahan fisik menurun	(Dukungan Mobilisasi I.05173) Observasi : 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 5. Terapeutik 6. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar, tempat tidur) 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Edukasi	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien 5. Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan 6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot

			9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Ajarkan latihan range of motion (ROM) pasif pada keluarga	7. Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi 8. diberikan mobilisasi 8. Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118) - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat - Pelo menurun - Gagap menurun	Promosi komunikasi : Defisit Bicara (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) Terapeutik 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu	1. Untuk melihat gangguan komunikasi pada klien 2. Untuk mengetahui proses kognitif, abatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Untuk bisa memahami apa yang disampaikan klien 4. Untuk mempermudah klien ketika diajak berkomunikasi 5. Untuk mengkorfirmasi apa yang disampaikan klien benar 6. Agar ucapan klien lebih jelas dan melatih artikulasi klien

			gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien 6. Edukasi 7. Ajarkan terapi vokal 8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	7. Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi dari segi bahasa maupun bicara 8. Untuk mempercepat penyembuhan
3.	Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: (SLKI L.02014) - Tingkat kesadaran meningkat - Tekanan intrakranial menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah - Nilai tekanan darah membaik	(Manajemen Peningkatan Intrakranial I.09325) Observasi 1. Identifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensi peningkatan TIK 3. Untuk pemantauan peningkatan TIK 4. Untuk pemantauan pola pernapasan klien dan kebutuhan O2

			4. Monitor status pernafasan 5. Monitor intake dan output cairan Teurapeutik: 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Pertahankan suhu tubuh normal 9. Berikan terapi obat sesuai advice dokter	5. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah terjadinya shyok hipovolemik 6. Untuk memberikan ketenangan dan nyaman untuk klien 7. Posisi semi fowler untuk membantu menurunkan TIK, menjaga MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung 8. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan menjadi rileks dengan suhu yang normal 9. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung
--	--	--	--	--

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	DP	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	paraf
Rabu , 30 April 2025	I	07.30	- Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik lainnya yang dirasa. Tanda-tanda vital: TD: 150/100 MmHg	10.00	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih mengalami kelemahan O - Tanda-tanda vital TD: 150/100 MmHg HR : 80 x/menit RR : 20 x/menit SPO2 :98% S : 36.5°C - Klien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri - Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{2}$	 Siti Maryam
		09.05	HR : 80 x/menit RR : 20 x/menit SPO2 :98% S : 36.5°C			
		09.10	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon/hasil : Klien mengatakan semua aktifitasnya dibantu oleh keluarga.			
		09.15	- Mengkaji kekuatan tonus otot pasien Respon/hasil : $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{2}$ Kekuatan otot			
		09.20	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		A : - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : - Memonitor TTV - Latih ROM Pasif	

		09.23	Respon/hasil : klien dan keluarga mengerti dengan tujuan yang dilakukan latihan ROM pasif - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring		- monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	
		09.40	- Melatih ROM pasif Respon/hasil : klien mampu dilatih ROM pasif			
		09.45	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Respon/hasil : klien selalu memperhatikan dan membantu klien			
Rabu , 30 April 2025	II	10.05	- Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara Respon/hasil : bicara klien lambat dan kurang jelas	10..40	S : - Klien mengatakan sulit berbicara dengan jelas O : - Bicara klien pelo sedang - Kemampuan bicara sedang - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh sedang - Klien terdengar tidak jelas ketika berbicara	 Siti Maryam
		10.10	- Menggunakan metode komunikasi alternatif Respon/hasil : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami			

		10.15	- Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Respon/hasil : bicara dengan klien secara perlahan		- A : - Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi - Lanjutkan intervensi - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Gunakan metode komunikasi alternatif - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien	
		10.20	- Mengulangi apa yang disampaikan pasien		Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO"	
		10.25	Respon/hasil : klien mengerti dan membenarkan pengulangan			
		10.30	- Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" Respon/hasil : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik			
Rabu , 30 April 2025	III	10.45	- Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serbral) Respon/hasil : ditemukan infark pada pons		S : - Klien mengatakan ekstremitas atas dan bawah bagian kiri sulit digerakan - Klien mengatakan masih merasakan pusing	 Siti Maryam
		10.50	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) Respon/hasil : - GCS : 15 (Compos Mentis) - TD : 150/100 Mmhg		O : - GCS 15 (Compos mentis) - TD : 150/100 Mmhg - Suhu : 36,5°C - Nadi : 87 x/menit - Spo2 : 98% - RR : 21 x/menit	
		10.55	- Suhu : 36,5°C		- MAP	

			- Nadi : 87 x/menit Spo2 : 98% Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Respon/hasil : 116,7 mmhg - Memonitor status pernafasan Respon/hasil : pernafasan vesikuler tidak ada suara napas tambahan, RR : 21 x/menit - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/hasil : Membatasi jumlah pengunjung - Memberikan posisi semi fowler Respon/hasil : Posisi klien semi fowler 30 telah diberikan - Memberikan terapi obat - Citicolin 1 x 1 g, omeprazole 1 x 40 g, mecobalamin 1 x 500 µg, atorvasin 1 x 20 mg	- Infark pada pons A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi fowler - Monitor status pernafasan - Berikan terapi obat	
--	--	--	--	---	--

Kamis 01 Mei 2025	I	07.30	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan melakukan TTV	10.00	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih mengalami kelemahan O - Tanda-tanda vital - TD: 14/90 Mmhg - HR : 82 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO2 :98% - S : 36.5°C - Klien mengikuti gerakan ROM - Klien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri - Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{2}$ - Tampak hambatan dalam melakukan ADL - A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Latih ROM Pasif	 Siti Maryam
		09.05	- Respon/hasil : klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dan fisik lainnya yang dirasa. Klien mengatakan lemes dan kaku belum berkurang. TTV TD: 140/90 Mmhg HR : 82 x/menit RR : 20 x/menit SPO2 :98% S : 36.5°C			
		09.10	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi - Respon/hasil : Ekstremitas atas dan bawah bagian kiri masih lemas dan susah digerakan.			
		09.15	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi			

		09.20	Respon/hasil : TD : 140/90 MmHg, N : 89 x/menit - memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : Pagar tempat tidur digunakan klien digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau merubah posisi miring		- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	
		09.23	- melatih ROM pasif Respon/hasil : Klien mampu dilatih ROM Pasif			
		09.40	- memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon/hasil : Keadaan umum klien baik dan stabil - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Respon/hasil : Keluarga klien selalu memperhatikan dan membantu klien			
Kamis 01 Mei 2025	II	10.05	- memonitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume dan diksi bicara Respon/hasil : Bicara klien masih masih lambat namun sedikit bertambah jelas	10.40	S : - klien mengatakan bicaranya masih berat dan sedikit sulit O : - klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas - klien masih sulit menyusun kalimat	 Siti Maryam
		10.10	- menggunakan metode komunikasi alternatif			

		10.15	Respon/hasil : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami - menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan		- Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh sedang	
		10.20	Respon/hasil : Klien mengerti dan membenarkan pengulangan - menganjurkan berbicara secara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" Respon/hasil : Klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik		A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Gunakan metode komunikasi alternatif - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO"	
Kamis 01 Mei 2025	III	10.50	- Mengidentifikasi peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	11.30	S : - klien mengatakan pusingnya sudah hilang O : - GCS : 15 (compos mentis) - TD: 140/90 MmHg - HR : 82 x/menit - RR : 21 x/menit - SPO2 :98%	 Siti Maryam
		10.55	Respon/hasil : - GCS : 15 (compos mentis) - TD: 140/90 MmHg - HR : 82 x/menit - RR : 21 x/menit			

		11.00	- SPO2 :98% - S : 36.5°C - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Respon/hasil : MAP : 106		- S : 36.5°C - RR : 21 x/menit - MAP : 106,7 A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi fowler - Monitor status pernafasan - Berikan terapi obat	
		11.10	- Memonitor status pernapasan Respon/hasil : pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, RR : 21 x/menit			
		11.15	- Memberikan posisi semi fowler Respon/hasil : posisi semi fowler 30			
		11.20	- Memberikan terapi obat Respon/hasil : Citicoline 1 x 1g Omeprazole 1 x 40 g Mecobalamin 1x 500 µg Atorvastatin 1 x 20 mg			
Jumat, 02 April 2025	I	14.05	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan TTV R/klien tidak mengeluh adanya nyeri pada ekstremitasnya Respon/hasil : TD: 130/80 MmHg HR : 82 x/menit	14.50	S : - Klien masih mengeluh ekstremitas kirinya masih mengalami kelemahan	

		14.10	SPO2 :98% - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon/hasil : kaki kiri klien sudah bisa sedikit di geser dan tangan kiri sudah mulai bisa menggerakkan jari-jarinya saja		O : - TTV - TD: 130/80 Mmhg - HR : 82 x/menit - SPO2 :98% - RR : 20x/menit - SPO2 :98% - Klien tampak lemah - Ektremitas kiri klien masih sulit digerakan - Kaki kiri klien sudah bisa digerakan namun tidak bisa menahan tahanan - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table>	5	2	5	3	
5	2									
5	3									
		14.15	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon/hasil : N : 82x/menit, TD :			Siti Maryam				
		14.20	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : Pagar tempat tidur digunakan klien untuk merubah posisi miring							
		14.25	- Melatih ROM pasif Respon/hasil : Klien mampu dilatih ROM pasif							
		14.30	- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon/hasil : Kondisi umum klien baik		A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian					
		14.35	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan mobilisasi Respon/hasil :		P : Lanjutkan intervensi - Latih Rom pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah					

			keluarga selalu memperhatikan dan membantu		- Monitor kondisi umum selama melakukan ROM	
	II	14.55	- Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Respon/hasil : Bicara klien masih lambat, namun sudah bertambah jelas	15.25	S : - klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit	 Siti Maryam
		15.00	- Menggunakan metode komunikasi alternatif Respon/hasil : Dilakukan jika bicara klien susah dipahami		O : - Klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas - Klien masih tampak sulit menyusun kalimat	
		15.05	- Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Respon/hasil : Bicara dengan klien secara perlahan		A : Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian	
		15.10	- Mengulangi apa yang disampaikan klien Respon/hasil : Klien mengerti dan membenarkan		P : lanjutkan intervensi	
		15.15	- Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" Respon/hasil : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik		- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Gunakan metode komunikasi alternatif - Ulangi apa yang disampaikan oleh pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO"	

III	15.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadran menurun)	16.00	S : - Klien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan pusingnya sudah hilang - O : - TTV - GCS : 15 (compos mentis) - TD : 130/80 MmHg - Suhu : 36,7 °C - Nadi : 85 x/menit - RR : 20 x/menit - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Respon/hasil : 96,7 - A : Masalah risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian - P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi fowler - Monitor status pernafasan - Berikan terapi obat	 Siti Maryam
	15.35	Respon/hasil : - GCS : 15 (compos mentis) - TD : 130/80 MmHg - Suhu : 36,7 °C - Nadi : 85 x/menit - RR : 20 x/menit - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Respon/hasil : 96,7			
	15.40	- Memonitor status pernapasan Respon/hasil : pernapasan vesikuler tidak ada suara napas tambahan, RR ; 20 x/menit			
	15.45	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/hasil : Batasi jumlah pengunjung			
	15.50	- Memposisikan semi fowler Respon/hasil : Posisi semi Fowler 30 - Memberikan terapi obat			

			Respon/hasil : Citicoline 1 x 1g Omeprazole 1 x 40 g Mecobalamin 1x 500 µg Atorvastatin 1 x 20 mg			
--	--	--	--	--	--	--

3.1.6 Catatan Perkembangan

No Dx	Hari/Tanggal/Waktu	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
I	Sabtu, 03 April 2025	14.05	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan TTV R/klien tidak mengeluh adanya nyeri pada ekstremitasnya Respon/hasil : TD: 130/80 Mmhg HR : 82 x/menit SPO2 :98%	S : - Klien masih mengeluh ekstremitas kirinya masih mengalami kelemahan O : - TTV - TD: 130/80 Mmhg - HR : 82 x/menit - SPO2 :98% - RR : 20x/menit - SPO2 :98% - Klien tampak lemah - Ektremitas kiri klien masih sulit digerakan	 Siti Maryam
		14.10	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Respon/hasil : kaki kiri klien sudah bisa sedikit di geser dan tangan kiri sudah mulai bisa menggerakkan jari-jarinya saja	- Kaki kiri klien sudah bisa digerakan namun tidak bisa menahan tahanan	
		14.15	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon/hasil : N : 82x/menit, TD :	- Kekuatan otot 5 2 5 3	
		14.20	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon/hasil : Pagar tempat tidur digunakan klien untuk merubah posisi miring	- Tampak hambatan dalam melakukan ADL	
			- Melatih ROM pasif		

		14.25	Respon/hasil : Klien mampu dilatih ROM pasif	A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian	
		14.30	- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	P : Lanjutkan intervensi	
			Respon/hasil : Kondisi umum klien baik	- Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan	
		14.35	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	- <i>Discharge planning</i> terkait dengan perawatan pasien stroke di rumah	
			Respon/hasil : - keluarga selalu memperhatikan dan membantu		
II		14.55	- Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S :	
			Respon/hasil : Bicara klien masih lambat, namun sudah bertambah jelas	- klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit	
		15.00	- Menggunakan metode komunikasi alternatif	O :	
			Respon/hasil : Dilakukan jika bicara klien susah dipahami	- Klien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas	
		15.05	- Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	- Klien masih bisa mengucapkan beberapa kalimat dengan jelas	
			Respon/hasil : Bicara dengan klien secara perlahan	A : Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian	
		15.10	- Mengulangi apa yang disampaikan klien	P : lanjutkan intervensi	
			Respon/hasil : Klien mengerti dan membenarkan	- Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan	



Siti Maryam

		15.15	- Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” Respon/hasil : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	- <i>Discharge planning</i> terkait perawatan stroke di rumah	
III		15.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadran menurun)	S : - Klien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan pusingnya sudah hilang - O : - TTV - GCS : 15 (compos mentis) - TD : 130/80 MmHg - Suhu : 36,7 °C - Nadi : 85 x/menit - RR : 20 x/menit - MAP : 96,7 - A : Masalah risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian - P : Lanjutkan intervensi - Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan	 Siti Maryam
		15.35	Respon/hasil : - GCS : 15 (compos mentis) - TD : 130/80 MmHg - Suhu : 36,7 °C - Nadi : 85 x/menit - RR : 20 x/menit - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Respon/hasil : 96,7		
		15.40	- Memonitor status pernapasan Respon/hasil : pernapasan vesikuler tidak ada suara napas tambahan, RR ;		
		15.45	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon/hasil : Batasi jumlah pengunjung - Memposisikan semi fowler Respon/hasil : Posisi semi Fowler 30		

		15.50	- Memberikan terapi obat Respon/hasil : Citicoline 1 x 1g Omeprazole 1 x 40 g Mecobalamin 1x 500 µg Atorvastatin 1 x 20 mg		
--	--	-------	---	--	--

3.2 Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. I di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut selama 3 hari dari tanggal 30 April – 3 Mei 2025 serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi. Selama dilapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. I, karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut:

3.2.1 Pengkajian Data dan Analisa Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Yulanda *et al.*, 2022).

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 30 April 2025 di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut, pada klien Ny. I yang berdomisili di kp. Cioa, berusia 53 tahun dengan diagnosa medis stroke infark. Keluhan utama klien mengalami kelemahan ekstremitas kiri atas dan bawah, keluhan dirasakan sejak 3 hari yang lalu. Lemas dirasakan pada bagian lengan bagian kiri dengan kekuatan otot 0 dan pada kaki kiri kiri dengan kekuatan otot 1. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing. Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran composmentis dengan nilai GCS 15, dan nadi 80 x/menit, tekanan darah 150/100

MmHg, Suhu 36,5 °C, frekuensi napas 20 x/menit, serta spo2 : 98%. Dari hasil pengakjian jika dikaitkan dengan teori menurut Agustin (2022) Pada pasien yang mengalami stroke, terdapat sejumlah tanda dan gejala yang umumnya muncul, seperti kelemahan atau kelumpuhan mendadak pada salah satu sisi tubuh, penurunan sensitivitas secara tiba-tiba, bicara cadel, kesulitan dalam berbicara maupun berbahasa, asimetri pada wajah saat tersenyum, sakit kepala yang sangat hebat, penurunan tingkat kesadaran, serta gangguan pada fungsi otak.

Penulis menyimpulkan bahwa hasil pengkajian sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan keluhan utama pada pasien stroke infark. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak, yang mengakibatkan sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Kekurangan oksigen ini menyebabkan kerusakan pada membran sel, sehingga sel otak mengerut, mengalami defisit neurologis, dan akhirnya mati. Jika kondisi ini berlangsung terus-menerus, jaringan otak akan mengalami infark. Akibatnya, sistem persarafan tubuh terganggu, terutama dalam hal kontrol gerak volunter, yang kemudian menimbulkan gejala seperti hemiparesis atau hemiplegia, dan berujung pada hambatan dalam mobilitas fisik pasien.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil dari penilaian klinis yang dilakukan perawat terhadap respons individu terhadap masalah kesehatan yang dialaminya dalam kehidupan sehari-hari. Diagnosa ini berfungsi sebagai dasar penting dalam merancang asuhan keperawatan yang tepat, sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien. Dengan penetapan

diagnosa yang akurat, perawat dapat membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal melalui perencanaan dan tindakan keperawatan yang terarah dan efektif (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024).

Berdasarkan konsep teori diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan stroke infark terdapat delapan diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien kelolaan penulis, diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisis pengkajian didapatkan 3 diagnosa, yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan risiko perfusi serebral tidak efektif.

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi) dan S (Symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik) terkecuali dari diagnosa risiko yang terdiri dari satu komponen yaitu komponen P (Problem). Maka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Menurut SDKI (2018) gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Berdasarkan pengkajian didapatkan data klien tampak lemah, mengalami penurunan kekuatan otot menurun dengan kekuatan otot 0 pada lengan kiri dan 1 pada kaki bagian kiri. Dan data minornya yaitu fisik klien lemah, gerakan terbatas, dan sendi kaku.

Menurut Mauliddiyah (2022) Gangguan mobilitas fisik merupakan kondisi yang terjadi akibat penurunan aliran darah ke otak, salah satunya disebabkan oleh aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah. Penurunan suplai oksigen ini memicu metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat. Asam laktat bersifat

neurotoksik, sehingga dapat merusak jaringan saraf secara progresif. Kerusakan saraf ini mengganggu fungsi neurologis, terutama kontrol terhadap gerakan volunter (sadar), yang berujung pada kondisi hemiplegia atau kelumpuhan satu sisi tubuh. Hemiplegia inilah yang menyebabkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik secara mandiri, seperti berjalan, berpindah posisi, atau menjaga keseimbangan tubuh. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, penulis menilai bahwa tanda dan gejala yang ditunjukkan pasien sesuai dengan kriteria gangguan mobilitas fisik, sehingga masalah keperawatan tersebut dapat ditegakkan untuk dijadikan fokus intervensi.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Menurut SDKI (2018) Gangguan komunikasi verbal merupakan kondisi di mana seseorang mengalami penurunan kemampuan, keterlambatan, atau ketidakmampuan dalam menerima, memahami, menyampaikan, serta menggunakan simbol atau bahasa sebagai alat komunikasi. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien berbicara sedikit pelo dan kurang jelas.

Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke umumnya terjadi akibat kerusakan pada area otak yang mengatur fungsi bahasa dan kontrol otot bicara, seperti korteks Broca, Wernicke, serta saraf kranial yang terlibat dalam artikulasi suara. Kerusakan ini biasanya disebabkan oleh stroke non hemoragik akibat penyumbatan pembuluh darah otak oleh trombosis atau emboli, yang menghambat aliran darah dan oksigen ke jaringan otak. Akibatnya, pasien dapat mengalami afasia (kesulitan memahami dan/atau mengungkapkan bahasa) maupun disartria (gangguan pengucapan karena kelemahan otot bicara). Salah satu saraf yang sering

terdampak adalah Nervus Fasialis, Vagus, dan Hipoglossus, yang berperan penting dalam koordinasi gerakan mulut dan wajah. Ketidakmampuan dalam mengontrol otot-otot ini menyebabkan kesulitan dalam berbicara secara jelas dan efektif, sehingga terjadi gangguan komunikasi verbal. Kondisi ini sangat memengaruhi kualitas hidup pasien, karena komunikasi adalah bagian penting dalam aktivitas sehari-hari dan interaksi sosial (Haryanti et al., 2023)

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke

Menurut SDKI (2018) Risiko perfusi serebral tidak efektif “Risiko perfusi serebral tidak efektif” adalah diagnosa keperawatan yang digunakan untuk menggambarkan keadaan di mana seseorang berisiko mengalami penurunan aliran darah ke otak, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak dan disfungsi neurologis. pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengeluh lemas ekstremitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing. Data objektif yang menunjang penegakan diagnosa keperawatan tersebut yaitu tekanan darah klien 150/100 mmHg dengan nilai MAP 116,7. bagian wajah kanan tampak tidak simetris dengan wajah bagian kiri dan hasil CT-Scan menunjukkan terdapat infark pada pons.

Menurut Nur Hamidah Maghfiro (2024) Perfusi serebral tidak efektif dapat terjadi akibat adanya trombosis yang disebabkan oleh aterosklerosis pada pembuluh darah yang menyuplai otak, atau karena emboli yang berasal dari pembuluh darah di luar otak dan tersangkut di arteri otak. Plak aterosklerotik yang terbentuk akan terus membesar hingga membentuk trombus. Trombosis dan emboli ini kemudian

dapat terbawa aliran darah dan menyumbat pembuluh darah di area distal, sehingga aliran darah ke otak berkurang. Akibatnya, jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi, yang dapat menyebabkan kerusakan sel otak. Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang direkomendasikan dalam situasi tertentu adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Namun, dalam kasus ini ditetapkan diagnosa keperawatan perfusi serebral tidak efektif sebagai diagnosa utama pasien, karena klien telah menunjukkan tanda-tanda penurunan aliran darah ke otak. Jika kondisi ini tidak segera ditangani, dapat berujung pada penurunan tingkat kesadaran hingga kematian. Oleh karena itu, berdasarkan data dan kondisi pasien, penulis menetapkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif (Anderson & Purnawinadi, 2019).

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan seluruh tindakan atau perlakuan yang dilakukan oleh perawat, yang didasarkan pada landasan pengetahuan serta pertimbangan klinis, dengan tujuan untuk mencapai hasil (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahapan ini termasuk dalam fase ketiga dari proses keperawatan, yaitu perencanaan, di mana setelah seluruh data terkumpul dan masalah kesehatan diidentifikasi serta diprioritaskan, maka ditetapkanlah rencana intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan.

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Gangguan mobilitas fisik umumnya berkaitan erat dengan gangguan neuromuskuler, sehingga perencanaan intervensi keperawatan difokuskan pada intervensi utama berupa dukungan mobilisasi. Langkah-langkah dalam intervensi

ini mencakup identifikasi adanya keluhan fisik seperti nyeri, penilaian terhadap toleransi aktivitas pasien, pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan denyut jantung sebelum mobilisasi, serta observasi kondisi umum selama pasien melakukan aktivitas. Selain itu, perawat juga memberikan latihan Range of Motion (ROM) untuk membantu meningkatkan kekuatan otot, disertai dengan pelibatan keluarga dalam proses pemulihan mobilitas pasien (SIKI, 2018). Hasil yang diharapkan dari intervensi ini adalah tercapainya peningkatan mobilitas fisik yang ditandai dengan pergerakan ekstremitas yang lebih baik, peningkatan kekuatan otot, perluasan rentang gerak, serta penurunan kelemahan fisik (SIKI, 2018).

Penerapan latihan ROM pasif secara khusus memberikan manfaat besar bagi pasien stroke, terutama dalam meningkatkan kekuatan otot polos pada ekstremitas. Latihan ini memberikan rangsangan neuromuskular dan memperkuat aktivitas kimia otot. Rangsangan tersebut menstimulasi serabut saraf otot, terutama saraf parasimpatis, yang memicu pelepasan asetilkolin—zat neurotransmitter yang berperan dalam kontraksi otot. Proses ini mendukung peningkatan kerja otot polos, terutama di bagian tungkai, serta mendorong metabolisme kartilago posterior dan produksi ATP sebagai energi utama dalam kontraksi otot. Dengan demikian, latihan ROM pasif tidak hanya meningkatkan tegangan otot, tetapi juga membantu memperkuat anggota gerak pasien secara keseluruhan (Faridah et al., 2022).

b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Berdasarkan diagnosa gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak, maka intervensi keperawatan yang direncanakan adalah penerapan intervensi utama promosi komunikasi efektif.

Tindakan ini meliputi pemantauan aspek komunikasi pasien seperti kecepatan bicara, tekanan suara, volume, jumlah kata, dan kejelasan pengucapan. Selain itu, perawat dianjurkan untuk menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, memberi isyarat dengan tangan, atau menggunakan kedipan mata, serta menyesuaikan gaya komunikasi sesuai kebutuhan pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perawat juga dapat mengulang informasi yang disampaikan pasien agar lebih jelas, serta menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan dan mendukung dengan terapi vokal dengan menyebutkan huruf A, I, U, E, O. latihan vokal akan memberikan pengaruh karena pada proses ini akan melibatkan beberapa saraf kranial yang berfungsi saat bicara, salah satunya nervus V (Trigemius), dan nervus VII (Hipoglosus) (Anggraini et al., 2023).

c. Risiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Berdasarkan diagnosa gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh penurunan aliran darah ke otak, maka rencana intervensi yang dilakukan adalah menerapkan strategi promosi komunikasi yang efektif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tindakan ini mencakup pemantauan terhadap aspek berbicara pasien, seperti kecepatan, tekanan suara, jumlah kata yang diucapkan, volume, dan kejelasan artikulasi. Perawat juga disarankan untuk menggunakan metode komunikasi alternatif, seperti tulisan, isyarat tangan, atau kedipan mata, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Selain itu, perawat perlu menyesuaikan cara berkomunikasi agar lebih mudah dipahami pasien, mengulangi pesan yang disampaikan untuk

memastikan kejelasan, dan menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan, didukung dengan latihan vokal sebagai bagian dari terapi (Toffanin *et al.*, 2019).

3.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan bentuk pelaksanaan dari rencana intervensi yang bertujuan untuk mencapai hasil atau tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Penulis mampu melaksanakan tindakan tersebut sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi yang dilakukan mencakup berbagai aktivitas keperawatan yang sesuai dengan intervensi yang telah dirancang, di antaranya adalah :

a. Gangguan mobilitas fisik

Pada diagnosa keperawatan kedua, yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi utama berupa dukungan mobilisasi. Tindakan yang dilaksanakan meliputi pengkajian kemampuan mobilisasi pasien dengan meminta klien menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, namun hasilnya menunjukkan ketidakmampuan untuk melakukannya. Selanjutnya, dilakukan edukasi kepada klien dan keluarga mengenai cara berpindah posisi (mika-miki), dan hasilnya klien mampu melakukannya dengan bantuan perawat dan keluarga, meskipun belum dapat menopang tubuhnya secara optimal. Selama proses mobilisasi, kondisi umum pasien dimonitor dan diketahui bahwa pasien masih mengalami hemiparesis. Selain itu, diberikan latihan *Range of Motion* (ROM) pasif, yaitu terapi gerak sendi yang dilakukan selama 15 menit sebanyak dua kali sehari,

yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik atau stroke infark.

b. Gangguan komunikasi verbal

Pada diagnosa ketiga, yaitu gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi utama dalam promosi komunikasi: defisit bicara. Tindakan yang dilakukan mencakup pemantauan terhadap aspek komunikasi verbal pasien seperti kecepatan, tekanan suara, jumlah kata, volume, dan kejelasan pengucapan (diksi). Selain itu, dilakukan pemantauan terhadap fungsi kognitif, anatomi, dan fisiologis yang berkaitan dengan kemampuan berbicara, seperti memori, pendengaran, dan bahasa. Gaya komunikasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien, perawat mengulang apa yang disampaikan oleh pasien untuk memastikan pemahaman, serta menganjurkan pasien untuk berbicara secara perlahan sambil melakukan latihan vokal menggunakan metode “AIUEO”.

c. Risiko perfusi serebral

Pada diagnosa pertama yaitu perfusi serebral tidak efektif yang berkaitan dengan penurunan aliran darah ke otak, implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditetapkan, yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Tindakan yang dilaksanakan meliputi identifikasi penyebab peningkatan TIK pada Tn. E, dengan hasil ditemukan adanya faktor penyebab peningkatan tersebut. Selanjutnya dilakukan pemantauan tanda dan gejala TIK, yang menunjukkan tekanan darah meningkat hingga 179/80 mmHg, serta pemantauan MAP, status pernapasan dengan hasil frekuensi napas 23 kali/menit

dan saturasi oksigen 98%, serta pemantauan keseimbangan cairan dengan hasil pasien mendapat infus Asering. Pasien juga diposisikan dalam posisi semi Fowler yang sesuai dengan standar, dan suhu tubuh berhasil dipertahankan dalam rentang normal (36,9°C). Terakhir, terapi farmakologis diberikan sesuai anjuran dokter, yaitu berupa Citicoline 1x1 g, Omeprazole 1x40 mg, Mecobalamin 1x500 µg, Atorvastatin 1x20 mg, Candesartan 1x8 mg, dan Amlodipine 1x10 mg.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan proses penting untuk menilai sejauh mana tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya telah tercapai oleh pasien. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan kondisi atau respons pasien saat ini dengan hasil yang diharapkan berdasarkan intervensi yang telah diberikan. Proses ini biasanya dicatat menggunakan metode SOAP, yaitu :

a. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan gangguan neuromuskuler, berdasarkan hasil studi kasus ini, menunjukkan bahwa setelah pemberian asuhan keperawatan dan implementasi intervensi selama 3 x 7 jam, kondisi pasien mengalami perbaikan sebagian. Hal ini ditunjukkan dengan kemampuan ekstremitas kiri atas yang mulai dapat digerakkan meskipun hanya terbatas pada pergeseran, serta ekstremitas kanan bawah yang sudah dapat diangkat namun belum mampu menahan beban ringan. Kekuatan otot 5523. Intervensi yang tetap dilanjutkan meliputi pemberian latihan Range of Motion (ROM) pasif, pemantauan denyut jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan, observasi terhadap

kondisi umum pasien selama pelaksanaan ROM, serta pelibatan keluarga dalam mendukung peningkatan kemampuan mobilisasi pasien.

b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan

Gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh penurunan sirkulasi serebral, berdasarkan hasil studi kasus dan pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 x 7 jam, menunjukkan perbaikan sebagian. Hal ini terlihat dari kemampuan bicara klien yang mulai membaik, di mana pelafalan sudah tidak terlalu pelo dan klien sudah dapat merangkai kalimat. Intervensi yang tetap dilanjutkan meliputi anjuran kepada klien untuk berbicara secara perlahan serta melakukan latihan vokal menggunakan metode “AIUEO”

c. Resiko perfusi serebral

Perfusi serebral tidak efektif yang berkaitan dengan penurunan aliran darah ke otak, berdasarkan hasil studi kasus dan pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 x 7 jam, menunjukkan bahwa masalah tersebut mulai teratasi sebagian. Hal ini ditandai dengan kondisi kesadaran pasien yang stabil (*compos mentis*), tekanan darah yang menurun, saturasi oksigen yang baik, serta keluhan pusing yang tidak lagi dirasakan. Intervensi yang tetap dilanjutkan mencakup pemantauan tingkat kesadaran, pemantauan tanda-tanda vital, dan penerapan posisi semi Fowler.

3.2.6 Evidence Based Practice (EBP)

Penulis melaksanakan terapi latihan *Range of Motion* (ROM) pasif pada klien selama tiga hari, dengan frekuensi dua kali sehari selama kurang lebih 15 menit. Latihan ini mencakup berbagai gerakan sendi, antara lain fleksi (pengurangan sudut sendi), ekstensi (penambahan sudut sendi), hiperekstensi (ekstensi melebihi batas normal), adduksi (gerakan mendekati garis tengah tubuh), rotasi (perputaran mengelilingi pusat tulang), eversi (pergerakan telapak kaki ke arah luar), pronasi (pergerakan telapak tangan menghadap ke bawah), supinasi (pergerakan telapak tangan menghadap ke atas), dan oposisi (menyentuhkan ibu jari ke jari-jari lain pada tangan yang sama). Seluruh gerakan tersebut dilakukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah klien.

Pemberian ROM pasif pada Ny. I diharapkan dapat meningkatkan kekuatan ototnya. Pada Ny. I terjadi perubahan kekuatan otot setelah dilakukan penerapan Range Of Motion (ROM) pasif selama 3 hari dengan frekuensi 1x dalam sehari selama 15-20 menit pada awal pengkajian Ny. Y merasa lemas dan sehingga kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kekuatan ekstremitas kiri 01, namun setelah dilakukan *range of motion* (ROM) pasif selama 15-20 menit dalam hari 3 hari. *Range of motion* (ROM) lebih efektif dilakukan pada hari ketiga implementasi, hal ini ditandai dengan kaki dan tangan pasien yang mengalami kelemahan sudah mampu digerakan meskipun dibantu dengan orang lain ataupun digerakan dengan ekstremitas kakannyaa, hal ini dapat terjadi karena pasien sangat antusias dalam melakukan latihan dan keluarga memebrikan motivasi dan dukungannya.

Berdasarkan hasil telaah jurnal beberapa jurnal didapatkan hasil bahwa terapi *range of motion* (ROM) pasif dilaksanakan selama 15-20 menit dalam sekali latihan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Setyawati & Retnaningsih (2024) dengan judul “Penerapan Range Of Motion pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik” membuktikan penerapan implementasi pemberian *range of motion* (ROM) efektif meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Menurut penelitian Faried & Mas, (2024) dengan judul “Implementasi Keperawatan Latihan Rom Pasif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik” membuktikan bahwa Pemberian latihan ROM pasif sebanyak satu kali sehari sehari selama 15–35 menit dengan minimal 4–8 kali pengulangan setiap gerakan terbukti efektif meningkatkan kekuatan otot, pergerakan ekstremitas, dan rentang gerak (ROM) pada pasien stroke.

Latihan ROM pasif terbukti meningkatkan rentang gerak sendi ekstremitas atas pasien pasca stroke, yang ditunjukkan dengan skor rentang gerak yang lebih tinggi setelah intervensi dibandingkan dengan sebelum terapi diberikan. Proses ini bekerja melalui stimulasi gerak volunter yang melibatkan penghantaran impuls listrik dari girus precentralis menuju medula spinalis, lalu diteruskan ke otot melalui neurotransmitter. Pemberian latihan ROM pasif merangsang neuron motorik di otak untuk melepaskan asetilkolin yang kemudian mengaktifkan ion kalsium, sehingga terbentuk integritas protein. Aktivasi troponin C oleh kalsium akan mempertahankan interaksi antara aktin dan miosin, yang berperan dalam menjaga fungsi otot rangka serta meningkatkan tonus otot.

Stimulasi yang dihasilkan dari latihan ROM pasif juga memengaruhi aktivitas kimiawi, neuromuskular, dan otot secara langsung. Di dalam otot polos ekstremitas, filamen aktin dan miosin berinteraksi melalui peran ion kalsium dan adenosin trifosfat (ATP), yang kemudian dipecah menjadi ADP sebagai sumber energi kontraksi. Rangsangan neuromuskular turut meningkatkan aktivitas serabut saraf otot, khususnya saraf parasimpatis, yang berperan dalam produksi asetilkolin untuk kontraksi otot. Secara bersamaan, aktivitas pada otot polos merangsang metabolisme mitokondria dalam menghasilkan ATP yang digunakan sebagai energi, sehingga membantu meningkatkan tonus dan kekuatan otot polos ekstremitas pada pasien stroke.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Analisis Asuhan Keperawatan pada Tn. O dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark dengan Pemberian Intervensi range of motion (ROM) di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut, mulai dari tanggal 30 April 2024 s.d. 03 Mei 2024 sesuai dengan tahap proses keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek, bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya ilmiah. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. I dengan stroke infark di ruang santolo RSUD dr. Slamet Garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. I yaitu klien mengeluh ekstremitas kiri yang tidak bisa digerakan dan bicara pelo dan adanya pusing.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien berdasarkan hasil pengkajian penulis hanya menemukan empat diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi Ny. I yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan risiko perfusi serebral tidak efektif. Diagnosa tersebut diangkat sesuai dengan keadaan serta prioritas kebutuhan klien yang dapat menimbulkan komplikasi jika tidak segera mendapatkan penanganan.

3. Perencanaan keperawatan dilakukan untuk merencanakan tindakan yang akan diberikan mengacu pada SIKI dan disesuaikan dengan kondisi klien untuk membantu dalam proses penyembuhan. Tidak semua intervensi dalam teori diterapkan kepada klien karena tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan klien.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Selama dilakukannya tindakan keperawatan klien dan keluarga sangat kooperatif sehingga tindakan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
5. Pada tahap evaluasi penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan melihat perkembangan klien dan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Pada tahap analisis pemberian intervensi berbasis *evidence based practice* terkait latihan mirror therapy tidak terdapat kesesuaian antara hasil analisis literature yang telah dilakukan, hal ini terjadi karena gangguan motorik yang terjadi pada pasien stroke membutuhkan transmisi impuls dalam rentang waktu yang relatif lama untuk kembali pulih.

4.2 Saran

4.2.1 Rumah Sakit

Penulis berharap agar hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi tambahan, memperluas wawasan, serta menjadi referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai Stroke Infark di lingkungan pelayanan kesehatan, khususnya dalam penerapan terapi latihan *Range of Motion* (ROM) pasif.

4.2.2 Instansi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Infark.

4.2.3 Mahasiswa peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi latihan Range Of Motion (ROM) pasif pada pasien Stroke Infark yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2021). *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*. 7, 1–23.
- Agustin, T., Susanti, I. H., & Sumarni, T. (2022). Implementasi Penggunaan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*, 1(4), 140–146. <https://doi.org/10.53801/jmn.v1i4.70>
- Anderson, E., & Purnawinadi, I. G. (2019). The Characteristics of Ineffective Cerebral Tissue Perfusion Among Patients With Stroke in IRINA F Neuro of RSUP. *Padjadjaran International Nursing Conference*, July, 1–14. https://www.academia.edu/39355810/The_Characteristics_of_Ineffective_Cerebral_Tissue_Perfusion_Among_Patients_With_Stroke_in_IRINA_F_Neuro_of_RSUP
- Anggraini, F., Kusumawati, N., & Safitri, Y. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Penerapan Terapi Vokal AIUEO Terhadap Kemampuan Berbicara Pada Pasienstroke Hemoragik Di Ruang Krisan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Komunika : Jurnal Ilmiah Komunikasi*, 1(2), 1–8. <https://doi.org/10.70437/komunika.v1i2.388>
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137–142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Faried, M. Y., & Mas, N. (2024). *IMPLEMENTASI KEPERAWATAN LATIHAN ROM PASIF PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK*. 3(6), 2085–2106.
- Haryanti, D., Sukmaningtyas, W., Sebayang, S. M., & Susanto, A. (2023). Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Arrahman Rumah Sakit Islam Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Notokusumo (JKN)*, 11(2), 38–46. <https://www.jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/view/251/248>
- Hutagaluh, M. S. (2019). *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan*. Nusamedia. <https://books.google.co.id/books?id=UmVcEAAQBAJ>

- Kurniawati, putri. (2017). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Ludiana, L., & Supardi, S. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarsari Metro. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 5(1), 505. <https://doi.org/10.52822/jwk.v5i1.117>
- Marlina, I. N. R. A. J., Rahayuningsih, F. B., & Press, U. S. K. (2025). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Neurologi*. USK Press. <https://books.google.co.id/books?id=AtldEQAAQBAJ>
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Muhammad Aldo Aditama, & Ummu Muntamah. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Hemiparesis Dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 2(1), 7–14. <https://doi.org/10.35473/jkbs.v2i1.2444>
- Nugroho, F. A. (2024). Intervensi Keperawatan Kombinasi ROM Aktif dan Squishy pada Pasien Post Stroke dengan Hambatan Mobilitas Fisik. *Jurnal Penelitian Inovatif*, 4(1), 21–28. <https://doi.org/10.54082/jupin.260>
- Nur Azizah & Elvi Murniasih, M. A. (2023). PENERAPAN TINDAKAN ROM PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PENDERITA STROKE NON HEMORAGIK. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 5, 71–85.
- Nur Hamidah Maghfiro, Wardani, E. M., Rusdianingseh, & Muhith, A. (2024). Analysis of Nursing Care in Stroke Patients With the Provision of Elevation Head Position To Overcome Nursing Problem Risk of Ineffective Cerebral Perfusion At Rsi Surabaya a. Yani. *Nurse and Holistic Care*, 4(2), 77–87. <https://doi.org/10.33086/nhc.v4i2.5138>
- Nurahmasari, N., & Septiany, M. (2024). Penerapan Terapi Akupresur Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Dan Rentang Gerak Sendi Pada Pasien Stroke. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara*, 5(1), 922–927. <https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i1.2845>
- Otot, K., & Pasien, P. (2021). *Pengaruh range of motion (rom) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke*. 01(01), 34–41.

- Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Setyawati, V. Y., & Retnaningsih, D. (2024). Penerapan Range Of Motion pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 8(1), 18–24. <https://doi.org/10.33655/mak.v8i1.179>
- Studi, P., Keperawatan, D., & Martapura, S. I. (2024). *EFEKTIVITAS METODE SIRIRAJ STROKE SCORE DAN ALLEN STROKE SCORE DALAM MEMBUAT DIAGNOSA KEPERAWATAN AKTUAL PADA PASIEN STROKE EFFECTIVENESS OF THE SIRIRAJ STROKE SCORE AND ALLEN STROKE SCORE METHODS IN MAKING AN ACTUAL NURSING DIAGNOSIS ON STROKE PATIENTS* P. 188–198.
- Toffanin, T., Miola, A., Follador, H., Ferri, G., Scupola, N., Martino, N., Baratto, A., & Perini, G. I. (2019). A Case Report of Neurosyphilis Limbic Encephalitis With Reversible Geschwind Syndrome and Mood Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(3), 222–226. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000390>
- Yulanda, N. A., Martadi, K. A., Larasati, A., & Fradianto, I. (2022). Nursing Diagnosis Frequently Enforced by Nurse to Clients with Ischemic Stroke. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 8(3). <https://doi.org/10.33755/jkk.v8i3.406>
- Zhang, D., Zou, W., Zhang, B., & Guo, P. (2024). Scalp acupuncture for post-stroke spastic hemiparesis: A systematic review and meta-Analysis. *Medicine (United States)*, 103(9), E37167. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037167>

LAMPIRAN

SPO ROM

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/nomor rekam.
2. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
4. Jaga privasi dengan memasang tirai atau penutup kamar pasien
5. Atur tinggi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih
6. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih
7. Lakukan latihan dengan :
 - Melakukan gerakan perlahan dan lembut
 - Menyongkong dengan memegang area proksimal dan distal sendi
 - Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi
8. Latihan pada leher :
 - Fleksi-ekstensi : tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada lalu kembali ke posisi tegak
 - Fleksi lateral : Tekuk leher ke samping kanan dan kiri
 - Rotasi lateral : Palingkan wajah ke kiri dan kanan
9. Latihan pada bahu
 - Elevasi-depresi : Angkat dan turunkan bahu
 - Fleksi-ekstensi : Angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula
 - Abduksi-adduksi : Angkat lengan kesamping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula

- Sirkumduksi bahu : putar lengan pada poros bahu

10. Latihan pada siku

- Fleksi-ekstensi : Gerakan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti biasa
- supinasi-pronasi : putar lengna bawahn ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu

11. Latihan pada pergelangan tangan

- fleksi-ekstensi-hiperekstensi : Tekuk telapak tangan kebawah, luruskan lalu tekuk ke atas
- fleksi radial-fleksi ulnar : Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan arah kelinging
- sirkumduksi : Putar tangan pada poros pergelangna tangan

12. Latihan pada jari-jari tangan

- fleksi-ekstensi : kepalkan jari dan luruskan seperti semula
- abduksi-adduksi : regangkan jari-jari dan rapat kembali

13. Latihan pada pelviks dan lutut

- fleksi-ekstensi : angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakan lurus ke arah dada, turunkan kaki, luruskan,
- abduksi-adduksi : gerakan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebalikny
- Rotasi internal-rotasi eksternal : putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh

14. Latihan pada pergelangan kaki

- Dorso fleksi-plantar fleksi : dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas
- Enversi dan inversi : purat telapak kaki keluar, lalu kedalam
- sirkumduksi : putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki

15. Latihan pada jari kaki

- Fleksi-Ekstensi : dorong jari-jari ke arah atas dan kebawah
- Abduksi-adduksi : regangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula

16. Lakukan keersihan 6 langkah

17. Dokumentasikan prosedur yang telah dibuat dan catat respon pasien