

**ANALISIS ASUHANKEPERAWATAN PADA Ny.D DENGAN
STROKE INFARK DAN INTERVENSI LATIHAN
RANGE OF MOTION PASIF DI RUANG SANTOLO
RSUD 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

FAUZIAH NOVIANI HANAPIA

KHGD24004



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHTAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D
DENGAN STROKE INFARK DAN INTERVENSI
LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) DI RUANG
SANTOLO RSUD DR. SLAMET GARUT

NAMA : FAUZIAH NOVIANI HANAPIA
NIM : KHGD24004

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Tantri Puspita, Skep.,Ns.,MNS

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D
DENGAN STROKE INFARK DAN INTERVENSI
LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) DI RUANG
SANTOLO RSUD DR. SLAMET GARUT

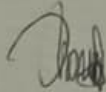
NAMA : FAUZIAH NOVIANI HANAPIA

NIM : KHGD24004

Garut, Oktober 2025

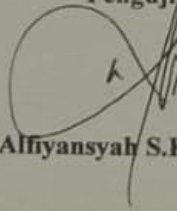
Menyetujui

Penguji I



Sri Yekti Widadi, M. Kep

Penguji II



Rudi Alfiyansyah S.Kep., Ns., M.Pd

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi

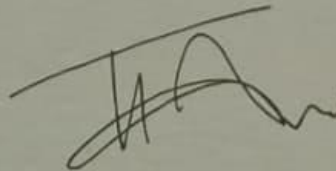
Ners



Sri Yekti W, M.Kep

Mengesahkan

Pembimbing



Tantri Puspita S.kep.,Ns.,MNS

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, September 2025

Pembuat Pernyataan,

Fauziah Noviani Hanapia

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 STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan 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, September 2025

Pembuat Pernyataan

Fauziah Noviani Hanapia

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, September 2025**

**Fauziah Noviani Hanapia¹, Tantri
Puspita ²¹Mahasiswa STIKes Karsa
Husada Garut ²Dosen STIKes Karsa
Husada Garut**

ABSTRAK

**Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Stroke Infark Dan
Intervensi Latihan *Range Of Motion* Di Ruang Santolo
RSUD dr. Slamet Garut**

Latar belakang : Stroke Non Hemoragik (Stroke Infark/Iskemik) merupakan penurunan aliran darah kebagian otak yang disebabkan karena vasokonstriksi akibat penyumbatan pada pembuluh darah arteri sehingga suplai darah ke otak mengalami penurunan. Masalah keperawatan yang memerlukan penanganan lebih lanjut pada pasien Stroke Non Hemoragik yaitu gangguan mobilitas fisik, dikarenakan penderita stroke akan mengalami penurunan kekuatan pada salah satu bagian anggota gerak akibat dari kelemahan otot. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan pada pasien Stroke Non Hemoragik yaitu dengan latihan ROM Pasif (Range Of Motion). **Tujuan** Untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Ny.D dengan Stroke Non Hemoragik (Stroke Infark) dan intervensi latihan Range Of Motion Pasif (ROM) di ruang Santolo RSUD dr. Siamet Garut **Metode:** Penulis menggunakan metode deskriptif analitik dengan bentuk studi kasus dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan pada Ny. D yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan menggunakan intervensi Evidence Based Practice (EBP). **Hasil:** Hasil studi kasus pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan masalah keperawatan utama gangguan mobilitas fisik ternyata dapat diatasi sebagian dengan melakukan latihan Range Of Motion Pasif (ROM), hal ini dibuktikan dengan Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat. Maka dari itu, Latihan Range Of Motion (ROM) terbukti efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut Rekomendasi: Penerapan Latihan Range Of Motion Pasif (ROM) ternyata dapat dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Kata Kunci : Mobilitas fisik, *Range Of Motion* Pasif, Stroke Infark.

**Nursing Professional Education Study Program
Karsa Husada High School of Health,
Garut, September 2025**

**Fauziah Noviani Hanapia¹, Tantri
Puspita²¹Student of STIKes Karsa
Husada Garut ²Lectures of
STIKes Karsa Husada Garut**

ABSTRACT

***Nursing Care Analysis on Ms. D With Stroke Infarction And Range Of Motion
Exercise Intervention In The Santolo Room Of RSUD dr. Slamet Garut***

Background : Non-Hemorrhagic Stroke (Ischemic or Infarction Stroke) is a condition characterized by a decrease in blood flow to certain parts of the brain caused by vasoconstriction due to blockage in the arterial blood vessels, resulting in a reduction of blood supply to the brain. The nursing problem that requires further management in patients with Non-Hemorrhagic Stroke is impaired physical mobility, because stroke patients usually experience a decrease in strength in one part of the body as a result of muscle weakness. One of the nursing interventions that can be performed for patients with Non-Hemorrhagic Stroke is Passive Range of Motion (ROM) exercises. **Purpose:** To analyze nursing care for Mrs. D with Non-Hemorrhagic Stroke (Ischemic Stroke) and the implementation of Passive Range of Motion (ROM) exercises in the Santolo Ward of dr. Slamet Garut Regional Hospital. **Method:** The author used a descriptive-analytic method in the form of a case study, applying a nursing care approach to Mrs. D, which included assessment, nursing diagnosis, nursing interventions, nursing implementation, and nursing evaluation, as well as the use of Evidence-Based Practice (EBP) interventions. **Results:** The results of the case study showed that the main nursing problem in Non-Hemorrhagic Stroke patients—impaired physical mobility—could be partially resolved through Passive Range of Motion (ROM) exercises. This was evidenced by increased limb movement, increased muscle strength, and improved range of motion (ROM). **Conclusion and Recommendation:** Passive Range of Motion (ROM) exercises have been proven effective in increasing muscle strength in patients with Non-Hemorrhagic Stroke in the Santolo Ward of dr. Slamet Garut Regional Hospital. Therefore, the implementation of Passive ROM exercises can be recommended for patients with nursing problems related to impaired physical mobility.

Keywords: Physical Mobility, Range Of Motion pasif, Stroke Infarction

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tecurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.D Dengan Stroke Infark Dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Proram Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak DR.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs.H.Suryadi,M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi., S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi

Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Ibu Tantri Puspita S.kep., Ns., MNS selaku pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingan nya dalam penyusunan KIA ini.

5. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini.
6. Terimakasih yang tak terhingga kepada kedua Orang Tua yang sangat saya cintai & sangat saya sayangi. Doa, kasih sayang & pengorbanan kalian Adalah kekuatan terbesar dalam hidupku. Teruntuk ibuku terimakasih sudah mengusahakan yang terbaik untuk ku, ibuku Adalah manusia paling hebat,paling kuat dan paling aku sayang. Karya tulis ini tidak hanya hasil usaha dan belajar,tetapi juga wujud dari semua nilai,nasihat dan semangat yang kalian tanamkan dalam diriku sejak kecil. Semoga apa yang saya capai ini menjadi awal dari banyak hal baik yang membuat mamah dan bapa bangga.
7. Terimakasih untuk orang yang sangat sayangi dan sangat saya cintai Aditya Dian Dinata, terimakasih atas semangat yang telah diberikan, terimakasih atas usaha usaha yang telah diperjuangkan,saya bangga mempunyai pasangan seperti kamu.semoga hal baik selalu menyertaimu

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mangharapkan segala masukan baik berupa saran

maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, September 2025

Penulis,

Fauziah Noviani H

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	4
1.3 Manfaat Studi Kasus	5
1.4 Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Konsep Dasar Stroke.....	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Etiologi Stroke	9
2.1.3 Faktor Resiko Stroke	10
2.1.4 Klasifikasi Stroke.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke.....	15
2.1.6 Pemeriksaa Penunjang	15
2.1.7 Patofisiologi	17
2.1.8 Pathway Stroke Infark	19
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	20
2.1.10 Komplikasi.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH).....	24
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	33
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	36
2.2.4 Implementasi Keperawatan	49
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	49
2.3 Konsep <i>Range of Motion pasif</i> (ROM)	50
2.3.1 Pengertian <i>Range of Motion pasif</i> (ROM)	50
2.3.2 Tujuan <i>Range of Motion pasif</i> (ROM).....	51
2.3.3 Manfaat <i>Range of Motion pasif</i> (ROM).....	51

2.3.4	Indikasi Umum.....	51
2.3.5	Kontra indikasi Umum.....	51
2.3.6	Prinsip Latihan <i>Range of Motion pasif</i> (ROM).....	52
2.3.7	Jenis-jenis <i>Range of Motion pasif</i> (ROM)	52
2.3.8	Tahapan Gerakan ROM Pasif.....	53
2.4	<i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	56
2.4.1	Pengaruh <i>Range Of Motion pasif</i> (ROM) Pada Penyakit Stroke	56
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		60
3.1	Tinjauan Kasus.....	60
3.1.1	Pengkajian.....	60
3.1.2	Diagnosis Keperawatan.....	76
3.1.3	Intervensi Keperawatan.....	78
3.1.4	Implementasi Keperawatan.....	82
3.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	90
3.1.6	Catatan Perkembangan.....	97
3.2	Pembahasan	101
3.2.1	Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan	101
3.2.2	Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	114
BAB IV PENUTUP		117
4.1	Kesimpulan.....	117
4.2	Saran.....	119
DAFTAR PUSTAKA.....		120
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nilai Kekuatan otot.....	31
Tabel 2.2 Pemeriksaan Saraf Kranial.....	32
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan	37
Tabel 2.4 Gerakan <i>Range of Motion Pasif</i> (ROM).....	53
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari	64
Tabel 3.2 Tingkat Kemandirian	66
Tabel 3.3 PemeriksaanLaboratorium	72
Tabel 3.4 Terapi Farnakologi.....	73
Tabel 3.5 Analisa Data.....	74
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan	78
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan.....	82
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan.....	90

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Pathway Stroke Infark.....	19
--	----

DAFTARLAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan.....

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization*, 2020). Stroke menurut *World Health Organization* adalah suatu kondisi yang ditandai dengan adanya defisit neurologi baik focal maupun global, dapat terjadi memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian dan tanpa diketahui penyebab lain yang jelas selain adanya masalah di vaskular. Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian di otak tidak mendapat pasokan oksigen. Hal tersebut mengakibatkan sel atau jaringan di otak mengalami kematian (P2PTM Kemenkes RI, 2018).

Data *World Stroke Organization* tahun 2022, terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184. Dari tahun 1990-2019,

terjadi peningkatan insiden stroke sebanyak 70%, angka mortalitas sebanyak 43%, dan angka Morbiditas sebanyak 143% dinegara yang berpendapatan rendah dan menengah ke bawah (Feigin et al., 2022).

Indonesia menempati peringkat ke-97 dunia untuk jumlah penderita stroke terbanyak dengan jumlah angka kematian mencapai 138.268 orang atau 9,7% dari total kematian yang terjadi (Yuziani & Rahayu, 2018). Data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC), Indonesia merupakan negara di Asia Tenggara dengan angka kematian stroke terbesar, kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura dan Brunei. Menurut data terbaru pada profil kesehatan Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2020, stroke menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2021). Stroke adalah gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh yang berlangsung dengan cepat. Adapun akibat dari kejadian stroke dapat menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan kata-kata, kehilangan keseimbangan, gangguan kesadaran atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler. Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik pasien mengalami kelemahan atau hemiparesis yang menyebabkan kemampuan beraktivitas terganggu (Nasir, 2019). Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan fisiologis dalam kebutuhan dasar manusia yang

mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh system tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal (Haswita&Reni,2018).

Akibat adanya gangguan motoric pada otak, maka otak akan diistirahatkan sehingga menyebabkan kanatrofi otot. Atrofi otot menyebabkan kekakuan otot, sehingga otot yang kaku tersebut dapat mengalami keterbatasan gerak pada pasien (Kusuma & Sara, 2020). Pasien stroke yang mengalami hemiparesis dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menurunnya aktifitas sehari-hari. Hemiparesis pada pasien stroke dapat mengakibatkan ketidakmampuan dan ketergantungan. Perubahan fisik yang dialami pasien stroke akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Permatasari, 2020).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis, Penatalaksanaan farmakologis pada pasien stroke menurut Mutiarasari (2019), yaitu dengan pemberian obat Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA), Terapi antikoagulan dan terapi antiplatelet. Selain dengan intervensi farmakologis, upaya meningkatkan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari pasien stroke juga dapat dilakukan dengan cara non farmakologis

seperti Latihan fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan *evidence based nursing* seperti terapi ROM dengan menggenggam bola karet, mobilisasi dan rangsangan taktil, *mirror therapy*. Penanganan stroke non hemoragik dengan pemberian intervensi keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan metode ROM aktif maupun pasif. Latihan terutama pada tangan yang penting untuk aktifitas keseharian meliputi latihan seperti fleksi, ekstensi, abduksi, pronasi, supinasi dan rotasi (Sudrajat et al., 2019). Mobilisasi adalah suatu pergerakan yang dihasilkan dari perubahan posisi tubuh atau perpindahan lokasi. Mobilisasi yang digunakan dibantu dengan masase, stretching, Gerakan pasif sendi, dan gerakan aktif dibantu. Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat yang dilakukan berulang-ulang untuk meningkatkan pemulihan motoris anggota gerak atas yang mengalami kelemahan pada penderita stroke (Sudrajat et al., 2019).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Ny.D dengan Latihan ROM Pasif Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana asuhan keperawatan dengan kasus Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Ny.D dengan Laihan ROM Pasif Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. D dengan Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr.SlametGarut
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny. D dengan Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Ny. D dengan Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Ny. D dengan Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. D dengan Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut
- f. Menganalisa *Evidence Based Practice* terkait Penerapan Laihan *Range Of Motion* pada pasien stroke

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Penulis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan Teknik Latihan ROM pasif pada pasien stroke infark dengan gangguan mobilitas fisik.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperkaya pengetahuan dan bahan ajar mengenai pemenuhan mobilitas fisik pada pasien stroke infark.

1.3.3 Bagi Pelayan Kesehatan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pemenuhan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien stroke infark.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan

Evidence Based Practice (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga serta dari status/rekam medis klien selama sakit. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, terdiri dari konsep dasar Stroke, konsep dasar Asuhan Keperawatan Stroke, konsep dasar *Range Of Motion*

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi : laporan askep pada kasus yang diambil, dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan, catatan perkembangan, dan *Evidence Based Practice* terkait intervensi.

BAB IV Kesimpulan dan Saran, bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun. Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Esti & Johan, 2020).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak. Gangguan fungsi saraf ini timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala dan tanda yang sesuai daerah fokal otak yang terganggu. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum. Hampir 88% pasien menderita stroke iskemik atau stroke non hemoragik. Pada stroke non hemoragik terjadi iskemia pada jaringan otak akibat dari sumbatan atau penurunan aliran darah dan oksigen otak (Candraetal, 2016).

Kondisi yang mendasari stroke non hemoragik adalah terjadinya

penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah atau yang biasanya disebut aterosklerosis. Kolesterol, homosistein dan zat lainnya dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring berjalannya waktu, plak menumpuk dan menyebabkan darah sulit mengalir dengan baik dan sehingga mengakibatkan bekuan darah (trombus). Adapun tanda dan gejala stroke non hemoragik, yaitu: kelemahan pada bagian wajah, kelemahan pada tangan dan kaki secara tiba-tiba, kesemutan atau mati rasa pada wajah, tangan, dan kaki, kesulitan berbicara dan memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan tubuh, sakit kepala tiba-tiba, dan gangguan penglihatan (Kanggeraldo et al., 2018).

2.1.2 Etiologi Stroke

Stroke dikenal sebagai Cerebrovascular Accident (CVA) atau serangan otak sehingga persediaan darah dapat menyebabkan sel otak mati yang mengakibatkan pasien kehilangan fungsi pada area yang berpengaruh. Menurut Esti & Johan (2020), penyebab stroke adalah sebagai berikut.

a. Trombosis Serebral

Terjadi pada saat pembuluh darah mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesi di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis pada arteristis dan juga

emboli.

b. Hemoragik(Perdarahan)

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri sebagai akibat dari pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah tersebut diakibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang terjadi mengakibatkan penekanan, pergeseran pada jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak yang menyebabkan infark otak.

c. Hipoksia Umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

d. Hipoksia Setempat

Hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala.

2.1.3 Faktor Resiko Stroke

Stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor resiko (Mutiarasari, 2019).

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 merupakan faktor resiko yang utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah sehingga

menimbulkan pendarahan.

2) Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi 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 meurun 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

Orang yang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ – organ dalam tubuh.

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.

2.1.4 Klasifikasi Stroke

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

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi Ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemorogik dibagi menjadi dua :

1) Perdarahan Intra serebral

Dalam perdarahan intra serebral, pembuluh darah diotak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.

2) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik atau infark terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Biasanya terjadi saat istirahat, baru bangun

tidur di pagi hari. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang muncul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Stroke involusi

Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke komplit

Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke

Gejala umum stroke iskemik antara lain mati rasa (paresthesia) dan kelumpuhan (hemiparesis) secara tiba-tiba. Ada kata istilah, yaitu FAST yang berarti cepat. FAST merupakan singkatan dari Face, Arm, Speech, dan Time. Jika ada tanda-tanda pada wajah (face), misalnya perot, pada lengan (arm) di mana ketika diangkat terdapat kelumpuhan sebelah, dan pada kemampuan bicara (speech) menjadi tidak jelas atau tidak memahami pembicaraan (Esti & Johan, 2020).

Tanda stroke yang dialami pasien diantaranya adalah:

- a. Disfungsi neurologic lebih dari satu (multiple), dan penurunan fungsi tersebut bersifat spesifik ditentukan oleh daerah di otak yang terkena.
- b. Hemiataui monoparesis (kelumpuhan separuh tubuh)
- c. Vertigo dan penglihatan yang kabur (doublevision), 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.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mutiarasari (2019), pemeriksaan penunjang pada stroke yaitu:

a. Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obstruksi 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 memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

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 (*Electro enscephalogram*)

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

f. Pemeriksaan Laboratorium

1) Lumbang fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya

dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (Xantokhrom),sewaktu hari- hari pertama.

- 2) Pemeriksaan darah rutin
(Glukosa,elektrolit,ureum,kreatinin)

- 3) Pemeriksaan kimia darah : pada strok 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.

2.1.7 Patofisiologi

Otak mempunyai kecepatan metabolisme yang tinggi, dengan berat hanya 2 % dari berat badan, menggunakan 20% oksigen total dari 20% darah yang beredar. Pada keadaan normal aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan oleh suatu mekanisme autoregulasi ± 58 ml/100gr/menit dengan *meanarterial blood pressure* (MABP) antara 50- 160 mmHg. Jika terjadi perubahan tekanan >160 mmHg akan terjadi edema serebri, namun jika MABP <50 mmHg akan terjadi iskemia (Ikawati & Anurogo, 2018).

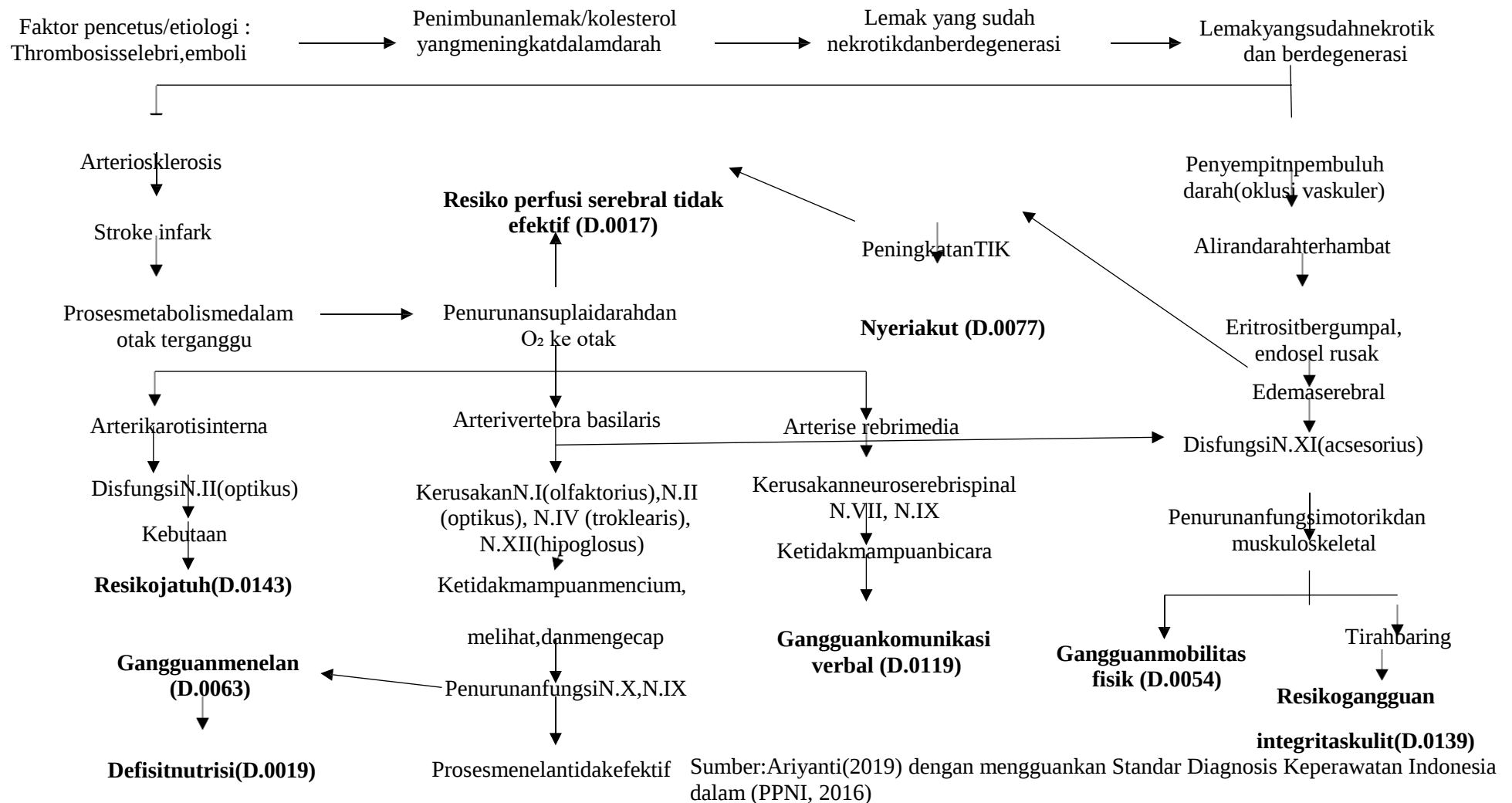
Iskemia akan cepat menghasilkan kerusakan jaringan otak yang permanen, sehingga aliran darah menurun atau terhenti karena adanya sumbatan yang menghalangi suplai darah ke otak. Faktor lain seperti hipertensi, diabetes mellitus, merokok dan stres akan meningkatkan tekanan darah ke otak dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah karena arteri tersebut berdinding tipis karena lecet bekas plak. Perdarahan tersebut menyebabkan otak

tercemar oleh kumpulan darah (hematom) atau darah masuk ke selaput otak (subarakhnoid). Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi vasokonstriksi yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan menimbulkan gejala pada daerah yang terkena (Ikawati & Anugro,2018).

Darah menuju ke otak melalui dua arteri karotis yang membawa darah kebagian depan dari sisi kiri dan kanan otak. Dua arteri lainnya adalah arteri vertebralis yang mengalirkan darah ke tungkai dan bagian belakang otak. Kedua arteri ini mengikuti saluran vertebral atau tulang belakang dan disekitar leher. Otak bagian kanan berhubungan dengan pengenalan terhadap ruang, tubuh, kemampuan menggambar, seni dan bangunan.Sedangkan otak kiri berfungsi pada kemampuan berpikir logis, berbicara, berhitung dan menulis (Ikawati & Anurogo, 2018).

2.1.8 Pathway Stroke Infark

Bagan 2.1 Bagan Pathway Stroke Infark



2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penatalaksanaan keperawatan

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

1) Penatalaksanaan pada fase akut:

- a) Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi.
- b) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- c) Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- 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) Mengatur posisi kepala dan badan atas setinggi 20-30 derajat, posisi miring jika muntah dan boleh dilakukan mobilitas secara bertahap jika hemodinamik 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 ditempat 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 *footdrop*.

(3) Meletakkan satu bantal di aksila untuk

mencegah adduksi bahu.

(4) Menggunakan rool trokhan teruntuk mencegah rotasi bahu.

(5) Jari-jari di posisikan agak fleksi dengan

telapak tangan agak supinasi.

(6) Mengubah posisi latihan gerak

b. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis untuk pasien stroke dapat dilakukan tindakan-tindakan berikut untuk mencegah terjadi stroke atau kematian otak yang luas (Smeltzer & Bare, 2017).

1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang

mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.

2) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau

memberatnya thrombosis dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskular.

- 3) Medikasi anti trombosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.
- 4) Antibiotik untuk menghancurkan trombus.
- 5) Penanganan suprotif imun
- 6) Memberikan pemeliharaan jalan napas dan ventilasi yang adekuat.
- 7) Memberikan volume darah dan tekanan darah yang adekuat.
- 8) Koreksi jantung gangguan antara lain gagal jantung atau artimia.
- 9) Meningkatkan aliran darah serebral (dilakukan pada stroke non hemeragik).
- 10) Evaluasi tekanan darah.
- 11) Melakukan intervensi bedah.
- 12) Ekspansi volume intravaskular.
- 13) Berikan obat antikoagulan.
- 14) Pengontrolan tekanan intracranial dengan memberikan obat obatan.

2.1.10 Komplikasi

Mengalami 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.

- j. 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 Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan (Esti & Johan, 2020).

a. 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.

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat penyakit

1) Riwayat Kesehatan sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

2) 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.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya Riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-

obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, kegemukan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

5) Riwayat psikososial

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, sopor, coma, hingga coma dengan GCS <12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole >140 mmHg dan diastole > 80mmHg.

b) Nadi: Biasanya nadi normal

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak

ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus):biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III(okulomotoris):biasanya diameter pupil 2mm/2mm,pupil kadang isokor dan anisokor,palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

6) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota Gerak atas,dapat melakukan keseimbangan gerak tangan- hidung

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos

coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus):

biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya

(+) dan bludzensky 1 (+)

10) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi: biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi :biasanya fremitus sama antara

kiri dan kanan Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi :biasanya suara normal (vesikuler)

b) Jantung

Inspeksi: biasanya iktus cordis

tidak terlihat Palpasi :

biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas

jantung normal Auskultasi:

biasanya suara vesikuler

11) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak

ada asites Palpasi :biasanya tidak

ada pembesaran hepar Perkusi :

biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi :biasanya biasanya bising

usus pasien tidak terdengar.

12) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinenasia atau retensio urine dan konstipasi.

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku di ketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky(+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky(+)). Pada saat dorsumpedis digores

biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim(+))dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)).Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)). Pemeriksaan ektermitas Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Nilai kekuatan otot adalah sebagai berikut (Setiadi & Irawandi, 2020).

Tabel 2.1 Nilai Kekuatan otot

Nilai Kekuatan Otot	Keterangan
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerak sama sekali
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak Tanpa gravitasi
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif Dan melawan tahanan
5 (100)	Kekuatan normal

4) Pemeriksaan neurologi

Pemeriksaan Saraf Pusat Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mayor tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah koleteral (sekunder atau aksesori).

Bagian yangDikaji	HasilPemeriksaan
Saraf I Olfactorius	Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
Saraf II Optikus	Disfungsi persepsi visual karena gangguan janas sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan Visual-spasial mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh
Saraf III,IV dan VI Okulomotoris,Troklearis, Abdusen	Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat atau Gerakan mata,kontriksi pupil Akomodasi
Saraf V Trigeminus	Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigenimus, penurunan kemampuan koordinasi Gerakan mengunyah satu sisi otot pteringoideus intermus dan eksternus
Saraf VII Fasialis	Persepsi pengecapan dalam batas normal wajah asimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Pada pasien stroke saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi Kelemahan

Saraf VIII Akustikus (auditoris)	Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi dan biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.
Saraf IX dan X Glossofaringeus, Vagus	Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut
Saraf XI Aksesoris	Tidak ada troli otot stemokleidomastoideus dan trapezius Pada pasien stroke biasanya ovula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah
Saraf Hipoglossus XII	Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara

2.1.1 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu penilaian klinis tentang respons klien mengenai masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya secara potensial maupun aktual. Diagnosa keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga maupun komunitas mengenai situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon seseorang terhadap masalah

kesehatan/proses kehidupan, atau rentang respon individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas.

Langkah-langkah menentukan diagnose keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut:

a. Analisa Data

Merupakan pengembangan dalam kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Analisis data keperawatan terdapat beberapa tahapan meliputi :

1) Bandingkan data dengan nilai normal

Data yang diperoleh melalui pengkajian dibandingkan dengan nilai normal, setelah itu diidentifikasi tanda dan gejala yang signifikan.

2) Pengelompokan data

Mengelompokkan data-data klien yang signifikan atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Mengelompokkan data dilakukan secara deduktif atau induktif. Induktif yaitu memilah data menjadi pola, sedangkan deduktif menggunakan kategori pola selanjutnya mengelompokkan data sesuai dengan kategori.

3) Identifikasi Masalah

Perawat dan klien mengidentifikasi masalah yang aktual, resiko, dan promosi kesehatan. Hal ini akan merujuk pada diagnosis keperawatan.

4) Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnose keperawatan. Adapun cara merumuskan diagnosis, yaitu :

a) Penulisan Tiga Bagian (Three Part)

Terdiri dari masalah, penyebab , tanda/gejala, dan metode ini digunakan pada diagnosis actual (**Masalah** berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**).

b) Penulisan Dua Bagian (Two Part)

Metode ini digunakan pada diagnosis resiko dan promosi kesehatan (**Masalah** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**).

Diagnosis keperawatan pada klien dengan stroke adalah:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)
- g. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- h. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKID.0143)

2.1.2 Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnose dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan pasien. Intervensi keperawatan yaitu segala perawatan yang di lakukan oleh perawat yang berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis bertujuan untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatannya dalam memenuhi kebutuhan klien (Basri, 2020).

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteia hasil: (SLKI L.02014) - Tingkat Kesadaran Meningkat - Tekanan intracranial menurun - Sakit Kepala Menurun - Gelisah - Nilai tekanan darah membaik	(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial L.09325) Observasi: - Identifikasi peningkatan TIK(mis,lesi,gangguan metabolisme, edema serbral) - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat,tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadran menurun) - Monitor MAP(Mean Arterial Pressure) - Monito CVP (Central Venous Presure),jika perlu - Monitor PAWP ,jika perlu - Monitor PAP, jika perlu - Monitor ICP (Intra Cranial Pressure),jika perlu - Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serbro-spinalis (mis,warna, konsistensi) Teurapeutik: - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

-
- Berikan posisi semi fowler
 - Hindari manuver Valsava
 - Cegah terjadinya kejang
 - Hindari penggunaan PEEP
 - Hindari pemberian cairan IV hipotonik
 - Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
 - Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- Kolaborasi pelunak tinja, jika perlu

(Pemantauan Tekanan Intrakranial(L.06198)

Observasi:

- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebro spinal, hipertensi intrakranial idiopatik)
 - Monitor peningkatan TD
 - Monitor pelebaran tekanan nadi(selisih TDS dan TDD)
 - Monitor penurunan frekuensi jantung
 - Monitor iregularitas irama nafas
 - Monitor penurunan tingkat kesadaran
 - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
 - Monitor kadar Co₂ dan pertahankan dalam
-

		Rentang yang diindikasikan - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebro spinal - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Teurapeutik: - Ambil sampel drainase cairan serebrospinal - Kalibrasi transduser - Pertahankan sterilitas system pemantauan - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Bilas system pemantauan, jika perlu - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 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: - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

		Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan,jikaperlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi - Anjurkan melakukan mobilisasi - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan,(mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI D.0119)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118) - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat - Pelo menurun - Gagap menurun	Promosi Komunikasi: Defisif Bicara (I.13492) Observasi - Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume, dan diksi bicara. - Monitor proses kognitif,anatomis,dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) - Monitor frustrasi,marah,depresi,atau hal lain yang mengganggu bicara Terapeutik - Gunakan metode komunikasi alternatif (mis.

Dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)

- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- Ulangi apa yang disampaikan pasien

Edukasi

- Anjurkan berbicara perlahan
 - Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan
- Dengan kemampuan berbicara
-

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(SDKI D.0077)

Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil:

(SLKI L.08066)

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Kesulitan tidur menurun
5. Frekuensi nadi membaik

Manajemen Nyeri(I.08238)

Observasi

- Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi factor yang memperberatdan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan

analgetik

- Terapeutik
- Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur,terapi music,biofeedback,terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

		- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan algesik secara tepat - Ajarkan Teknik farmakologi suntuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: (SLKI L.06052) - Refleks menelan membaik - Frekuensi tersedak menurun - Batuk menurun	Dukungan perawatan diri: makan/minum (SIKI I.11351) Observasi - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan - Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan - Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Letakkan makanan disisi mata yang sehat

		- Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan - Sediakan makanan dan minuman yang disukai - Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu - Motivasi untuk makan diruang makan,jika tersedia
		Edukasi
		- Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam(mis:sayur di jam 12, rendang di jam 3)
		Kolaborasi
		- Kolaborasi pemberian obat(mis:analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan (SDKI D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24jam,diharapkanStatusnutrisi membaik dengan kriteia hasil: (SLKI, L.03030)	(ManajemenNutrisi(L.03119))
	- Porsi makan dihabiskan - Kekuatan Otot Pengunyah meningkat - Kekuatan otot meningkat	Obervasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric - Monitor asupan nutrisi - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Teurapeutik

- Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu
- Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan)
- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein
- Berikan suplemen makanan, jika perlu
- Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, anti emetik), jika perlu
 - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.
-

Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring(SDKI D.0139)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan Meningkat dengan kriteria hasil: (SLKI L.14125) - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Perdarahan menurun, elastisitas meningkat	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur <u>Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</u>
--	--	--

		- Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot(SDKI D.0143)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan, kriteria hasil : (SLKI L.14138) - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat dikamar mandi menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi - Identifikasi faktorj atuh (mis:usia>65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik,gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis:fallmorsescale,humptydumptyscale),jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur

-
- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
 - Gunakan alat bantu berjalan(mis:kursiroda, walker)
 - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi

- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
-

2.1.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secaraurut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk di dalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan (Basri, 2020). Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan Tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.1.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan,dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Basri, 2020). Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien cedera kepala sedang dengan risiko perfusi serebral tidak efektif diharapkan pasien mengalami peningkatan kesadaran.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. *Assesment*, yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif.
- d. *Planning*, yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.

2.2 Konsep *Range of Motion* pasif (ROM)

2.2.1 Pengertian *Range of Motion pasif* (ROM)

Range of motion pasif (ROM) yaitu derajat untuk mengukur kemampuan suatu tulang, otot dan sendi dalam melakukan pergerakan. ROM adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagittal, transversal, dan frontal. Potongan sagittal adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal

adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah (Istichomah, 2020).

2.2.2 Tujuan *Range of Motion* pasif (ROM)

Tujuan dari ROM yaitu meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020).

2.2.3 Manfaat *Range of Motion* pasif (ROM)

Manfaat dari ROM, yaitu menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.2.4 Indikasi Umum

- a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- b. Kelemahan otot
- c. Fase rehabilitasi fisik
- d. Klien dengan tirah baring lama

2.2.5 Kontra indikasi Umum

- a. Thrombus/emboli pada pembuluh darah

- b. Kelainan sendi atau tulang
- c. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit jantung
- d. *Attention* monitor keadaan umum klien dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan.

2.2.6 Prinsip Latihan *Range of Motion* pasif (ROM)

Adapun prinsip Latihan ROM, diantaranya :

- a. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
- b. ROM dilakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- c. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
- d. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
- e. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mania tau perawatan rutin telah dilakukan.

2.2.7 Jenis-jenis *Range of Motion* pasif (ROM)

ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

- a. ROM pasif

ROM pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat

mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%.

2.2.8 Tahapan Gerakan ROM Pasif

Tahapan Gerakan ROM pasif ada beberapa macam menurut Setiadi& Dedi (2020), yaitu:

Tabel 2.4 Gerakan Range of Motion pasif (ROM)

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Leher		
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala ke posisi tegak.	Rentang 45°
Hiperekstensi	Menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksilateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°
Bahu		
Ekstensi	Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°

Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
Rotasidalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang.	Rentang 90°
Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala.	Rentang 180°
Rotasiluar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh.	Rentang 360°
Siku		
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.	Rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku menurunkan tangan.	Rentang 150°
Lengan Bawah		
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas.	Rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	Rentang 70-90°
Pergelangan Tangan		
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah.	Rentang 80-90°
Ekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°

Hiperkesktensi	Membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 89-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.	Rentang 30°
Jari– JariTangan		
Fleksi	Membuat genggaman.	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari–jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 90°
Hiperekstensi	Meregangkan jari–jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari–jari tangan yang satu dengan yang lain.	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan Kembali jari–jari tangan	Rentang 30°
Ibu Jari		
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	Menggerakkanibujarikedepan tangan.	Rentang 30°
Oposisi	Menyentuh ibu jari ke setiap jari – jari tangan pada tangan yang sama.	
Panggul		
Ekstensi	Menggerakkan Kembali ke samping tungkai yang lain.	Rentang 90-120°
Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai kebelakang tubuh.	Rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai kesamping tubuh.	Rentang 30-50°

Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali keposisi media dan melebihi jika mungkin.	Rentang 30-50°
Rotasidalam	Memutar kaki dan tungkai kearah tungkai lain.	Rentang 90°
Rotasiluar	Memutarkaki dan tungkai menjauhi tungkai lain.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar.	-
Lutut		
Fleksi	Menggerakkan tumit kearah belakang paha.	Rentang 120-130°
Ekstensi	Mengembalikan tungkai ke lantai.	Rentang 120-130°
MataKaki		
Dorsifleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk keatas.	Rentang 20-30°
Plantarfleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah.	Rentang 45-50°
Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam.	Rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki kesamping Luar	Rentang 10°
Jari- Jari Kaki		
Fleksi	Menekukkan jari- jari ke bawah.	Rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari- jari kaki.	Rentang 30-60°

2.3 Evidence Based Practice (EBP)

2.3.1 Pengaruh Range Of Motion pasif (ROM) Pada Penyakit Stroke

Mengatakan bahwa mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan ROM pasif

dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan. Pengaruh latihan ROM terhadap kekuatan otot pasien stroke ditentukan dengan melihat hasil penelitian dan hasil uji T, serta diperoleh pengaruh nilai rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan. Hasil penelitian ini memperkuat upaya pemberian asuhan pada pasien stroke yang terdiagnosis asuhan terkait gangguan aktivitas fisik. Menderita hemiplegia/hemiplegia (Padila, 2016). Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah perawat menggunakan latihan rentang gerak pasif yang melibatkan pasien dan keluarganya sehingga mendapatkan hasil yang terbaik.

Berdasarkan Daulay et al. (2021), yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion* (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke” hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh latihan ROM pasif terhadap kekuatan otot dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan pvalue sebesar 0,001pada ekstremitas bawah.

Hasil penelitian juga menunjukkan adanya pengaruh Latihan ROM pasif terhadap rentang gerak sendi dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas bawah.

Berdasarkan hasil penelitian Park (2021), tentang “*Effects of Walking With Talus-Stabilizing Taping on Passive Range of Motion, Timed Up and Go, Temporal Parameters of Gait, and Fall Risk in Individuals With Chronic Stroke.*” dengan desain penelitian *A Cross-sectional Study* dengan rancangan uji coba terkontrol secara acak. Sampel penelitian berjumlah 24 pasien pasca stroke berpartisipasi dalam penelitian ini. Para peserta diacak menjadi grup control (n=12) dan grup self-MWM (n = 12). Evaluasi terakhir setelah 8 minggu pelatihan, kelompok self-MWM menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam rentang gerak pasif dorsofleksi pergelangan kaki dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Sejalan dengan penelitian Hosseini et al.(2019), tentang “*The Effect of Early Passive Range of motion passive Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial*” dengan studi uji coba terkontrol secara acak. Pasien dengan stroke iskemik pertama stroke dialokasikan secara acak ke kelompok eksperimen (n=33) atau kontrol (n=19). Latihan rentang gerak pasif dilakukan pada kelompok eksperimen selama 48 jam pertama masuk dengan 6 – 8 kali latihan selama 30 menit. Sebelum intervensi, dan setelah 1 dan 3 bulan dilakukan intervensi, fungsi motoric diukur dengan skala penilaian

kekuatan otot (skala Oxford) dan dibandingkan. Hasil penelitian ini juga menunjukkan setelah intervensi pada kelompok eksperimen dibelikan terdapat perbaikan yang signifikan fungsi motorik antara bulan pertama dan ketiga pada ekstremitas atas dan bawah.

Diperkuat dengan hasil penelitian Deva & Widowati (2022), tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion passive* Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3”. Hasil penelitian menunjukkan latihan *range of motion* (ROM) aktif yang terprogram dan dilakukans secara berkesinambungan dan teratur dapat memberikan hasil yang optimal, karena semakin seringnya sendi digerakkan secara teratur dengan teknik yang tepat dan perlahan, maka dapat meningkatkan kekuatan otot dan respon syaraf pada penderita stroke non hemoragik pada ekstremitas bawah yang awalnya kurang menjadi baik kekuatan ototnya terdapat pengaruh antara Latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada lansia stroke non hemoragik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara Latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

Dari beberapa hasil penelitian diatas bahwa pemberian latihan *range of motion passive* efektif dalam perbaikan masalah gangguan mobilitas fisik terhadap kekuatan otot pada pasien stroke infark atau non hemoragik.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 TINJAUAN KASUS

3.1.1 PENGKAJIAN

3.1.1.1 Identitas Klien

Nama	:Ny,D
Umur	:66 Tahun
Jenis Kelamin	:Perempuan
Alamat	:Rajajali,Pameungpeuk
StatusPerkawinan	:Menikah
Agama	:Islam
Suku	:Sunda
Pendidikan	:SD
Pekerjaan	:Petani
No. RM	013553995
Diagnosa medis	: Stroke Infark
Tanggal Masuk RS	:29 April 2025
TanggalPengkajian	:30 April 2025

3.1.1.2 Identitas Penanggung Jawab

Nama	:Tn. G
Umur	:39 Tahun
Jenis Kelamin	:Laki laki

Alamat	:Sintok, Darajat
Pendidikan	:SMP
Pekerjaan	:IRT
Hubungan dg Klien	:Anak

3.1.1.3 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengeluh lemas pada ekstremitas kiri

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 april 2025 klien mengeluh lemas pada ektremitas kiri atas dan bawah. Keluhan dirasakan sejak 2 hari lalu pada saat klien sedang bertani. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kiri ,klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kirinya terasa berat saat ingin digerakan.Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing.

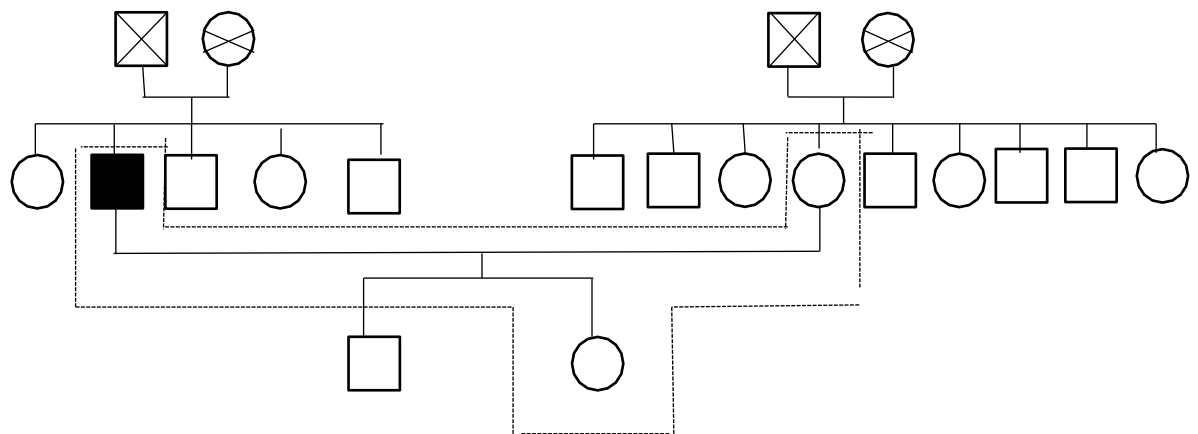
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti ini sebelumnya, klien tidak mengetahui mempunyai riwayat hipertensi/ kolesterol karena jarang melakukan pemeriksaan. Tetapi klien mengatakan sering merasa pusing dan selalu minum obat dari warung saja.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

Genogram



Ket :

□ : laki laki ○ : Perempuan ■ : Klien
 ⊠ : Laki-laki Meninggal
 ⊙ : Perempuan Meninggal

- - - - - tinggal serumah

|_| : Menikah

|_| : Anak Kandung

5. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap apapun.

6. Kebiasaan

Klien mengatakan sehari-hari klien Bertani diladang (kebun dan sawah).

3.1.1.4 Pola Kesehatan Fungsional Gordon

a. Pemeliharaan kesehatan

Klien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang parah dan sampai dirawat di pelayanan kesehatan seperti saat ini, klien hanya sering mengeluh pusing dan hanya meminum obat dari warung. Klien jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan.

b. Nutrisi Metabolik dan Kebutuhan Cairan

BB : 68 kg

TB:167 cm

$$\text{IMT: } \frac{\text{kg}}{\text{TB}^2} = \frac{68}{(1,67)^2} = 24,38$$

- Kebutuhan Kalori

1) Saat Sehat

$$\text{Keb.EMB} = 1 \text{ Kal} \times \text{BB} \times 24 = 1.632 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = 1.632 + 2,10 = 1634,1 \text{ kalori}$$

2) Saat Sakit

$$\text{Keb.EMB} = 1 \text{ Kal} \times \text{BB} \times 24 = 1.632 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = 1.632 + 1,30 = 1633,3 \text{ kalori}$$

- Kebutuhan Cairan

$$10 \text{ kg pertama} = 1 \text{ liter} = 1000 \text{ ml}$$

$$10 \text{ kg kedua} = 0,5 \text{ liter} = 500 \text{ ml}$$

$$48 \text{ kg} = 20 \times 48 \text{ kg} = 960 \text{ ml}$$

$$\text{Jadi, kebutuhan cairan klien } 1000 \text{ ml} + 500 \text{ ml} + 960 \text{ ml} = 2.460 \text{ ml}$$

3.1.1.5 Aktivitas sehari-hari (activity daily living)

Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sehat	Sakit
1	Pola Makan		
	• Kebutuhan kalori • Jenis • Frekuensi • Porsi • Diet khusus • Makanan disukai • Kesulitan menelan • Nafsu makan • Usaha mengatasi masalah	Nasi lembek, lauk, sayur 2-3x/hari 1-2 porsi Tidak ada Sate Tidak ada Baik Tidak ada	Bubur, lauk, sayur 3x/hari 1 porsi habis Tidak ada Sate Tidak Sedikit berkurang Makan selagi hangat dan perlahan
2	Pola Minum		
	• Jenis minum • Frekuensi • Jumlah • Kebutuhan cairan • Pantangan • Minuman yang disukai • Usaha mengatasi masalah	Air putih, kopi, teh ±8 x/hari 250ml/1 x minum 2460ml Tidak ada Kopi Tidak ada	Air putih ±5 x/hari ±100 ml/1 x minum 2460 ml Minuman berkafein Tidak ada Tidak ada

3	ELIMINASI		
	BAK		
	• Frekuensi	5x/hari	Menggunakan selang kateter
	• Warna	Kuning khas urin	Kuning khas urin
	• Jumlah output	Tidak terkaji	600 ml
	• Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	BAB		
	• Frekuensi	1-2x/hari	1x sejak masuk RS
	• Konsistensi	Padat	Padat
	• Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	• Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
4	ISTIRAHAT&TIDUR		
	SIANG		
	• Lama tidur	Jarang tidur	± 1 jam setiap setelah minum obat
	• Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	MALAM		
	• Lama tidur	±6-7jam	± 6-7 jam
4	PERSONAL HYGIEN		
	MANDI		
	• Frekuensi	1-2x/hari	1x/hari dengan waslap
	• Berpakaian	1-2x/hari	1 kali
	• Frekuensi gosok gigi	1-2x/hari	Belum gosok gigi
	• Keramas	3-4x/mgg	Belum keramas
	• Menggunting kuku	1 x/mgg	Belum menggunting kuku
	MOBILITAS&AKTIVITAS		
	• Aktivitas yang dilakukan	Sehari-hari berkebun di ladang	ADL dibantu
	• Kesulitan	Tidakada	Lemas dan sulit bergerak

3.1.1.6 Tingkat Kemandirian Klien

Tabel 3.2 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

3.1.1.7 Pola Persepsi Kognitif

Bicara	:Sedikit pelo
Bahasa	:Sunda
Kemampuanmembaca	:Bisa dan baik
Kemampuanberintearaksi	:Baik tetapi sedikit kesulitan bicara

3.1.1.8 Pola Konsep Diri

a. Konsep Diri

Klien mampu mengenali dirinya sebagai seorang Perempuan dan berperampilan dengan sesuai

b. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat beraktifitas seperti biasanya

c. Harga Diri

Klientidak merasa minder dengan keadaan yang sekarang dan tampak selalu kooperatif terhadap perawatan yang diberikan.

d. Identitas Diri

Selama ini klien mengenali dirinya sebagai seorang Perempuan sekaligus seorang istri dan berperampilan dengan sesuai

e. Peran Diri

Selama ini klien berperan sebagai seorang ibu, seorang istri dan seorang nenek.

3.1.1.9 Pola Peran dan Hubungan

Keluarga klien mengatakan klien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, klien ramah dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

3.1.1.10 Pola Reproduksi dan seksual

Klien mengatakan tidak ada keluhan pada reproduksi dan pola seksual.

3.1.1.11 Pola Pertahanan Diri atau Koping

Keluarga klien mengatakan klien bila ada masalah selalu membicarakan dengan keluarga

3.1.1.12 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.

3.1.1.13 Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan Umum

- Kondisi umum :lemah
- Tingkat Kesadaran :Composmentis GCS15 (E:4V:5 M:6)
- TekananDarah :130/80mmHg
- Nadi :60x/mnt
- Respirasi :23x/mnt
- Saturasi :98%
- Suhu :36,9°C

b. Pemeriksaan Fisik Per Sistem

1) Sistem Pernapasan

- I : Hidung simetris, tidak ada sumbatan, septum ada, lesi tidak ada, tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan paru-paru simetris, lesi tidak ada, RR = 23x/menit, SPO2 = 98%.
- P : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran sinus, tidak ada krepitasi, taktil fremitus teraba kanan dan kiri sama
- P : perkusi sonor
- A: bunyi nafas vesikuler,tidak ada bunyi nafas tambahan

2) Sistem Kardiovaskuler

- I: bentuk dada simetris,tidak ada lesi
- P: tidak ada nyeri tekan,tidak ada krepitasi,nadi kuat,N= 98x/menit, CRT < 2 detik
- P : perkusi redup
- A:bunyi jantung reguler,TD:130/80mmHg,

3) Sistem Pencernaan

- I: Mukosa bibir kering,gigi sudah tidak komplit, leher simetris, tidak ada lesi, abdomen datar dan simetris, tidak ada lesi
- A: bising usus 10x/menit
- P: tidak ada nyeri tekan dibagian perut,tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran organ
- P : perkusi timpani

4) Sistem persyarafan

I. Nervus Olfaktorius (Penciuman)

Kemampuan penciuman baik

II. Nervus Optikus (Ketajaman penglihatan dan lapang pandang)

Klien dapat melihat dengan baik namun buram melihat dengan jarak >6 meter

III. Nervus Okulomotorius (Mengkaji ukuran pupil)

Pupil isokor, bulat dan pupil mengecil saat terkena cahaya

IV. Nervus Trochlearis (Gerakan mata)

Klien dapat menggerakkan mata sesuai perintah

V. Nervus Trigemini (Saraf sensoris dan motorik: membuka mulut)

Klien dapat membuka mulut dengan baik

VI. Nervus Abducent (Mengontrol pergerakan mata)

Klien dapat menggerakkan mata dengan baik dan terkontrol

VII. Nervus Fasialis : sensoris dan motorik (mengerutkan dahi, menutup mata, meringis, memperlihatkan gigi, bersiul)

Bagian wajah kiri klien tampak tidak simetris dengan bagian wajah sebelah kanan. Bagian wajah sebelah kiri tampak sedikit turun dari bagian kanan.

VIII. Nervus Vestibulokoklearis : Pendengaran

Klien dapat mendengar dengan baik, terbukti ketika berkomunikasi dapat merespon dengan baik.

IX. Nervus Glosafaringeal : Daya mengecap baik dan tidak ada reflek muntah

X. Nervus Vagus :bersuara dan menelan

Klien bersuara sedikit pelo tidak jelas,fungsi menelan baik tidak ada kesulitan menelan.

XI. Nervus Aksesorius :kekuatan otot

Klien mengalami kelemahan otot pada ektremitas bagian kiri

5	0
5	1

XII. Nervus Hipoglasus (mengeluarkan lidah)

Klien dapat menjulurkan lidahnya, namun tampak tidak simetris dan tidak bisa maksimal

5) Sistem Perkemihan

- I: terpasang kateter urine,warna urin kuning jernih,jumlah output 600 ml
- P: kandung kemih lembek (kosong)

6) Sistem integument

- I: warna kulit kecoklatan,tidak ada sianosis atau ikterik,tidak ada pembengkakan atau lesi
- P: akral hangat,kulit sedikit kasar,turgor<3 detik

7) Sistem muskuloskeletal

Kekuatan otot	5	0	dan sendi klien tampak kaku
	5	1	

8) Sistem Endokrin

- I: tidak ada benjolan dan edema
- P: Tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid

9) Sistem reproduksi dan genetalia

Klien mengatakan tidak ada masalah pada system reproduksinya

3.1.1.14 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium: 29 April 2025

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag/satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12,1	g/dL	13-18
Hematokrit	45	%	35-47
Jumlah Leukosit	21.900	/mm ³	3.800-10.600
Jumlah Trombosit	271.000	/mm ³	150,000-440,000
Jumlah Eritrosit	5,40	Juta/mm ³	4,5 – 6,5
MCV	84	Fi	80 – 100
MCH	30	Pg/cel	26 -34
MCHC	36	g/dl	31– 37
Hitung Jenis			
Basophil	0	%	0 – 1
Eosinophil	1	%	1 – 6
Batang	0	%	3 – 5
Neutrophil	81	%	50– 70
Limfosit	8	%	30 45
Monosit	10	%	2 – 10
KIMIA KLINIK			
GDS	167	Mg/dl	< 140
Ureum	17	Mg/dl	20-40
Kreatinin	0,84	Mg/dl	0,7-1.3
SGOT	22	U/L	0-37
SGPT	21	U/L	<50
Paket Elektrolit			
Natrium	141	mEq/L	135-145
Kalium	3.2	mEq/L	3.6-5.5
Clorida	105	mEq/L	98-108
Calsium	4.37	mEq/L	4.7-5.2

b. Pemeriksaan CT-Scan Kepala tanpa kontras: 29 April 2025

Hasil pemeriksaan :

Tampak lesi hipodens batas kurang tegas di ganglia basalis kanan dan kapsula eksterna kanan.

Kesan: Infark selebria.ganglia basalih kanan dan capsula eksterna kiri

3.1.1.15 Terapi Farmakologi

NamaObat	Rute	Pemberia Jam n	Riwayat/KeteranganObat
Infus Asering	IV	20 tpm	Untuk terapi pengganti cairan dan Menjaga keseimbangan elektrolit
Citicoline	IV	2 x 1 g Pagi 08.00 , mala m 21.00	Untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan,stroke Atau cederakepala
Omeprazole	IV	2 x 40 g Pagi 08.00, malam 21.00	Untuk mengatasi asam lambung Berlebih dan keluhan yang mengikutinya
Mecobalamin	IV	2 x 500 µg Pagi 08.00, malam 21.00	UntukmengatasikekurangaB12 yang baik untuk menjaga kesehatan sistemsaraf
Candesartan	Oral	1 x 8 mg Malam 21.00	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mencegah Gagal jantung
Amlodipine	Oral	1 x 10 mg Pagi 08.00	Untuk menurunkan tekanandarah tinggi,membantu mencegah stroke dan serangan jantung

Tabel3.4Terapi Farmakologi

3.1.1.16 Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS : - Klien mengeluh ekstremitas kiri lemas dan tidak bisa digerakkan - Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu DO: - Klien tampak lemah - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu - Ekstremitas kiri tidak bisa digerakkan - Kekuatan otot 5 0 5 1	Faktor pencetus/etiologi :Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan ber degenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endotel rusak, edema serebral ↓ Disfungsi N.X1 (Akseorius) ↓ Penurunan fungsi motorik dan musculoskeletal ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0119)
2.	DS: klien mengatakan terasa berat saat berbicara DO: - Bicara klien sedikit tpelo - Klien tampak sulit menyusun kalimat / mengungkapkan kata-kata - Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak	Faktor pencetus/etiologi :Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan	Gangguan Komunikasi Verbal

maksimal
Wajah bagian kiri klien
tampak tidak simetris dengan
wajah bagian kanan

berdegenerasi
↓
Arteriosklerosis
↓
Stroke infark
↓
Proses metabolisme
dalam otak terganggu
↓
Penurunan suplai darah
dan O₂ ke otak
↓
Arterise serebri media
↓
Kerusakan
neuroserebrispinal N.VII,
N.IX
↓
Ketidakmampuan
berbicara
↓
Gangguan Komunikasi
Verbal

3. DS : Klien mengeluh lemas ekstremitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing DO: - GCS:15Compos Mentis - TD:179/80mmHg - Suhu : 36,9°C - Nadi :60 xmenit - RR :23 x/menit - SpO2 :98% - Bagian wajah kiri tampak tidak simetris denganwajahbagiankiri - Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal - Hasil CT-Scan kepala menunjukan terdapat infark serebria.ganglia basalis kanan dan capsula eksterna kanan	Faktor pencetus/etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemakyang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah ke jaringan cerebral tidak adekuat ↓ Risiko Perfusi jaringan cerebral tidak adekuat	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif(SDKID.0017)
---	--	--

3.1.2 DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengeluh ekstremitas kiri lemas dan tidak bisa digerakkan
- Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu

DO :

- Klien tampak lemah
- Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu
- Ekstremitas kiri tidak bisa digerakkan

5	0
5	1

- Kekuatan otot

- Sendi tampak kaku

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, ditandai dengan :

DS: klien mengatakan terasa berat saat berbicara

DO :

- Bicara kliens edikit pelo
- Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata
- Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal
- Wajah bagian kiri klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak,

DO:

- GCS:15 Compos Mentis
- TD:130/80mmHg
- MAP :113
- Suhu : 36,9°C
- Nadi :60 xmenit
- RR :23 x/menit
- SpO2 :98%
- Bagian wajah kiri tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan
- Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal
- Hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kanan dan capsula eksterna kanan

3.1.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat,dengan kriteia hasil: (SLKI L.05042) - Pergerakan ektermitas 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 Melalukan 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. Latihterapi <i>Range Of Motion</i> (ROM) pasif 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi 9. Ajarkan latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM)pasif pada keluarga
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 kriteriahasil : (L.13118) - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat - Pelo menurun Gagap menurun	Promosi Komunikasi :Defisif 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 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 - Edukasi 6. Anjurkan berbicara perlahan 7. Ajarkan terapi vokal 8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan <u>Dengan kemampuan berbicara</u>
3	Risiko 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 Tekanan Intrakranial L.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 rMAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor status pernafasan 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Pertahankan suhu tubuh normal Berikan terapi obat sesuai advice dokter

3.1.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal:Rabu, 30 April 2025

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	08.00 WIB	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R:klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya	Fauziah
		08.05 WIB	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R:ekstremitas kiri klien tidak bisa digerakkan, tangan kiri klien tidak bisa digerakkan sama sekali sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan jari-jarinya saja	
		08.10 WIB	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah R :80 x/menit Td : 130/80 mmHg - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R: pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring	
		08.15 WIB	- Melatih ROM pasif R:klien mampu dilatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R:kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik	
		08.30 WIB	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R:klien selalu memperhatikan dan membantu klien	
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI	08.40 WIB	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R:klien dan keluarga mengerti dengan tujuan dilakukan latihan ROM	Fauziah
		08.45 WIB	- Memonitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume,dan diksi bicara.	

D.0119)			R:bicara klien lambat dan kurang jelas - Menggunakan metode komunikasi alternatif. R: dilakukan jika bicara klien sulit dipahami - Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan - Mengulangi apa yang disampaikan pasien R:klien ngerti dan membenarkan pengulangan - Mengajukan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” R:klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	
		08.50 WIB		
3.	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	09.00 WIB	- Mengidentifikasi peningkatan TIK(mis,lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R:ditemukan infark serebral	
		09.05 WIB	- Memonitor tanda dan gejala peningkatanTIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi,pola nafas ireguler,kesadaran menurun) R : - GCS:15Compos Mentis - TD:130/80mmHg - Suhu : 36,9°C Nadi:60 xmenit	Fauziah

		SpO2:98%
09.10 WIB		- Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure)
		R : nilai MAP 96,6
09.15 WIB		- Memonitor status pernafasan
		R:pernapasan vesikuler,tidak ada suara napas tambahan dengan
		RR : 23 x/menit
		- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang
		tenang
		R:membatasi jumlah pengunjung
09.20 WIB		- Memberikan posisi semi fowler
		R: posisi semi fowler30° telah diberikan
		- Memberikan terapi obat
		R : Citicoline1 x 1g
		Omeprazole 1 x 40 g
		Mecobalamin1x500µg
		Candesartan1x8 mg
		Amlodipine 1x10mg

Hari/Tanggal: Kamis, 01 Mei 2025

No	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	14.10 WIB	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya	Fauziah
		14.15 WIB	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan, tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakkan namun hanya mampu melawan gravitasi	
		14.20 WIB	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 85 x/menit	
		14.25 WIB	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R: pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring	
		14.30 WIB	- Melatih ROM pasif R: klien mampu dilatih ROM pasif	
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)	14.35 WIB	- Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas	Fauziah
		14.40 WIB	- Menggunakan metode komunikasi alternatif. R: dilakukan jika bicara klien sulit dipahami	
			- Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan	
		14.45	- Mengulangi apa yang disampaikan pasien R: klien mengerti dan membenarkan pengulangan	

		WIB	- Mengajarkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” R: klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	
3	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	14.50	- Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis,lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R:ditemukan infark serebral	
		WIB	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi,pola nafas ireguler,kesadaran menurun) R : - GCS:15Compos Mentis - TD:130/79mmHg - Suhu : 36,1°C - Nadi :90 xmenit - SpO2 :98%	Fauziah
		15.00	- Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 96	
		WIB	- Memonitor status pernafasan R:pernapasan vesikuler,tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 24 x/menit	
		15.05	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R:membatasi jumlah pengunjung	
		WIB	- Memberikan posisi semi fowler R:posisi semi fowler 30° dipertahankan	
			- Memberikan terapi obat R : - Citicoline1 x 1g - Amlodipine1x10mg - Omeprazole1x40g - Mecobalamin1x500µg	

Hari/Tanggal:Jumat,02 Mei 2025

No	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	14.10 WIB	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R:klientidak mengeluhan dan nyeri pada ekstremitasnya	Fauziah
		14.15 WIB	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R: ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan,tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi	
		14.20 WIB	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R :90 x/menit	
		14.25 WIB	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R:pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkantubuhatau untukmerubahposisi miring - Melatih ROM pasif R:klien mampu dilatih ROM pasif	
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI D.0119)	14.30 WIB	- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R:kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik	Fauziah
		14.35 WIB	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R:klien selalu memperhatikan dan membantu klien_____	
		14.40 WIB	- Memonitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume,dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas - Menggunakan metode komunikasi alternatif. R:dilakukan jika biacara klien sulit dipahami - Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan - Mengulangi apa yang disampaikan pasien R:klienngerti dan membenarkan pengulangan	

		14.45 WIB	- Mengajarkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” R: klien dapat mengikuti terapi vocal dengan baik	
3.	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	14.50 WIB	- Mengidentifikasi peningkatan TIK(mis,lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R:ditemukan infark serebral - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi,pola nafas ireguler,kesadaran menurun) R : - GCS:15 Compos Mentis - TD:120/77mmHg - Suhu : 37,0°C - Nadi:87 xmenit - SpO2:98% - Memonitor MAP(Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 91 - Memonitor status pernafasan	Fauziah
		15.00 WIB	R:pernapasan vesikuler,tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 22 x/menit - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	
		15.05 WIB	R:membatasi jumlah pengunjung - Memberikan posisi semi fowler R:posisi semi fowler30° tetap dipertahankan	

3.1.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal:Rabu,30 April 2025

Tabel3.8 Evaluasi Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	14.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kiri nya lemas dan belum bisa digerakan DO: - Ekstremitas kiri tampak belum bisa digerakan - Kekuatan otot 5 0 5 1 - Tampak hambatan dalam melakukan ADLsehingga perlu dibantu A:Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	Fauziah
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (SDKI D.0119)	14.00 WIB	S:klien mengatakan bicara masih berat O : - Klien masih sedikit pelo - Klien tampak sulit Menyusun kalimat A : Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi - Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume,dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif.	Fauziah

			- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vocal “AIUEO”
3	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	14.00 WIB	S:Klien mengatakan pusingnya masih hilang timbul O : - TD: 130/80 mmHg - Suhu : 36,4°C - Nadi :80 xmenit - RR :22 x/menit - SpO2:97% - MAP :96,6 A:Masalah 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

Fauziah

-
- Klien tampak lemah
 - Ekstremitas kiri tampak belum bisa digerakan
 - Kekuatan otot

5	0
5	1
 - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu

Fauziah

A: Masalah belum teratasi P :

Lanjutkan Intervensi

- Latih ROM pasif
 - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM
 - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM
 - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi
-

Hari/Tanggal:Kamis, 01 April 2025

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF				
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	21.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kirinya lemas dan belum bisa digerakan DO: - Klien tampak lemah - ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan,tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi - Kekuatan otot<table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu A:Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	5	2	5	3	Fauziah
5	2							
5	3							
2.	Gangguan komunikasi verbal	21.00	S : klien mengatakan bicaranya masih terasa berat	Fauziah				

berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI D.0119)	WIB	dan sedikit sulit O : -Klien masih sedikit pelo,namun sudah bertambah - Klien tampak sulit Menyusun kalimat A : Masalah teratasi Sebagian 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 vocal “AIUEO”
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	21.00 WIB	S:Klien mengatakan pusingnya sudah hilang O : - TD:130/79mmHg - Suhu : 36,0°C - Nadi :75 xmenit - RR :21 x/menit - SpO2 :98% - MAP :96 A:Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi Fowler - Memonitor status pernafasan - Berikan terapi obat

Fauziah

Hari/Tanggal: Sabtu, 02 Mei 2025

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF				
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	21.00 WIB	DS : - Klien masih mengeluh ekstremitas kirinya lemas dan belum bisa digerakan DO: - Klien tampak lemah - Ekstremitas kiri klien masih sulit digerakan - ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan,tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi - Kekuatanotot<table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu A:Masalaht eratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan Latihan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	5	2	5	3	Fauziah
5	2							
5	3							
2	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI D.0119)	21.00 WIB	S : klienmengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit O : - Klien masih sedikit pelo,namun sudah bertambah jelas	Fauziah				

			- Klien masih tampak sulit Menyusun kalimat A : Masalah teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi - Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume,dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO”	
3	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	21.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan pusingnya tidak timbul lagi O : - TD:120/77mmHg - Suhu : 36,2°C - Nadi :69 xmenit - RR :19 x/menit - SpO2 :99% - MAP :91,3 A:Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP(Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi Fowler - Monitor status pernafasan - Berikan terapiobat	Fauziah

3.1.6 CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal: 01 Mei 2025

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	WAKTU	EVALUASI	PARAF				
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (SDKI D.0054)	7.30 WIB	DS : Klien masih mengeluh ekstremitas kirinya lemas dan belum bisa digerakan DO: - Klien tampak lemah - Ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan,tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi - - Kekuatan otot<table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu A:Gangguan mobilitas fisik P : - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monito rkondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi I :	5	2	5	3	Fauziah
5	2							
5	3							

			- <u>Melatih ROM pasif</u> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Memonitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi E :Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan intervensi	
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral(SDKI D.0119)	08.00 WIB	S : klien mengatakan bicaranya masih terasa berat dan sedikit sulit O : - Klien masih sedikit pelo,namun sudah bertambah jelas - Klien masih tampak sulit menyusun kalimat A : Gangguan komunikasi verbal P : - Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume,dan diksi bicara. - Gunakan metode komunikasi alternatif. - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” I : - Memonitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume, dan diksi bicara. - Menggunakan metode komunikasi alternatif. - <u>Mengulangi apa yang disampaikan pasien</u> - Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” E :Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan intervensi	Fauziah

3	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	08.00 WIB	S: Klien mengatakan pusingnya sudah hilang O : - TD:130/79mmHg - Suhu : 36,3°C - Nadi :80 xmenit - RR :20 x/menit - SpO2 :98% - MAP :96,6	Fauziah
			A:Perfusi serebral tidak efektif P : - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP(Mean Arterial Pressure) - Berikan posisi semi Fowler - Monitor status pernafasan - Lanjutkan terapi obat	Fauziah
			I: - Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP(Mean Arterial Pressure) - Memberikan posisi semi Fowler - Memonitor status pernafasan - Melanjutkan terapi obat E : Masalah teratasi sebagian	

3.2 PEMBAHASAN

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

Berdasarkan pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. D dengan diagnose medis Stroke Infark di Ruang Santolo RSUD dr.Slamet Garut 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.

3.2.1.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah,serta kebutuhan- kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan.Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Basri, 2020).

Pengkajian pada kasus didapatkan klien seorang Perempuan berusia 66 tahun ,sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh Mutiarasari (2019), bahwa penyakit stroke sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh faktor resiko yaitu usia,jenis kelamin,ras,gaya hidup seperti merokok, alkohol dan obat-obatan terlarang dan dari faktor resiko medis .Hal ini berarti sesuai antara teori dan kenyataan di lapangan didapatkan hasil pengkajian adanya faktor resiko yang bisa Menyebabkan terjadinya stroke yaitu klien berusia 66 tahun,mempunyai kebiasaan membeli obat obatan diwarung dan mempunyai riwayat kesehatan dahulu yang menunjukkan tanda gejala hipertensi.

Keluhan utama yang klien rasakan yaitu ekstremitas kanan atas dan bawah yang tidak bisa digerakan. Keluhan dirasakan sejak 2 hari lalu pada saat klien sedang bertani. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kiri dengan kekuatan otot 0 pada lengan kiri dan 1 pada kaki kiri, klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kirinya terasa berat saat ingin digerakan. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing. Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15, dan nadi : 60 x/menit, tekanan darah: 179/80 mmHg, suhu: 36,9°C, frekuensi napas 23 x/menit, serta spO2 : 98%. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori menurut Esti & Johan (2020), bahwa pada klien dengan penyakit stroke mempunyai tanda dan gejala penyakit yaitu diantaranya, tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara dan bahasa, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, sakit kepala hebat, kesadaran menurun dan gangguan fungsi otak.

Penulis menyimpulkan bahwa hasil pengkajian sejalan dengan teori dimana gangguan mobilitas fisik menjadi hal utama yang dirasakan klien stroke infark karena berkurangnya aliran darah ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati. Jika hal ini berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada di tubuh seperti: penurunan control volunteer yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparisis sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas.

3.2.1.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada kasus stroke infark menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak.

Berdasarkan teori, diagnosis keperawatan stroke infark terdapat 7 diagnosis keperawatan, namun pada kasus ini yang diambil hanya 3 diagnosis keperawatan. dikarenakan pada 4 diagnosis keperawatan yang lain tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah ke diagnosis keperawatan tersebut. Berdasarkan pengkajian dan analisis data pada kasus yang didapatkan dari Ny. D diagnosis yang diangkat oleh penulis yaitu 3 diagnosis diantaranya Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak.

Berdasarkan konsep teori diagnosis yang mungkin muncul pada klien dengan stroke infark terdapat diagnosis keperawatan, sedangkan pada klien kelolaan penulis, diagnosis keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisis pengkajian didapatkan 3 diagnosis, yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
 Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien tampak lemah, mengalami penurunan kekuatan otot dan hemiparesis bagian tubuh sebelah kiri. Dan penulis menemukan beberapa tanda mayor salah satunya yaitu kekuatan otot menurun dengan kekuatan otot 0 pada lengan kiri dan 1 pada kaki kiri. Dan data tanda minornya yaitu fisik klien lemah, gerakan terbatas, dan sendi kaku.

Menurut Permana (2018), gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya aliran darah ke otak yang menurun akibat adanya aterosklerosis sehingga menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang menghasilkan produksi asam laktat. Asam laktat tersebut bersifat neurotoksik yang mana bisa menyebabkan tidak efektif namun dalam kasus didapatkan diagnosis keperawatan perfusi serebral tidak efektif yang merupakan diagnosis utama klien, hal tersebut dikarenakan klien telah mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak dimana jika tidak ditangani akan mengakibatkan penurunan kesadaran hingga kematian (Wijaya & Putri, 2018). Sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegakkan perfusi serebral tidak efektif.

Kerusakan pada saraf meluas dan menyebabkan terjadinya disfungsi neurologis dan penurunan control volunteer yang akan menyebabkan hemiplegia sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas. Menurut penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami pasien telah sesuai dengan tanda dan gejala, sehingga berdasarkan data

tersebut penulis menegakkan masalah gangguan mobilitas fisik.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien berbicara pelo dan kurang jelas. Dan penulis menemukan beberapa tanda mayor salah satunya yaitu menunjukkan respon tidak sesuai. Dan data tanda minornya yaitu berbicara pelo dan sulit menyusun kalimat.

Menurut Lauralee Sherwood (2016), iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada daerah primer spesialisasi kortikal, khususnya pada daerah Broca dan Wernicke yang menyebabkan gangguan dalam berbahasa. Daerah Broca yang bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah motorik korteks yang mengontrol otot-otot yang penting untuk artikulasi. Daerah Wernicke, yang terletak di korteks kiri pada pertemuan lobus – lobus parietalis, temporalis, dan oksipitalis berhubungan dengan pemahaman Bahasa, baik tertulis maupun lisan. Sehingga, pada pasien stroke non hemoragik/infark dapat terjadi gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler. Berdasarkan data tersebut, sesuai dengan teori maka penulis menegakkan diagnosa gangguan komunikasi verbal.

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

Prioritas pertama pada kasus Ny.D yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak, karena 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 diagnosis keperawatan tersebut yaitu tekanan darah klien 179/80mmHg dengan nilai MAP 113, bagian wajah kiri tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan dan hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kanan dan capsula eksterna kanan.

Menurut Widagdo (2018), perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh thrombosis akibat aterosklerosis yang memberi vakularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Thrombus dan emboli didalam darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen. Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosis keperawatan yang tercantum Adalah risiko perfusi serebral

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Berdasarkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dukungan mobilisasi berupa identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memberikan terapi *Range Of Motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan berdasarkan yaitu mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat dan kelemahan fisik menurun (SIKI, 2018).

Pemberian terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi kekuatan otot polos pada ekstremitas meningkat. Latihan ROM pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan (Faridah et al., 2022).

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Berdasarkan diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama promosi komunikasi efektif. Berupa monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, isyarat tangan, sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, ulangi apa yang disampaikan pasien dan anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil, kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat, pelo menurun, pemahaman komunikasi membaik

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

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

Berdasarkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama manajemen peningkatan tekanan intakranial berupa dilakukannya identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan, berikan posisi semifowler, pertahankan suhu tubuh normal, dan berikan terapi obat sesuai *advice* dokter (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimpelentasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya:

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Pada diagnosis kedua yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam dukungan mobilisasi maka yang dilakukan yaitu mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri) hasilnya klien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki) hasilnya klien melakukan mika miki dengan bantuan keluarga dan perawat namun klien tampak belum mampu menahan tubuhnya, dan monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi klien masih mengalami hemiparesis dan mengajarkan terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif. Terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif kepada pasien dengan stroke non hemoragik /infark diberikan selama 15- 20 menit dalam 2 x sehari dapat memperbaiki atau kekuatan otot pada pasien.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Pada diagnosa ketiga yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam promosi komunikasi : defisit bicara maka yang dilakukan yaitu memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis.memori,pendengaran, dan bahasa), menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, mengulangi apa yang disampaikan pasien dan menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO”.

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

Pada diagnosa pertama yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen peningkatan tekanan intrakranial maka yang dilakukan yaitu berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK pada Ny.D dengan hasil penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil tekanan darah meningkat 179/80, memonitor MAP, memonitor status pernafasan dengan hasil frekuensi nafas 23x/mnt saturasi oksigen 98%, memonitor intake dan output cairan dengan hasil

intake cairan terpasang infus Asering, memposisikan posisi semi fowler dengan hasil klien dalam posisi semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal dengan hasil suhu tubuh 36,9°C, memberikan terapi obat sesuai dengan *advice* dokter yaitu Citicoline 1x1g, Omeprazole 1x40g, Mecobalamin 1x500µg, Candesartan 1x8mg dan Amlodipine 1x10 mg.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Basri, 2020).

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Yang ditandai dengan ekstremitas kiri klien sudah bisa digerakkan, tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi . Dengan kekuatan otot

5	2
5	3

Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya latih ROM pasif, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM, monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. Yang ditandai dengan bicara klien sudah tidak terlalu pelo dan sudah mampu menyusun kalimat. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO”.

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

Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan maka implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian. Yang ditandai dengan tingkat kesadaran stabil yaitu CM, tekanan darah menurun, saturasi oksigen baik, dan keluhan pusing hilang. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda

vital, berikan teknik semi fowler.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Yang ditandai dengan ekstremitas kiri

klien sudah bisa digerakkan, tangan kiri klien terdapat gerakan sendi namun tidak dapat melawan gravitasi sedangkan kaki kiri hanya bisa digerakan namun hanya mampu melawan gravitasi . Dengan kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$$

Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya latih ROM pasif, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM, monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi.

- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 7 jam, didapatkan bahwa masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. Yang ditandai dengan bicara klien sudah tidak terlalu pelo dan sudah mampu menyusun kalimat. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO”.

3.2.2 Pembahasan Evidence Based Practice

Berdasarkan telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan hasil yang rata-rata menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik/ infark. Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada klien ternyata terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) bisa meningkatkan kekuatan otot dan meningkatkan kemampuan mobilisasi pada klien stroke.

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. D dengan diagnosa medis Stroke Infark dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi latihan *Range Of Motion* (ROM) yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada

sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020). Manfaat terapi *Range Of Motion* (ROM) yaitu untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

Penulis melakukan implementasi terapi Latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada klien selama 3 hari dengan frekuensi 2x sehari selama ± 15 menit, dilakukan dengan cara fleksi (berkurangnya sudut persendian), ekstensi (bertambahnya sudut persendian), hiperekstensi (ekstensi lebih lanjut), adduksi (gerakan mendekati garis tengah tubuh), rotasi (gerakan memutar pusat dari tulang), eversi (perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian), pronasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah), supinasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas) dan oposisi (gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama) yang dilakukan pada setiap ekstermitas kanan atas dan bawah klien.

Teknik dari terapi *Range Of Motion* (ROM) memberikan mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan ROM pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuscular dan kimia otot. Rangsangan neuromuscular akan

meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan (Faridah et al., 2022).

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny.D dengan Stroke Infark dari tanggal 30 April – 02 Mei 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.D 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.D yaitu klien mengeluh ekstremitas kiri yang tidak bisa digerakan dan bicara klien pelo dan nyeri kepala yang hilang timbul.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny.D dengan Stroke Infark di ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut, adapun diagnosis yang muncul pada Ny.D yaitu sebanyak 3 diagnosis keperawatan :
 - a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
 - b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
 - c. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.D dengan Stroke Infark di ruang Santolo RSUD dr. Slamet Garut, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan Stroke Infark di ruang Santolo RSUD dr.Slamet Garut ,dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.D dengan Stroke Infark di ruang Santolo RSUD dr.Slamet Garut ,dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada salah satu diagnosis keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik yang efektif untuk klien dengan stroke infark.

4.2 Saran

4.2.1 Rumah Sakit

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Stroke Infark di pelayanan kesehatan, dan dapat menerapkan terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif.

4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi

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

- Basri, B. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Media Sains Indonesia.
- Daulay, N. M., Hidayah, A., & Santoso, H. (2021). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke . Nanda Masraini Daulay , Arinil Hidayah , Hari Santoso Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan*. 6.
- Deva,A. R.,& Widowati, R.(2022). *NoTitle*. 4(April), 950–959.
- Esti,A.,&Johan,T.R.(2020).*Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. Pustaka Galeri Mandiri.
- 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>
- Feigin, BA, S., Johnson, C., Roth, G., Bisignano, & Abady, G. (2022). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990- 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*.
- Haswita,&Reni. (2018).*Kebutuhan Dasar Manusia*.CV Trans Info Media.
- Hosseini,Z.,Peyrovi,H.,&Gohari,M.(2019). *The Effec tof Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial*. 8(1), 39–44. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.006>
- Ikawati, Z., & Anurogo, D. (2018). *Tata Laksana Terapi Penyakit Sistem Syaraf Pusat*. Bursa Ilm.
- Istichomah.(2020).*Modul Praktikum Keperawatan Dasar1*.CVMediaSains Indonesia. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=yOYSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg%0A=PA1&dq=Istichomah,+2020&ots=DkXiopG4fW&sig=j0_9xEGc_45lBlek8DBdi%0AD41184&redir_esc=y#v=onepage&q=Istichomah%2C2020&f=false
- Kanggeraldo,J.,Sari,R.P.,&Zu,M.I.(2018).Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Stroke Hemoragik dan Iskemik Menggunakan Metode Dempster Shafer. *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*,2(2),498–505.
- Kusuma, A. S., & Sara, O. (2020). *Penerapan Prosedur Latihan Range of Motion (Rom)Pasif Sedini Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik(Snh)*.*Syntax Literate*. 5(10), 1015–1021.

- Mutiarasari,D.(2019).IschemicStroke:Symptoms,RiskFactorsandPrevention.
JurnalIlmiahKedokteran,1(2),36–44.
- Organization, W. H. (2020). *World Stroke Day*.
<https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2020-world-stroke-day-ms>
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). *Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke>
- Padila.(2016).*Buku AjarKeperawatanMedikalBedah*.NushaMedika.
- Park,D.(2021).EffectsofAnkleSelf-Mobilization with Movement Intervention on Ankle Dorsiflexion Passive Range of Motion , Timed Up and Go Test , and Dynamic Gait Index in Patients with Chronic Stroke. 257–262.
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus Dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304.
- Setiadi, & Dedi, I. (2020). *Buku Keperawatan Dasar Teori Dan Aplikasi Praktik Bagi Mahasiswa Dan Perawat Klinis*. Indomedia Pustaka.
- Setiadi,&Irawandi, D.(2020).Keperawatan Dasar.Indomedia Pustaka.
- Smeltzer,S.,&Bare,B..(2017).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (Edisi 8). EGC.
- Sudrajat, A., Wartonah, E., & Riyanti, S. (2019). “Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi Orif Pada Ekstremitas Bawah.” *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(2), 175–183.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI.(2017).*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi1).Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Yuziani,M.M.,&Rahayu,M.S.(2018).Korelasi Rasio Kolesterol Total Terhadap HDL dengan Prediksi Outcome Stroke Iskemik Aku. II.