

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN: STROKE INFARK DENGAN
PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY* TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG ABDURAHMAN BIN
AUF II RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Dianjurkan Untuk Menempuh Ujian Akhir Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

**Disusun Oleh :
RIANTI RIZKAN SAFARI
NIM: KHGD 24008**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL :ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T
DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN: STROKE INFARK
DENGAN PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY*
TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI
RUANG ABDURAHMAN BIN AUF II RSUD AL IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

NAMA : RIAN TI RIZKAN SAFARI

NIM : KHGD24008

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pa Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, Agustus 2025
Menyetujui,
Pembimbing Utama

H.Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T
DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN: STROKE INFARK
DENGAN PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY*
TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI
RUANG ABDURAHMAN BIN AUF II RSUD AL IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**
NAMA : RIAN TI RIZKAN SAFARI
NIM : KHGD24008

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep

Hasbi Taobah, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners

STikes Karsa Husada Garut

Mengesahkan

Pembimbing

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

H.Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 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, Agustus 2025

Rianti Rizkan Safari

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN: STROKE INFARK DENGAN
PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY* TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG ABDURAHMAN BIN
AUF II RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

Rianti Rizkan Safari

ABSTRAK

Stroke infark adalah gangguan suplai darah ke otak akibat penyumbatan. Pasien mengalami beberapa masalah, termasuk hilangnya fungsi motorik dan sensorik. Hal ini mengakibatkan kelemahan pada anggota tubuh, yang dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari. Terapi cermin merupakan terapi yang melibatkan sistem saraf untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang mengalami kelemahan anggota tubuh. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan gambaran umum penerapan intervensi terapi cermin untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke infark. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan menggunakan anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan rekam medis. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengidentifikasi empat masalah keperawatan: gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, dan risiko jatuh. Terapi cermin digunakan sebagai intervensi utama untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik ini. Hasil karya tulis ilmiah ini menunjukkan bahwa terapi cermin, yang diberikan sekali sehari selama empat hari, tidak meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke infark dengan hemiparesis. Dari analisis asuhan keperawatan menunjukkan bahwa terapi cermin ini dapat diterapkan dalam praktik keperawatan dengan frekuensi dan durasi yang lebih lama, sehingga mencapai hasil yang optimal.

Kata Kunci: Kekuatan Otot, *Mirror Therapy*, Stroke Infark

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR Mrs. T WITH NERVOUS SYSTEM
DISORDERS: STROKE INFARCTION WITH THE APPLICATION OF
MIRROR THERAPY INTERVENTION TOWARDS INCREASING MUSCLE
STRENGTH IN THE ABDURAHMAN BIN AUF II ROOM, AL-IHSAN
HOSPITAL, WEST JAVA PROVINCE**

Rianti Rizkan Safari

ABSTRACT

Stroke infarction is a blood supply disorder to the brain due to blockage. The patient experienced several problems, including loss of motor and sensory functions. This results in weakness in the limbs, which can affect daily activities. Mirror therapy is a therapy that involves the nervous system to increase muscle strength in stroke patients who experience limb weakness. The purpose of this scientific paper is to get an overview of the application of mirror therapy interventions to increase muscle strength in infarction stroke patients. The method used is a case study using anamnesis, observation, physical examination, and medical records. The writing of this scientific paper identifies four nursing problems: physical mobility disorders, verbal communication disorders, self-care deficits, and the risk of falling. Mirror therapy is used as the main intervention to overcome this physical mobility disorder problem. The results of this scientific paper show that mirror therapy, which is given once a day for four days, does not increase muscle strength in stroke patients with hemiparesis. From the analysis of nursing care shows that this mirror therapy can be applied in nursing practice with a longer frequency and duration, thus achieving optimal results.

Kata Kunci: *Muscle Strenget, Miror Therapy, Stroke Infark*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark melalui Pemberian Intervensi *Mirror Therapy* di Ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD AI-Ihsan Provinsi Jawa Barat", Karya Ilmiah Akhir ini disusun guna melengkapi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut .

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat di harapkan, selain syukur kepada Allah SWT. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, saran serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Karsa Husada Garut.

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.
5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan banyak waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi agar penulis mampu menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dan menyelesaikan perkuliahan program profesi ners dengan baik.
6. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep., Ners., M.Pd selaku penguji II yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan profesi ners.
9. Kepada orang tua tercinta yaitu Bapak Iyus Sapaat dan Mamah Erni Susanti dan segenap keluarga penulis yang telah memberikan dukungan dan selalu memberikan do'a sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
10. Kepada klien Ny.T dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
11. Kepada Fadil Triyana N terimakasih telah memberikan semangat dan motivasi serta dukungan dan doa saat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
12. Sahabat terdekat sekaligus rekan seperjuangan penulis, Partner Ners Kompeten: Nola Isdiarti Aida, Nurhafsah Agustin, Virsa Namira, Tina Talia

Agustin, yang saat ini berjuang bersama untuk meraih gelar Ners, terimakasih telah menjadi teman yang saling menyemangati satu sama lain, memberi canda tawa serta selalu berjuang bersama dari awal semester hingga sekarang.

13. Rekan seperjuangan Program Profesi Ners yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih telah saling berjuang selama 1 tahun melewati masa suka dan duka di program studi profesi ners, semoga keberhasilan selalu menyertai langkah kita.

14. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, semoga segala bentuk dukungan, bantuan, serta arahan yang diberikan baik secara langsung maupun tidak langsung dapat menjadi amal ibadah dan dilimpahkan pahala yang berlipat ganda oleh Allah SWT.

Akhir kata, penulis berharap semoga segala bantuan yang tidak ternilai harganya ini mendapat imbalan di sisi Allah SWT sebagai amal ibadah. Penulis menyadari bahwa penulisan ini mungkin masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun sebagai bahan perbaikan di masa yang akan datang.

Garut, Agustus 2025

Rianti Rizkan Safari

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penulisan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Stroke Infark.....	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Klasifikasi	10
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Komplikasi	18
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.8 Penatalaksanaan	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Infark	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Analisa Data	38
2.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	42
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	46
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	46
2.3 Konsep Dasar <i>Mirror Therapy</i>	47
2.3.1 Pengertian	47
2.3.2 Tujuan	49
2.3.3 Prosedur	50
2.4 <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	51

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	54
3.1 Tinjauan Kasus	54
3.1.1 Pengkajian	54
3.1.2 Analisa Data	69
3.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	72
3.1.4 Intervensi Keperawatan.....	75
3.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	79
3.1.6 Catatan Perkembangan.....	87
3.2 Pembahasan	90
3.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	90
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
3.2.3 Perencanaan Keperawatan	96
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	100
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	102
3.3 Pembahasan <i>Evidance Based Practic</i> (EBP).....	104
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	110
4.1 Kesimpulan.....	110
4.2 Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN-LAMPIRAN	115

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian Tingkat Kesadaran	31
Tabel 2.2 Skala Koma Glasgow	31
Tabel 2.3 GradasiTingkat Kekuatan Otot dari Skala MRC	33
Tabel 2.4 Analisa Data	38
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 2.6 <i>Evidance Based Practic</i> (EBP)	51
Tabel 3.1 Aktivitas sehari-hari/ ADL.....	62
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium.....	67
Tabel 3.3 Terapi Medis	68
Tabel 3.4 Analisa Data.....	69
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	75

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Dampak Stroke Infark Dalam Menenuhan ADL	17
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO (*World Health Organization*), stroke merupakan suatu keadaan di mana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa deficit neurologik fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian (Syahreza et al., 2024). Penyakit stroke menjadi penyebab penyakit kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization, 2020*). Stroke dapat menyebabkan kerusakan permanen termasuk terjadinya kelumpuhan sebagian dan gangguan bicara, pemahaman dan memori. Derajat dan lokasi cedera yang di alami menentukan derajat tingkat keparahan stroke, baik minimal hingga bias berakibat fatal (*World Stroke Organization, 2022*).

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah ke otak dapat disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena pendarahan (stroke hemoragik) atau penyumbatan (stroke non hemoragik). Kerusakan otak ini dapat menyebabkan berbagai gejala seperti kelumpuhan atau kelemahan pada separuh tubuh yang terjadi secara tiba-tiba seperti gangguan motorik, psikologis atau prilaku, dimana gejala yang paling khas adalah

hemiparesis (Kelena Kusuma, 2018).

Stroke disebut juga *Cerebro Vascular Accident* (CVA) atau “Brain Attack” yang merupakan gambaran perubahan neurologis yang terjadi karena adanya gangguan suplai darah ke bagian otak atau bila pembuluh darah di otak pecah yang menyebabkan sel-sel otak mengalami penurunan suplai oksigen yang akan menimbulkan kematian sel, sehingga stroke dapat menyebabkan kematian atau kecacatan permanen (Sari et al., 2023)

Penyakit stroke masih menjadi masalah serius yang dihadapi hampir diseluruh dunia. Berdasarkan data dari *American Heart Association* (AHA) melaporkan bahwa stroke masih menempati urutan keempat penyebab kematian di dunia, setelah penyakit jantung, kanker dan pernapasan kronis (Syahrim et al., 2019). Data *Institute of Health Metrics and Evaluation* menunjukkan bahwa jumlah penderita penyakit stroke di dunia mengalami peningkatan mulai dari tahun 2015 hingga 2019. Setiap tahunnya peningkatan jumlah penderita stroke diperkirakan rata-rata sekitar 3 juta kasus. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 tercatat 8,3 per 1.000 populasi penduduk mengalami stroke. Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter sebanyak 11,4% atau terhitung 131.846 penduduk Jawa Barat yang mengalami stroke. Merujuk pada hal tersebut berdasarkan data rekapitulasi Administrator RSUD Al-Ihsan (2018), penyakit stroke masuk ke dalam sepuluh besar penyakit yang mendominasi pasien di Rumah Sakit Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat dimana penyakit stroke berada di urutan ke enam dengan jumlah kasus sebanyak 658 orang.

Masalah yang sering dikhawatirkan pada pasien stroke adalah mengalami gangguan gerak pada ekstremitas. Kerusakan otak akibat stroke ini dapat menyebabkan berbagai gejala seperti kelumpuhan atau kelemahan pada separuh tubuh yang terjadi secara tiba-tiba, dimana gejala yang paling khas adalah hemiparesis (berkurangnya kekuatan otot sebelah anggota tubuh). Kekuatan otot yaitu kemampuan otot untuk menghasilkan tegangan dan tenaga selama usaha maksimal baik secara dinamis maupun statis atau dengan kata lain kekuatan otot merupakan kemampuan maksimal otot untuk berkontraksi. Pemulihan kekuatan otot pada ekstremitas masih merupakan masalah utama yang dihadapi oleh pasien stroke yang mengalami hemiparesis (Maisyaroh, 2019).

Salah satu terapi nonfarmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yaitu terapi cermin. Terapi cermin adalah bentuk rehabilitasi yang mengandalkan pembayangan motorik, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual yang cenderung ditiru seperti cermin pada bagian tubuh yang mengalami gangguan pada cermin oleh bagian tubuh yang sehat. Terapi cermin ini dilakukan untuk melatih menggerakkan tangan dan kaki yang sakit atau mengalami keterbatasan gerak dengan mengandalkan cermin, dan adanya bayangan tangan atau kaki yang normal tersebut sehingga tangan atau kaki yang sakit berangsur-angsur akan mengikuti gerakan tangan dan kaki yang normal, dengan responden melihat cermin sehingga adanya pemberitahuan kepada otak dari mata untuk menggerakkan tangan dan kaki yang sakit seperti tangan dan kaki yang normal (Sudarsini, 2017).

Mirror Therapy adalah jenis terapi fisik yang membantu melatih imajinasi motorik pasien, cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak (saraf

motorik serebral untuk pergerakan anggota tubuh yang mengalami hemiparesis). Manfaat *Mirror Therapy* pada pasien stroke salah satunya untuk meningkatkan fungsi motorik dan *Activities of daily living* (Pirowska, 2021).

Terapi cermin atau *Mirror Therapy* merupakan salah satu pendekatan terapi yang masih tergolong baru di Indonesia. Mekanisme dasar terapi ini adalah adanya mirror neurons (sel-sel cermin) pada lobus parietalis yang teraktivasi saat mengamati suatu gerakan. Keuntungan terapi cermin sebagai tambahan rehabilitasi pada pasien stroke adalah sederhana, murah, mudah diatur dan membutuhkan sedikit pelatihan tanpa membebankan pasien serta memiliki manfaat untuk memperbaiki fungsi motorik setelah stroke dengan melibatkan bagian otak yang sehat (Rofina Laus et al., 2019)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Simamora (2021) menjelaskan bahwa terapi cermin dilakukan untuk melatih menggerakkan tangan dan kaki yang sakit dengan mengandalkan cermin, dan dengan adanya bayangan tangan atau kaki yang normal sehingga kaki atau tangan yang sakit juga akan berangsur-angsur akan mengikuti gerakan tangan atau kaki yang normal, adanya latihan yang rutin seperti itu maka akan mempengaruhi gerakan tangan dan kaki yang hemiparesis/kekakuan mengalami perubahan walaupun hanya mengalami perubahan sedikit saja.

Pentingnya memberikan *mirror therapy* terutama pada pasien stroke yaitu untuk meningkatkan fungsi motorik sehingga dapat meningkatkan pergerakan ekstremitas. Pada pasien pasca stroke mengungkapkan bahwa mirror therapy memiliki pengaruh yang signifikan untuk meningkatkan fungsi motorik ekstremitas, gangguan motorik, dan aktivitas kehidupan sehari-hari, terapi

diberikan tiga hingga tujuh kali dalam seminggu dengan durasi 15 dan 60 menit selama dua hingga delapan minggu, mirror therapy yang diberikan terdiri dari gerakan aktif dan pasif yang bisa memperbaiki pergerakan, menurunkan tingkat ketegangan, kontraksi kekakuan otot, belajar gerakan, perbaikan koordinasi dan meningkatkan daya tahan. Stimulus yang terjadi di muscle spindle dan golgi tendon akan menaikkan tension intramuscular yang maksimal. Kondisi tersebut yang membuat impuls-impuls motorik dari otot-otot yang lemah diusahakan terus menerus untuk ditingkatkan atau melalui impuls-impuls saraf lain yang bersinergi dan berkontraksi dalam waktu yang sama juga (Yazid, 2017).

Berdasarkan penjelasan diatas menunjukkan bukti secara empiris bahwa teknik latihan *Mirror Teraphy* mampu meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas fisik pada pasien stroke. Dimana *mirror teraphy* yang dapat membantu meningkatkan kekuatan otot, kekakuan otot sendi sehingga pasien dapat melihat bayangan tangan yang sehat, dan memberikan suatu umpan balik visual yang dapat memperbaiki tangan atau kaki (Potter & Perry, 2020). Selain itu, *mirror therapy* memiliki keunggulan lain, yaitu mudah dilakukan, tidak memerlukan peralatan mahal, serta aman dan tanpa efek samping. Pasien dapat melakukannya di rumah dengan bimbingan awal dari fisioterapis. Tak hanya itu, mirror therapy juga dapat memberikan dampak psikologis yang positif. Saat pasien melihat "anggota tubuhnya" bergerak, mereka cenderung merasa lebih optimis dan termotivasi untuk terus berlatih dan pulih. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian "Pengaruh Pemberian *Mirror Teraphy* terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien Pasca Stroke Di ruang Abdurahman bin Auf II RSUD Al-

Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Asuhan Keperawatan ini dilakukan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang merupakan rumah sakit rujukan di Jawa Barat. RSUD AL-Ihsan terdapat beberapa ruang ranap intensif dan umum, adapun ruang perawatan khusus untuk perawatan saraf, salah satunya ialah ruang Abdurahman bin Auf II. Dalam data 10 besar penyakit terbanyak rawat inap pada tahun 2020, penyakit stroke infrak berada pada urutan ke 7. Masalah yang sering muncul pada pasien stroke dapat berupa kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot dan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam karya akhir ilmiah ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. T dengan gangguan sistem persarafan: stroke infark melalui pemberian intervensi *mirror therapy* di Ruang Abdurahman Bin Auf II di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan tujuan untuk menganalisis Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark dengan Pemberian Intervensi berbasis *Evidence Based Practic, Mirror Therapy* di Ruang Abdurahman Bin Auf II di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
3. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
4. Mampu melakukan implementasi keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
6. Mampu menganalisis asuhan keperawatan stroke infark dengan berbasis *Evidence Based Practic* pada Ny.T di ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah ini diharapkan mampu menambah wawasan pengetahuan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah terutama

mengenai intervensi mirror therapy pada pasien stroke infark.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Manfaat bagi Pelayanan Keperawatan

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

2. Manfaat bagi Perawat

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

3. Manfaat bagi Mahasiswa

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke Infark

2.1.1 Definisi

Stroke adalah adanya sumbatan oleh gumpalan darah yang menyebabkan gangguan suplai darah ke otak. Hal ini menyebabkan terjadinya gangguan pasokan oksigen dan nutrisi sehingga terjadi kerusakan jaringan otak. Stroke disebut juga sebagai gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak. Gangguan tersebut dapat dihitung dalam hitungan detik atau secara cepat timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu (Puspitasari, 2020).

Stroke atau cerebro vaskuler accident (CVA) didefinisikan sebagai hilangnya fungsi otak yang disebabkan adanya gangguan aliran darah ke bagian otak, biasanya terjadi akibat pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah yang ada di otak. Stroke pada umumnya disebabkan oleh kulminasi penyakit serebrovaskular, sedangkan pada beberapa penyakit serebrovaskular ini terdapat kelainan multipel pada otak, baik fungsional maupun struktural, akibat kondisi patologis pembuluh darah otak atau seluruh pembuluh darah otak (Susilo, 2019).

Stroke Infark disebut juga stroke iskemik yang disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan pembuluh darah pada arteri yang mengalir ke otak (Kharti Gempitasari dan Betriana, 2019). Stroke non hemoragik adalah stroke

yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh trombus atau bekuan yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Minan, 2021).

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya pembekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak. Hal ini menyebabkan aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke I terjadinya iskemia atau emboli dan trombosis serebral, yang berlangsung setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Dalam hal ini tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang dapat menimbulkan hipoksia dan edema sekunder (Mardiana et al., 2021).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Gofir (2021), klasifikasi stroke berdasarkan lokasi infarknya dibedakan menjadi:

1. *Total Anterior Circulation Infarct (TACI)*: terjadinya infark yang bersamaan di bagian lobus frontal, temporal dan parietal. Pada stroke iskemik ini biasanya mengalami infark yang total sehingga menimbulkan gangguan pada motorik, sensorik serta adanya gangguan penglihatan.
2. *Partial Anterior Circulation Infarct (PACI)*: terjadi infark di salah satu bagian lobus dan biasanya hanya mengganggu fungsi motorik saja atau fungsi sensorik yang terganggu.

3. *Posterior Circulation Infarct (POCI)*: terjadi infark pada bagian posterior yaitu infark pada bagian cerebelum, batang otak, oksipital dan thalamus. Biasanya pada pasien akan mengalami penurunan kesadaran, nyeri kepala dan lain-lain.
4. *Lacuner Infarct (LACI)*: merupakan infark yang paling ringan karena ukuran infark yang kecil dan biasanya terjadi pada arteri kecil yang berada di dalam otak.

2.1.3 Etiologi

Menurut Ridwan (2017) penyebab terjadinya stroke iskemik yaitu:

1. Trombosis

Aterosklerosis merupakan penyebab utama terjadinya trombus yang diawali dari rusaknya sel endotelial pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan terjadinya penumpukan lemak sehingga terbentuk plak yang akhirnya akan terjadi sumbatan pada pembuluh darah.

2. Embolisme

Emboli serebral terjadi karena penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Emboli ini umumnya berasal dari jantung. Embolus terjadi karena ada sebagian trombus yang lepas, sehingga embolus berjalan melewati aliran darah dan akan terjadi sumbatan pada pembuluh darah arteri yang lebih kecil. Sumber penyebab dari emboli yaitu atrial fibrilasi, endokarditis, tumor, lemak dan lainnya. Proses terjadinya emboli sangat cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

3. Ateroma (timbunan lemak)

Penyumbatan yang dapat terjadi di sepanjang arteri yang menuju ke otak, yaitu dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis, arteri ini adalah cabang dari lengkung a.aorta jantung, atheroma dapat terbentuk di arteri karotis, mengurangi aliran darah ke otak

4. Peradangan atau infeksi

Keadaan yang dapat menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Farhan (2018), Manifestasi Klinis Stroke Infark Gangguan khusus yang dapat terjadi setelah serangan stroke diantaranya:

1. Hemiparesis dan Hemiplegi

Hemiparesis adalah (kelemahan) atau hemiplegia (paralisis) pada salah satu bagian tubuh dapat terjadi setelah stroke. Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan oleh infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan (saraf motorik) dari korteks bagian depan.

2. Afasia

Afasia adalah penurunan kemampuan berkomunikasi, bisa melibatkan sebagian atau seluruh aspek dari komunikasi seperti berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan.

3. Disartia dan Disfagia

Disartia adalah kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Disfagia adalah

ketidakmampuan menelan cairan atau makanan.

4. Perubahan Penglihatan

Stroke yang terjadi di bagian lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan.

5. Hemianopia Homonimus

Hemianopia homonimus (figur 70-4) adalah kehilangan. penglihatan pada setengah. bagian yang sama dari lapang pandang dari setiap mata. Klien hanya bisa melihat setengah dari penglihatan normal.

6. Sindrom Horner

Sindrom horner adalah paralisis pada saraf simpatis ke mata yang menyebabkan tenggelamnya bola mata, ptosis bagian kelopak mata atas, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil, dan air mata berkurang.

7. Agnosia

Agnosia adalah gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indra. Tipe yang paling sering adalah agnosia pada indra penglihatan dan indra pendengaran.

8. Negleksi Sepihak

Negleksi unilateral adalah ketidakmampuan merespon stimulus pada bagian kontralateral dari bagian infark serebral.

9. Penurunan Sensorik

Perubahan sensorik dapat terjadi karena stroke pada jalur sensori dari

lobus paritel yang disuplai oleh arteri serebral anterior atau bagian tengah.

10. Inkontinensia

Stroke bisa mengakibatkan disfungsi pada sistem pencernaan dan perkemihan. Salah satu tipe neurologi perkemihan adalah tidak dapat menahan kandung kemih, otak tidak bisa mengartikan pesan dengan tepat sehingga mengakibatkan kondisi sering berkemih dan merasa sangat ingin buang air kecil. Terkadang klien juga mengalami kesulitan buang air besar jika terjadi gangguan neurologi sistem pencernaan.

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Loeffler & Hart (2018) patofisiologi terjadinya stroke iskemik dikarenakan adanya faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya stroke seperti hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol dan lainnya dapat menyebabkan terjadinya trombus dan embolus. Trombus dapat terjadi karena adanya aterosklerosis, vaskulitis atau adanya radang pada pembuluh darah di arteri karotis, robeknya arteri karotis atau vertebralis serta adanya gangguan darah seperti polisitemia. Sedangkan terjadinya embolus disebabkan karena adanya kelainan pada sistem kardiovaskuler seperti adanya atrial fibrilasi, kelainan katup jantung, infark miokard dan gagal jantung.

Terjadinya sumbatan baik trombus atau embolus menyebabkan pembuluh darah menyempit sehingga otak akan mengalami kekurangan aliran darah. Hal ini akan mengakibatkan terjadi iskemia dan infark. Jika terjadi

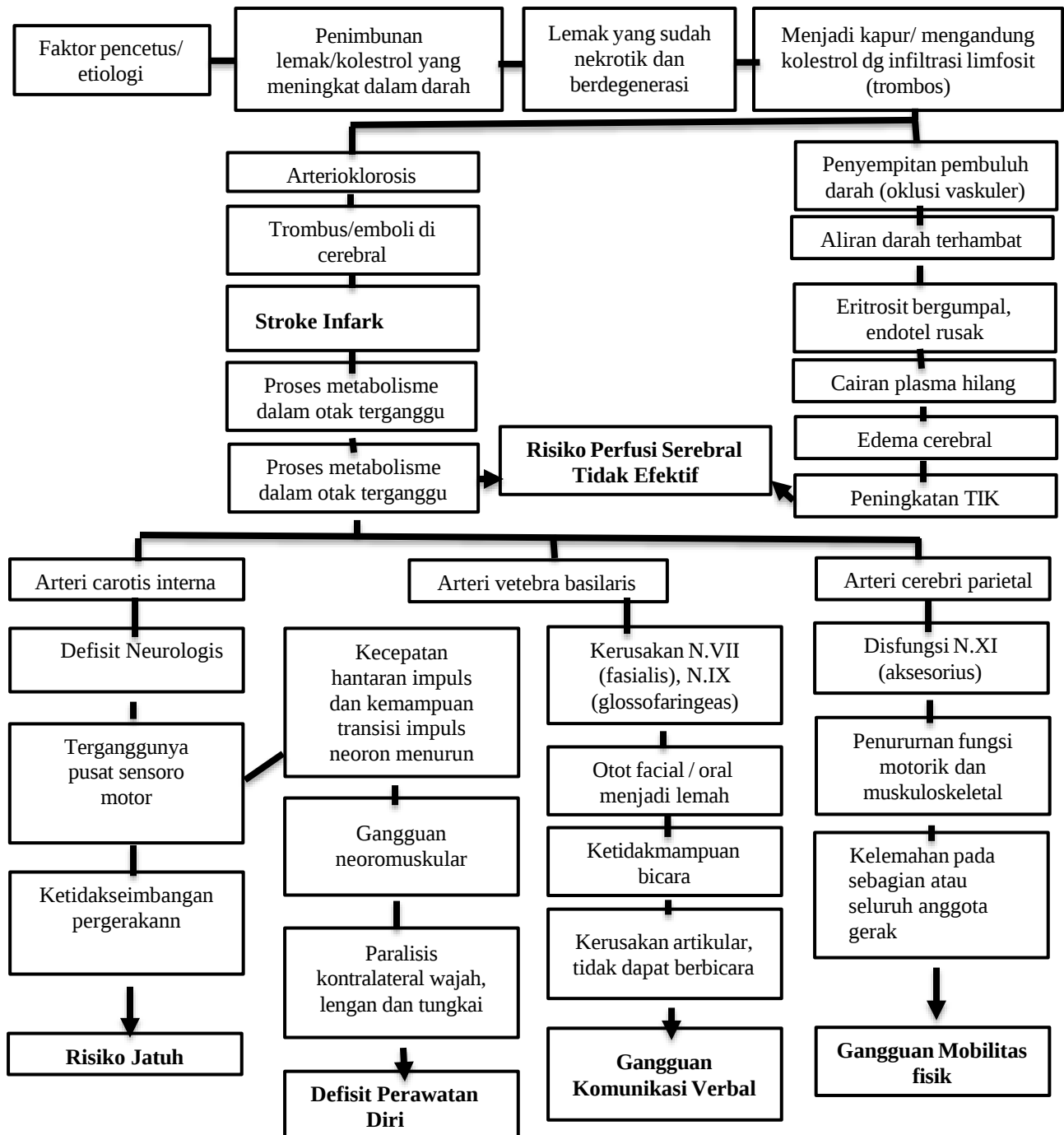
iskemia atau infark akan menimbulkan gejala defisit neurologis. Manifestasi klinis yang terjadi pada klien bergantung pada letak arteri yang tersumbat. Jika terjadi sumbatan pada arteri karotis anterior biasanya akan menimbulkan kebingungan. Selain itu dapat terjadi kelumpuhan kontralateral pada bagian ekstremitas serta terganggunya dalam pergerakan, adanya defisit sensorik dan terjadi demensia. Pada arteri karotis media sumbatan lebih sering karena arteri ini merupakan kelanjutan dari arteri karotis. Arteri serebral media ini memperdarahi bagian korteks yang berperan dalam fungsi motorik sehingga jika terjadi penyumbatan pada arteri media akan menyebabkan paralisis kontralateral pada wajah ataupun pada ekstremitas serta dapat terjadi afasia motorik. Sedangkan gejala khas yang dapat ditemukan jika terjadi gangguan pada arteri karotis posterior yaitu adanya gangguan penglihatan seperti diplopia, hemianopsia, dapat terjadi ataksia dan vertigo.

Hemiplegia atau hemiparesis disebabkan oleh adanya penurunan kontrol gerak yang terjadi karena terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal, mengakibatkan gangguan pada jalur descending sehingga terjadi penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal akibatnya pasien akan mengalami gangguan mobilitas fisik. Penurunan kontrol gerak juga mengakibatkan bagian tubuh pasien mengalami kelemahan dan menurunnya kekuatan otot. Defisit neurologis yang terjadi pada pasien stroke akan mengakibatkan pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron) terganggu, sehingga terjadi ketidakseimbangan pergerakan yang akan muncul masalah risiko jatuh pada pasien stroke. Disamping itu defisit

neurologis akan mempengaruhi kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun, hal tersebut menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehingga akan muncul masalah defisit perawatan diri.

Trombus atau emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah distal pada daerah korteks terutama area parietalis, area tersebut terletak di gyrus prasentralis. Kemudian di gyrus parietalis terbagi menjadi posterior dan anterior. Area posterior termasuk area broadman 4 mulai dari bawah kearah superior adalah struktur yang berperan dalam proses menelan, lidah, rahang, bibir, laring akibat adanya gangguan pada area broadman menyebabkan menurunnya implus pada nervus XI (glosfaringeus) dan nervus XII (hipoglous) sehingga menyebabkan gangguan menelan (Guyton & Hall, 2016).

Bagan 2.1 Dampak Stroke Infark Dalam Menenuhan ADL



Sumber : Guyton & Hall (2016), Loeffler & Hart (2018) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI (2017).

2.1.6 Komplikasi

Menurut *American Heart Association/American Stroke Association* (2018). Komplikasi dibedakan menjadi:

1. Komplikasi Neurologis

a. Edema serebral (pembengkakan otak)

Terjadi beberapa jam hingga hari setelah stroke. Dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan herniasi otak.

b. Perdarahan transformasional (hemoragik)

Infark bisa berubah menjadi perdarahan, terutama bila pasien diberi trombolitik atau antikoagulan.

c. Kejang post-stroke

Sekitar 5–10% pasien mengalami kejang setelah stroke.

d. Recurrent stroke (stroke berulang)

Risiko stroke berulang tinggi, terutama jika faktor risiko tidak dikendalikan.

e. Defisit neurologis menetap

Kelemahan atau kelumpuhan anggota tubuh (hemiparesis/hemiplegia)

f. Gangguan bicara (afasia), menelan (disfagia), atau penglihatan.

2. Komplikasi Sistemik

a. Infeksi Pneumonia aspirasi karena gangguan menelan

b. Infeksi saluran kemih akibat penggunaan kateter.

c. Trombosis vena dalam (DVT)

Terutama pada pasien yang tidak mobilisasi lama. Risiko emboli paru jika lepas

d. Dekubitus (luka tekan)

Akibat imobilisasi lama dan perawatan kulit yang kurang optimal.

e. Gangguan kardiovaskular

Aritmia, infark miokard, atau gagal jantung karena beban sistemik.

3. Komplikasi Psikologis dan Kognitif

a. Depresi pasca-strok. Sangat umum, terjadi pada 1 dari 3 pasien stroke.

b. Gangguan kognitif dan demensia vaskular. Kesulitan memori, konsentrasi, dan fungsi eksekutif.

c. Apati, labil emosional, atau perubahan perilaku. Pasien bisa mudah menangis/tiba-tiba tertawa (pseudobulbar affect).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Back, J., & Hawk (2017), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis stroke diantaranya:

1. Radiologi

a. Elektroensefalogram (EEG)

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke dan perubahan karakteristik EEG yang menyertai stroke yang sering

mengalami perubahan.

b. Sinar X

Menggambarkan pada perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang terdapat pada trombosis serebral.

c. Angiografi serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/ruptur.

d. CT-Scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, adanya hematoma, iskemia dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di ventrikel kiri dan hiperdens lokal.

e. Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA (Transient Ischemic Attack). Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid dan intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

f. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan

menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukkan adanya daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteriovenosa.

g. Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/aterosklerosis).

h. Pemeriksaan Thorax

Memperlihatkan keadaan jantung dan menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

2. Laboratorium

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti hemoglobin, leukosit, trombosit, eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

b. Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu thrombin time, Partial Thromboplastin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat tes ini berguna untuk mengukur

seberapa cepat darah menggumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan PT/PTT dalam keadaan normal.

c. Tes Kimia Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dan lain-lain. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki gula darah yang tinggi. Apabila seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penanganan stroke ditentukan oleh penyebab stroke dan dapat berupa terapi farmasi, radiologi intervensional, atau pun pembedahan. Untuk stroke infark, terapi bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah keotak, membantu lisis bekuan darah dan mencegah trombosis lanjutan, melindungi jaringan otak yang masih aktif, dan mencegah cedera sekunder lain (Herdman & Kamitsuru, 2021).

2. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien stroke infark antara lain:

- a. Mengidentifikasi stroke sejak awal, faktor kritis dalam intervensi dan penatalaksanaan awal pasien stroke adalah ketepatan dalam mengidentifikasi manifestasi klinis yang bervariasi berdasarkan lokasi dan ukuran infark.
- b. Mempertahankan oksigenasi serebral, penatalaksanaan gawat darurat pasien stroke termasuk mempertahankan kepatenan jalan

nafas, dengan jalan memiringkan kepala pasien untuk mengalirkan air liur pada jalan nafas, kepala dielevasi tetapi leher tidak boleh diekstensikan.

- c. Memulihkan aliran darah serebral, pasien yang mendapatkan terapi trombolitik harus dievaluasi terhadap terjadinya perdarahan. Tujuan pemberian trombolitik adalah untuk rekanalisasi pembuluh darah dan perfusi jaringan otak yang mengalami iskemia.
- d. Mencegah komplikasi, misalnya perdarahan, edema serebral, kekambuhan stroke, aspirasi dan komplikasi yang lainnya. Setelah pasien diberikan terapi rt-PA (*recombinan tissue plasminogen activator*), pasien harus dimonitor terjadinya potensial komplikasi berupa perdarahan (perdarahan intrakranial & sistemik). Sedangkan edema serebral dapat terjadi saat pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial, sehingga aliran darah ke otak menurun dan akhirnya otak mengalami metabolisme anaerob karena kurang suplai oksigen.
- e. Rehabilitasi setelah stroke. Intervensi ditujukan pada memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif sejak awal serangan stroke.

3. Penatalaksanaan Keperawatan

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan pasien stroke secara umum. Sindrom spesifik stroke dan defisit neurologis dan fungsional meliputi beberapa area, yaitu:

- a. Pencegahan primer dan sekunder terjadinya stroke merupakan tindakan preventif, yang diartikan sebagai tugas perawat dalam mengidentifikasi faktor resiko dan bekerja sama dengan pasien tidak hanya memodifikasi faktor resiko tersebut tapi juga dalam mengembangkan pola hidup yang lebih sehat.
- b. Manajemen penanganan pasien pada fase akut, sehingga kondisi pasien menjadi stabil dan melindungi pasien dari kerusakan otak lebih lanjut karena iskemia.
- c. *Early focus rehabilitation*. Rehabilitation dimulai segera setelah pasien kondisinya stabil dan perawat perlu bekerjasama dengan tim yang lain untuk mengembangkan rencana perawatan pasien. Range Of Motion (ROM) adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan peregangan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif.
- d. *Discharge planning* dan perawatan berkelanjutan bagi pasien harus sudah direncanakan program rehabilitasi. Sebelum pulang perawat memberikan pelayanan berupa perawatan sebelum pulang yaitu discharge planning dengan memberikan informasi dan mengajarkan keluarga tentang bagaimana pasien membantu pindah dari tempat tidur ke kursi, membantu dalam berpakaian, mandi dan mencuci, cara memberikan obat secara benar, waktu pemberian obat datang kontrol kerumah sakit tepat waktu dan lain-

lain.

- e. Latihan *mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi/latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan/imajinasi motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan. Efek *mirror therapy* terhadap kemampuan gerakan pasien pasca stroke yaitu lingkup gerak sendi, kecepatan, dan ketepatan gerakan lebih baik pada kelompok mirror dibanding terapi lain.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Infark

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Hasil dari pengkajian berguna dalam penentuan diagnosa keperawatan dan perencanaan sehingga tindakan yang dilakukan sesuai dengan keadaan pasien (Maria, 2018).

1. Identitas Pasien

Meliputi nama pasien, umur (biasanya terjadi pada usia tua), agama, jenis kelamin (biasanya laki laki lebih berisiko menderita stroke), Pendidikan, alamat, dan jam masuk RS, NRM, diagnosis medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan. Biasanya keluhannya yaitu kelemahan

anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, gangguan menelan, sakit kepala, gangguan sensorik, dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Serangan stroke ini biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar. Perubahan perilaku juga umum terjadi, sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

4. Riwayat penyakit terlebih dahulu

Memiliki riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian ini dapat mendukung data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Stroke merupakan penyakit kompleks yang dipengaruhi faktorgenetik dan lingkungan. Riwayat keluarga juga merupakan faktor risiko stroke. Jika salah satu orang tua baik ibu maupun ayah menderita stroke maka akan membuat risiko stroke meningkat. Faktor risiko ini mungkin disebabkan oleh genetik terhadap risiko stroke, kultural dalam keluarga atau lingkungan, atau merupakan kombinasi dari

genetik dan faktor lingkungan. Biasanya ada keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

6. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Biasanya Pasien Stroke Mengalami Tingkat Kesadaran Pasien Mengantuk Naman Dapat Sadar Saat Dirangsang (Samnolen), Pasien Acuh Tak Acuh Terhadap Lilingkungan (Apati), Mengantuk Yang Dalam (Sopor), Spoor Coma, Hingga Penrunn Kesadaran (Koma), dengan GCS < 12 Pada Awal Terserang Stroke. Sedangkan Pada Saat Pemulihan Biasanya Memiliki Tingkat Kesadaran Letargi dan Compos Mentis Dengan GCS 13-15.

b. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama

2) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit.

3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas.

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

c. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem Pernafasan

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos

metris, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) Sistem Kardiovaskuler

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) Sistem Persyarafan

Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien. Reflek Patologis: Refleks babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis CVA yang ada apakah bleeding atau infark.

a) Tingkat Kesadaran

(1) Composmentis adalah kondisi pasien yang sadar sepenuhnya dan mampu merespons intruksi petugas medis dan lingkungan dengan sangat baik. Nilai skala GCS untuk tingkat kesadaran ini adalah 15-14.

(2) Apatis merupakan kondisi saat seseorang tidak peduli atau merasa enggan untuk merespons intruksi petugas dan lingkungan sekitar. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini, yaitu 13-12.

- (3) Delirium adalah menurunnya tingkat kesadaran yang disertai dengan penurunan kemampuan motorik. Kondisi ini ditandai dengan pasien yang mengalami gangguan siklus tidur, gelisah, disorientasi, kacau, hingga merontaronta. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini, yaitu 11-10.
- (4) Somnolen adalah kondisi mengantuk yang cukup dalam, tetapi masih bisa dibangunkan melalui rangsangan seperti mengajaknya berbicara. Namun, ketika rangsangan tersebut berhenti, pasien akan kembali tertidur. Nilai GCS pada tingkat kesadaran ini adalah 9- 7.
- (5) Sopor merupakan kondisi mengantuk berat yang dialami oleh pasien dan hanya dapat dibangunkan melalui rangsangan nyeri. Meskipun begitu, pasien yang berada pada tingkat kesadaran ini tidak bisa memberikan respons verbal secara baik. Nilai GCS pada kondisi Sopor adalah 6-5.
- (6) Semi-koma adalah kondisi pasien yang tidak dapat memberikan respons pada rangsangan verbal bahkan tidak dapat dibangunkan sama sekali. Respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- (7) Koma Hasil ini menunjukkan kondisi Pasien tidak bisa dibangunkan dan tidak ada respons terhadap rangsangan

(tidak ada respon kornea maupun refleks muntah. Mungkin juga tidak Ada merespon murid terhadap Cahaya). Berikut Tingkat Kesadaran Berdasarkan Skala Nilai Daria Skor Yang Di Data dari Penilaian GCS Klien

Tabel 2.1 Penilaian Tingkat Kesadaran

Kesadaran	GCS	Keterangan
Compos mentis	14-15	Kesadaran normal,sadar sepenuhnya
Apatis	12-13	Segan berhubungan dengan lingkungan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh
Somnolen	10-11	Keadaan mengantuk dan cenderung tertidur, masih dapat dibangunkan dengan rangsangan dan mampu memberikan jawaban secara verbal, namun mudah tertidur kembali
Delirium	9-7	Gelisah, disorientasi (orang,tempat,waktu) memberontak, berteriak,halusinasi
Sopor	8-4	Seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri
Koma	3	Kesadaran hilang, tidak menunjukkan reaksi walaupun dengan semua rangsangan dari luar

Sumber; *American Association of Neurological Surgery (AANS)*(2020).

Tabel 2.2 Skala Koma Glasgow

Test	Respon	Skor
Eye (respon membuka mata)	- Spontan membuka mata	1
	- Membuka mata dengan perintah (suara)	2
	- Membuka mata dengan rangsangan nyeri	3
	- Tidak buka mata	4
Verbal (respon verbal)	- Berorientasi baik	1
	- Bingung,bicara kacau	2
	- Kata-kata tidak sesuai atau tidak tepat	3
	- Mengerang/merintih	4
	- Tidak bersuara	5

Motorik (respon motoric)	- Mengikuti perintah	6
	- Melokalisir nyeri	5
	- Menghindari atau menjauhi nyeri	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi abnormal	2
	- Tidak ada gerakan	1

Sumber: Rehatta et.,al (2020)

b) Pemeriksaan saraf kranial:

(1) Saraf I (Olfaktorius): biasanya pada klien dengan CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Saraf II (Optikus): disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan kortek visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

(3) Saraf III (Okulomotorius), IV (Throclearis), dan VI (Abdusen) apabila akibat CVA mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

(4) Saraf V (Trigeminus) pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan fungsi koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoldeus internus dan ekstremitas.

(5) Saraf VII (Fasialis) persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

(6) Saraf VIII (Auditorius) tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

(7) Saraf IX (Glosfaringeus) dan X (Vagus) kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

(8) Saraf XI (Asesorius) tidak ada atrofi otot

(9) Saraf XII (Hipoglosus) lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi.

c) Pemeriksaan Motorik

Inspeksi umum, didapatkan hemiolagia, fasikulasi di dapatkan pada otot-otot ekstremitas, tonus otot meningkat. Kekuatan otot 0 pada ekstremitas yang sakit. Kelemahan otot merupakan tanda penting gangguan fungsi pada beberapa gangguan neurologis. Perawat dapat menilai kekuatan ekstremitas dengan memberikan tahanan pada berbagai otot, dengan menggunakan otot perawat sendiri atau menggunakan gaya gravitasi. Hemiparase dan hemiplegia adalah gangguan fungsi uniteral yang diakibatkan oleh lesi kontralateral pada traktus kortikospinal.

Tabel 2.3 Gradasi Tingkat Kekuatan Otot dari Skala MRC

Skor	Keterangan
0	Tidak ada pergerakan/tidak ada kontraksi otot
1	Ada pergerakan yang tampak/kontraksi ringan

2	Gerakan aktif tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi
4	Gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan/sedang/berat
5	Kekuatan normal

Sumber : Rehatta et al., (2020).

4) Sistem Perkemihan

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

5) Sistem Pencernaan

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

6) Sistem Muskuloskeletal

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

7) Sistem Penginderaan

Pada penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

8) Sistem Endokrin

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

8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi/Metabolisme

Pola makan biasanya klien dengan stroke infark mengalami penurunan nafsu makan dan biasanya mengalami kesulitan menelan makanan. Pola minum klien biasanya dibatasi sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan (Puspasari, 2019).

b. Pola Eliminasi

Biasanya klien dengan stroke infark mengalami penurunan frekuensi BAB dan BAK, abdomen kembung dan konstipasi serta urin sedikit.

c. Pola Aktivitas/Latihan

Biasanya Klien Mengalami Kesulitan Dalam Bergerak Akibat Kelemahan Otot Yang Dialami. Kadang Pada Sebagian Orang Akan Membutuhkan Bantuan Dari Keluarga Dalam Setiap Kegiatan Sehari-hari.

d. Pola Istirahat Tidur

Biasanya Pasien Mengalami Gangguan Tidur dan Merasa Tidak Segar Setelah Bangun Tidur.

e. Pola Kognitif Persepsi

Biasanya Klien Mengalami Masalah Pada Pendengaran, Penglihatan, Penciuman, Biasanya Klien Mengeluh Sakit Kepala dan Kelemahan Otot.

f. Pola Peran dan Hubungan

Biasanya peran dan hubungan klien akan mengalami perubahan.

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

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

h. Pola Koping dan Toleransi Stress

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

i. Pola Nilai dan Keyakinan

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

2.2.2 Analisa Data

Tabel 2.4 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1	Gejala dan Tanda: DS: 1. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak 3. Pasien mengeluh mengalami keterbatasan gerak DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Fisik lemah 5. Gerakan terbatas 6. Gerakan tidak terkoordinasi	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal ↓ Gangguan jalur descending ↓ Kerusakan neuroserebrospinal ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada bagian atau seluruh anggota gerak ↓ Hemiparesis, hemiplegia ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2	Gejala dan Tanda: DS : Tidak ada DO: 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai 3. Pelo 4. Afasia 5. Sulit memahami komunikasi 6. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Stroke infark ↓ Kerusakan di area pusat bicara (Broca) ↓ Kerusakan pada NV (trigeminus) NVII (fasialis) ↓ Kontrol otot fasialis lemah ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Kerusakan artikular, tidak dapat bicara (disatria) ↓ Gangguan komunikasi Verbal		
3	Gejala dan Tanda: Ds : 1. Pasien menolak melakukan perawatan diri Do: 1. Tidak mampu mandi/memakai pakaian/makan/ketoilet secara mandiri	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Defisit Nerologis ↓ Terganggunya pusat sensoro motor ↓ Kecepatan hantaran impils dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun ↓ Gangguan neoromuskular ↓ Paralisis kontralateral wajah, lengan dan tungkai ↓ Penurunan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ↓ Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting
		Defisit Perawatan Diri (D.0119)

4	Faktor risiko: 1. Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2. Cedera kepala 3. Penurunan kinerja ventrikel kiri 4. Embolisme	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Stroke infark ↓ Menurunnya suplai darah, oksigen, dan nutrisi ke jaringan otak ↓ Resiko perfusi serebral tidak efektif	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
5	Faktor risiko: 1. Umur ≥ 60 tahun (pada dewasa) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis 4. Penggunaan alat bantu jalan 5. Penurunan kesadaran tingkat 6. Gangguan keseimbangan	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Terganggunya pusat sensoro motor ↓ Ketidakseimbangan pergerakan ↓ Resiko jatuh	Resiko jatuh (D.0141)

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan medistentang individu, keluarga atau komunitas berdasarkan masalah kesehatan pada keadaan yang nyata atau berisiko Anggraini & Leniwita (2019). Menurut SDKI (2017), beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin akan muncul pada pasien stroke yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan di area pusat bicara (broca)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Neoromuscular
4. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah, O₂ dan nutrisi ke jaringan otak
5. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik (D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 3x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

2	Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan di area pusat bicara (broca) (D.0119)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 3x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi komunikasi: defisit bicara (I. 13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien 7. Berikan dukungan psikologis 8. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 9. Anjurkan berbicara perlahan 10. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 11. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Defisit perawatan diri : ADL b.d gangguan neoromuscular (D.0119)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 3x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan meningkat mandi 2. Kemampuan mengenakan pakaian 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan	Dukungan perawatan diri (1.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)

		perawatan diri meningkat	5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)
		6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
			7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
			8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
			9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
			Edukasi
			10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d menurunnya suplai darah, O ₂ dan nutrisi ke jaringan otak (D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Pantau CVP (tekanan vena sentral) 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

5	Risiko jatuh b.d terganggunya pusat sensoro motor (D.0141)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan jatuh (1.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 11. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
---	--	--	---

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dengan masalah kesehatan yang dihadapi dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, proses penyampaian harus fokus pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi penyampaian keperawatan dan fungsi komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2020) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

1. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

2. Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas

proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2020), yaitu:

- a. Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

2.3 Konsep Dasar *Mirror Therapy*

2.3.1 Pengertian

Mirror Therapy (Terapi Cermin) adalah terapi rehabilitasi atau latihan yang mengandalkan dan melatih bayangan atau imajinasi motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual yang akan cenderung ditiru oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (Arum Auliya et al, 2020).

Mirror Therapy yaitu imajinasi pasien dimana cermin terapi motorik akan memberikan stimulus visual kepada otak syaraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan tubuh yang hemiparase melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru seperti cermin bagian tubuh yang mengalami gangguan. *Mirror therapy* ini dapat membantu pemulihan fungsi motorik pada tangan yang lemah

(Sari et al., 2023).

Mirror therapy atau terapi cermin digunakan pada orang yang mengalami stroke non hemoragik dan memiliki kelemahan otot atau hemiparasis. *Mirror therapy* atau terapi cermin dilakukan dengan menempatkan cermin pada bidang *midsagital* pasien (bidang vertikal yang melintasi bagian tengah tubuh dan membaginya menjadi dua bagian yang sama besar, yaitu kanan dan kiri). Sehingga pasien dapat melihat bayangan bagian ekstremitas yang sehat, dan memberikan umpan balik secara visual yang dapat memperbaiki bagian ekstremitas yang mengalami hemiparesis (Valentina et al., 2022).

Latihan *mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan imajinasi motorik pasien dimana cermin akan memberikan stimulus visual kepada otak saraf motorik serebral yaitu *ipsilateral* atau *kontralateral* untuk pergerakan anggota tubuh yang hemiparese melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan cenderung ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan. *Therapy mirror* merupakan terapi untuk pasien stroke dengan melibatkan sistem mirror neuron yang terdapat di daerah kortek serebri yang bermanfaat dalam penyembuhan motorik dari tangan dan gerak mulut. Terapi ini bertujuan untuk memperbaiki status fungsional dan motorik, latihan ini mudah dilakukan, waktu pelaksanaan singkat dan tidak membebani pasien (Evelyn et al., 2021).

Terapi cermin ini dapat menjadi intervensi teraupetik alternative yang menggunakan interaksi input *visiomotor proprioception* untuk meningkatkan kinerja gerakan anggota tubuh yang terganggu. Pasien yang memiliki kelumpuhan berat tidak menyukai pendekatan yang berfokus pada pengobatan yang berfokus pada pemulihan sisi paretik. Sebaliknya, terapi cermin menggunakan sisi non-paretic dinilai memiliki potensi yang lebih baik (Rofina Laus et al., 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Agusman & Kusgiarti (2017) bahwa ada pengaruh yang signifikan latihan *Mirror Therapy* terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik. Penelitian yang dilakukan oleh Setiyawan (2019) bahwa ada pengaruh *mirror therapy* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke sehingga dapat dipertimbangkan sebagai salah satu tambahan tindakan keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot dan memperbaiki fungsi motorik.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *mirror tehrapy* merupakan latihan pada pasien stroke melalui pendekatan sensori motor, yaitu dengan cara melihat dan menggerakan anggota gerak yang sehat di depan cermin.

2.3.2 Tujuan

Tujuan *Mirror therapy* dapat meningkatkan gerakan anggota gerak sehingga dapat meningkatkan fungsi kemandirian dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. *Mirror therapy* memiliki efek positif pada fungsi tangan dan dapat digunakan untuk rehabilitasi gerakan tangan yang tepat pada pasien stroke

akut. Latihan tersebut memiliki tingkat efektifitas rehabilitasi pada lansia dengan stroke dan dapat meningkatkan pemulihan motorik anggota gerak (Islam et al., 2024).

2.3.3 Prosedur

Cara kerja dari prosedur tindakan *Mirror Therapy* dilakukan dengan cara:

1. Mengatur posisi tubuh klien sewaktu melakukan latihan, seperti: posisi duduk atau setengah duduk
2. Pasien duduk di depan kotak cermin yang ditempatkan di bidang *Midsagital*.
3. Bagian tubuh pasien yang mengalami gangguan ditempatkan di dalam kotak cermin, dan sisi bagian tubuh yang lainnya yang tidak terpengaruh berada di depan cermin.
4. Pasien diinstruksikan untuk melihat cermin refleksi dari gerakan yang dilakukan oleh bagian tubuh yang tidak terpengaruh dengan hati-hati dan membayangkan gerakan itu dilakukan oleh tangan yang mengalami gangguan.
5. Pasien juga didorong untuk menggerakkan bagian tubuh yang terkena sebanyak mereka bisa. Dalam pelaksanaan *Mirror Therapy*, kegiatan pengobatan juga berisi latihan *Range of Motion* (ROM) (10-15 menit), dan melatih *Mirror Therapy* (15-30 menit) (Mirela et al., 2015).

2.4 Evidence Based Practic (EBP)

Tabel 2.6 Evidence Based Practic (EBP)

NO	Nama Penulis, Tahun	Judul Penelitian	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil
1	Fernández-Solana et al., (2024)	Efficacy of a Rehabilitation Program Using Mirror Therapy and Cognitive Therapeutic Exercise on Upper Limb Functionality in Patients with Acute Stroke	120 Patient	“The study design was a randomized, controlled, and single-blinded clinical trial with three groups: control group (CG), experimental 1 (EG1), and experimental 2 (EG2),”	“In conclusion, our findings have suggested the effectiveness of MT and CTE techniques combined with task-oriented training in improving the overall functionality of the upper limb, as well as its specific functionality and sensitivity, but not for range of motion and pain. We observed a significant improvement in all these variables following the treatment application, and these improvements remained over time. However, there were no significant differences observed between both treatment techniques concerning the improvement of the measured variables in the study. Therefore, it can be concluded that both techniques are equally effective for treating and rehabilitating the functionality, sensitivity, range of motion, and pain in the upper limb in stroke patients.”
2	Mirela et al, (2015)	Mirror therapy enhances upper extremity motor recovery in strike patients	15 patients	This study Bhakta test, Brunnstrom, FMA-UE	The study showed that both the control group and the mirror therapy group improved in upper limb motor function after six weeks of treatment. Patients who received mirror therapy achieved greater progress, especially in motor recovery, manual dexterity, and daily activities. The best

				outcomes were observed when mirror therapy was started early after stroke. Overall, mirror therapy was found to be a safe, low-cost, and simple method that can also be performed at home to support upper limb motor rehabilitation in subacute ischemic stroke patients.	
3	Setiyawan et al., (2019)	PENGARUHMIRROR THERAPY TERHADAP KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS PADA PASIEN STROKE dr. DIRSUD MOEWARDI	30 responden	Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah kuantitatif, dengan menggunakan Quasy Experimental, dengan pendekatan one group pretest-post test design with group control.	intervensi didapatkan bahwa mirror therapy lebih efektif karena mirror therapy ini merupakan metode yang tepat untuk me- ningkatkan sensori dan mengurangi defisit motorik serta dapat me- ningkatkan pemulihan ekstremitas yang mengalami hemiparesis. Setelah dilakukan intervensi mirror therapy pada pasien stroke iskemik terhadap kekuatan ototnya selama 5 kali sehari dalam waktu 7 hari sebelum dan sesudah dilihat dari perbedaan kekuatan otot sebelum dan se- sudah setelah intervensi didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kekuatan otot.
4	Nurul Laili, (2024)	Pengaruh Terapi Cermin (Mirror Therapy) Terhadap Adaptasi Fisik Pada Pasien Pasca Stroke	Populasi dan sampel penelitian ini 21 responden	Desain penelitian pre experimental design, pendekatan one grup pre- post test	Terapi cermin berpengaruh terhadap adaptasi fisik pada pasien pasca Stroke.Terapi cermin bermanfaat meningkatkan fungsi motorik, mengurangi rasa sakit, mengurangi gangguan

				sensorik dan meningkatkan kekuatan otot. Hasil penelitian ini di harapkan dapat berlanjut, melalui program dan inovasi pelayanan kesehatan yang dapat di lakukan secara mandiri oleh pasien maupun keluarga pasien, sehingga dampak dan gejala sisa dari penyakit dapat di minimalkan dan pasien mempunyai kualitas hidup lebih optimal.
5	Zahara Farhan & Sulastini (2018)	Pengaruh latihan vocal terhadap perubahan kemampuan menelan pada pasien stroke infark di ruang cempaka RS. Umum Daerah Dr. Slamet Garut	10 Responden	Penelitian ini merupakan Penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian quasi <i>experimentone group</i> Pre and Post Test Design. Hasil penelitian ini adalah kemampuan menelan pasien stroke infark memiliki kecenderungan meningkat (lebih baik) setelah dilakukan latihan vokal. Selain itu, terdapat pengaruh latihan vokal terhadap perubahan kemampuan menelan pada pada pasien stroke infark di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny.T
Tanggal lahir/umur	: 01-07-1966/ 59 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kiarasanding
Pendidikan	: SD
Status Perkawinan	: kawin
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Diagnosa Medis	: Stroke Infark
Tanggal masuk RS	: 20 April 2025
No RM	: 009231xx
Tanggal Pengkajian	: 21 April 2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny.R
Tanggal lahir/Umur	: 18-04-1983

Jenis Kelamin	: perempuan
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kiarasanding
Pendidikan	: SMP
Agama	: Islam
Hubungan Dengan Klien	: Anak Kandung

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Keluarga mengatakan kaki dan tangan kanan klien tidak bisa digerakan.

b. Riwayat Keluhan Sekarang

1) Alasan Masuk RS

Pada saat pengkajian tanggal 21 April 2025, keluarga klien mengatakan bahwa klien mengalami kelemahan mendadaak pada kaki dan tangan kanannya saat berada dirumah. Gejala muncul secara tiba-tiba tanpa aktivitas berat sebelumnya, disertai kesulitan menggerakan anggota gerak tersebut. Mengingat kondisi tidak membaik, keluarga segera membawa klien ke RSUD Al-Ihsan untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut.

2) Keluhan Saat Pengkajian

Pada saat pengkajian tanggal 21 April 2024, keluarga klien mengatakan klien tampak mengalami kelemahan pada kaki dan tangan kanan. Menurut keluarga, klien juga tidak mampu

menggerakkan kaki dan tangan nya. Kelemahan hanya terlihat pada sisi kanan tubuh meliputi tangan dan kaki, tanpa keluhan atau kelemahan pada sisi kiri. Keluarga juga mengatakan sejak keluhan muncul, bicara klien terdengar pelo dan kata-kata yang diucapkan kurang jelas sehingga sulit dipahami. Keluhan tersebut terus menetap dari pagi hingga waktu pengkajian dilakukan.

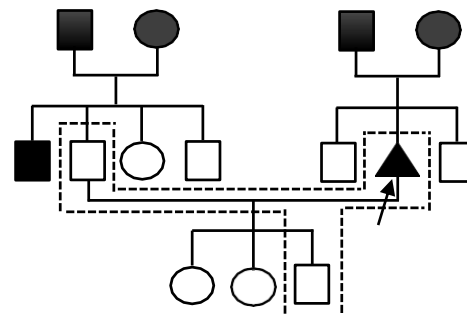
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien memiliki riwayat hipertensi sejak kurang lebih 3 tahun yang lalu. Berdasarkan keterangan keluarga, klien tidak rutin mengonsumsi obat anti hipertensi sesuai anjuran dan jarang melakukan kontrol tekanan darah secara teratur ke fasilitas pelayanan kesehatan. Klien tidak memiliki kebiasaan merokok maupun mengonsumsi minuman beralkohol. Pola makan sehari-hari belum sepenuhnya mengikuti diet hipertensi; klien masih sering mengonsumsi makanan tinggi garam dan lemak. Riwayat kontrasepsi klien pernah menggunakan kontrasepsi hormonal suntik selama ± 5 tahun, namun telah berhenti sejak 10 tahun yang lalu. Selama ini, klien belum pernah mengalami keluhan seperti kelemahan anggota gerak atau gangguan bicara seperti yang dialami saat ini, dan keluarga menegaskan bahwa kejadian sekarang merupakan serangan stroke pertama.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Berdasarkan keterangan keluarga menyampaikan bahwa ayah klien dahulu memiliki riwayat hipertensi. Riwayat hipertensi pada ayah klien ini dapat menjadi faktor risiko keturunan yang meningkatkan kemungkinan terjadinya hipertensi pada anggota keluarga lainnya, termasuk klien. Selain itu, di keluarga tidak ditemukan riwayat penyakit kronis, seperti diabetes melitus, penyakit jantung, atau riwayat stroke sebelumnya. Dan di keluarga juga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan HIV/AIDS.

Genogram :



Keterangan :

□ : Laki – Laki

○ : Perempuan

■ : Laki-laki sudah meninggal

● : Perempuan sudah meninggal

▲ : Klien / Pasien

--- : Tinggal serumah

┌ : Garis Perkawinan

└ : Garis Keturunan

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Persistem

a. Sistem Saraf

1) Tingkat Kesadaran ;Compos Mentis

Keadaan umum : lemah

2) Fungsi 12 saraf kranial

a) Nervus Olfactorius (penciuman)

Klien dapat mencium dengan baik, serta dapat membedakan aroma bau dan wangi dari lingkungan sekitar.

b) Nervus Optikus (ketajaman penglihatan)

Penglihatan klien masih berfungsi dengan baik, serta dapat menerima rangsangan cahaya dengan baik dan jelas.

c) Nervus Okulomotorius (mengkaji ukuran pupil)

Klien bisa menggerakkan bola mata dengan baik, ukuran Pupil isokor, bulat dan mengecil saat terkena cahaya.

d) Nervus trochlearis (gerakan mata)

Klien dapat menggerakkan kedua bola matanya ke bawah dan dalam.

e) Nervus Trigemini (membuka mulut dan mengunyah)

Klien dapat merasakan sentuhan pada dahi dan pipi. Tetapi pada saat diminta membuka mulut kekuatan otot *masseter* dan *temporalis* tampak lemah dan tidak maksimal dapat mengunyah.

f) Nervus Abdusen (mengontrol gerakan mata)

Klien mampu menggerakkan bola mata dengan baik dan terkontrol.

g) Nervus Fasialis

Klien mampu memberi rasa manis,asin pada dua pertiga anterior lidah. Tetapi pada saat diminta tersenyum sudut bibir kiti terangkat normal sedangkan pada sudut bibir kanan menurun tidak simetris.

h) Nervus Vestibulokoklearis (pendengaran dan keseimbangan)

Klien dapat mendengar dengan baik, tetapi tidak melakukan keseimbangan karena Klien mengalami kelemahan otot.

i) Nervus Glosafaringeal (daya mengecap dan reflek muntah)

Daya mengecap klien berfungsi dan baik, klien bisa merasakan rasa pahit pada 1/3 posterior lidah. Pemeriksaan refleks muntah baik tetapi klien mengeluh sedikit kesulitan menelan.

j) Nervus Vagus (bersuara dan menelan)

Berbicara klien tidak jelas/ pelo, pergerakan langit langit lunak tampak simetris disisi kiri, namun pada sisi kanan pergerakan menurun . Tetapi Fungsi menelan sedikit kesulitan.

k) Nervus Aksesorius (kekuatan otot)

Pada saat diminta mengangkat tangan dan kaki kanan Klien kesulitan menggerakkan tangan dan tampak lemah.

l) Nervus Hipoglosus (menjulurkan lidah)

Klien mampu menjulurkan lidah namun tidak maksimal dan

sedikit kesulitan menggerakkan lidah secara cepat dan simetris.

b. Sistem Kardiovaskuler

Tidak menunjukkan sesak, tidak tampak pulsasi abnormal, vena jugularis tidak tampak distensi. Nadi teraba kuat, $N = 84$ x/menit, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada nyeri tekan, TD: 165/90 mmHg. Tidak ditemukan pembesaran area dullness. Irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2.

c. Sistem Pernafasan

Bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, tidak terpasang alat bantu nafas, pasien tidak mengeluh batuk ataupun sesak, tidak ada suara nafas tambahan, tidak adanya pernafasan cuping hidung, SPO2 96%, RR: 20x/menit. Tidak ada nyeri tekan. Kedua lapang paru sonor. Suara vesikuler tidak ada ronkhi maupun suara napas tambahan.

d. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, abdomen datar, simetris, tidak dapat distensi, warna kulit pada daerah perut sawo matang, tidak ada lesi. Bising usus 18x/menit, tidak terdengar bising usus hiperaktif. Bunyi timpani. Abdomen teraba lunak dan tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembesaran limpa.

e. Sistem Perkemihan

Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi atau kemerahan. Tidak ada nyeri tekan, kandung kemih tidak teraba penuh. Tidak ditemukan

bunyi pekak. Tidak terdengar bruit pada area ginjal.

f. Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka, tidak ada sianosis, kulit kering tidak ada lesi dan luka terbuka. Akral hangat Suhu: 36,7, tugor kulit <3 detik tidak ada nyeri tekan.

g. Sistem Endokrin

Tidak ditemukan adanya benjolan, edema, luka dekubitus, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis. Kelenjar tiroid tidak teraba membesar, tidak ada nyeri tekan.

h. Sistem Muskuloskeletal

Kemampuan bergerak pada ekstremitas atas dan kanan bawah mengalami keterbatasan, tampak kaku pada saat menggerakkan serta tidak mampu menahan tahanan, tidak tampak pembekakan, tidak ada kemerahan, atau deformitas tulang dan sendi. Tonus otot ekstremitas kanan menurun, tidak ada nyeri tekan pada sendi maupun tulang kekuatan otot.

3	5
2	5

4. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pemeriksaan IMT

BB sehat : 67 kg

BB sakit: 60 kg TB : 156 cm

IMT : $\text{Kg/Tb}^2 = 60/(1,56)^2 = 24,65$ (Normal)

1. Kebutuhan Kalori

$$\text{a. Saat sehat : keb.EMB} = 1\text{kal} \times \text{BB} + 24 = 1608$$

$$\begin{aligned}\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} &= 1608 + 1,70 \\ &= 1609,7\end{aligned}$$

kalori

$$\text{b. Saat sakit : keb AMB} = 1\text{kal} \times \text{BB} + 24 = 1440 \text{ AMB}$$

$$\begin{aligned}+ \text{Aktivitas fisik} &= 1440 + 1,30 \\ &= 1441,3 \text{ kalori}\end{aligned}$$

2. Kebutuhan cairan

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

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

$$40\text{kg} = 20 \times 40 = 940 \text{ ml, Jadi, } 1000 + 500 + 800 = 2.300 \text{ ml}$$

b. Aktivitas sehari-hari/ADL

Tabel 3.1 Aktivitas sehari-hari/ ADL

No	Jenis ADL	Sehat	Sakit
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, lauk pauk 1-	Bubur, sayur, lauk pauk
	Porsi	2 porsi	1/3 porsi
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Diet khusus	Tidak ada	Diet rendah garam
	Makanan disukai	Makanan gurih	Makanan gurih
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Berkurang
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Makan selagi hangat dan sedikit namun sering
2	Keluhan	Tidak ada	tidak ada
	Pola Minum		
	Jenis	Air putih, teh	Air putih, cairan infus
	Frekuensi	±8 gelas/hari	±6 gelas/hari
	Jumlah	±250 cc/1x minum	±500 cc
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Teh	Teh
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Minum air putih hangat, terpasang infus
	Keluhan	Tidak ada	tidak ada

3	Pola Elinimasi		
	BAB		
	Frekuensi	1x/hari	Belum semenjak masuk RS
	Warna Bau	Kuning kecoklatan	Tidak ada
	Masalah	Khas feses	Tidak ada
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Minum air putih dan makan sayur
	BAK		
	Frekuensi	±5x/hari	Menggunakan kateter
	Jumlah	Tidak terkaji	600 ml
	Warna	Kuning jernih Tidak	Kuning jernih
	Keluhan	Tidak ada	Sulit ke kamar mandi
			Terpasang kateter
4	Personal hygiene		
	Mandi	1-2x/hari	1x/hari(waslap)
	Berpakaian	2x/hari	1x/hari
	Menyikat gigi	2x/hari	Belum
	Menggunting kuku	1x/minggu	Belum
	Keluhan	Tidak ada	Semua Aktivitas dibantu
5	Tidur siang		
	Lama tidur	±1-2 jam Tidak ada	±1-2 jam/hari
	Keluhan		Sulit tidur
	Mempermudah tidur	Rasa cape	Setelah minum obat
	Mempermudah bangun	Suara -suara	Rasa pusing,dan suara- suara
	Tidur malam		
	Mempermudah tidur	7jam	Kurang lebih 6 jam
	Mempermudah bangun	Rasa cape	Setelah minum obat
	Keluhan	Suara-suara	Suara-suara
		Tidak ada	Tidak ada

5. Data / Aspek Psikologis

a. Status Emosi

Pada saat pengkajian klien tampak tenang, namun sesekali menunjukkan ekspresi sedih ketika membicarakan kondisi tubuhnya. Keluarga mengatakan klien sedikit cemas dan takut tidak bisa mandiri seperti sebelumnya. Tetapi pasien tetap kooperatif saat dilakukan pemeriksaan dan latihan fisik.

b. konsep diri

1) Body image / Citra tubuh

Klien menyadari adanya perubahan fisik akibat stroke. Klien merasa kurang percaya diri ketika melakukan aktivitas sendiri, dan terlihat sedikit cemas saat harus bergerak tanpa bantuan keluarga.

2) Identitas Diri

Klien seorang perempuan dan dirinya seorang istri.

3) Ideal Diri

Harapan klien ingin segera sembuh dan kembali seperti semula, agar bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

4) Peran Diri

Keluarga klien mengatakan perannya sebagai Ibu rumah tangga namun saat ini klien tidak dapat menjalankan tugasnya secara penuh karena keterbatasan.

5) Harga Diri

Keluarga klien mengatakan klien tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini, tetapi sedikit menurunnya harga diri karena tidak bisa menjalankan aktivitas seperti sebelumnya.

c. Mekanisme koping

Keluarga klien mengatakan klien menerima kondisinya dan bersedia mengikuti latihan fisik *Mirror Therapy*. Klien memanfaatkan dukungan dari keluarga sebagai sumber motivasi dalam latihan *Mirror Therapy*. Klien belum menunjukkan koping maladaptif yang mengganggu perawatan, seperti menarik diri atau menolak.

6. Data / Aspek Sosial

1. Pola Komunikasi

Saat pengkajian klien tampak melakukan kontak mata dengan baik dan berusaha merespon tetapi kemampuan bicara klien terbatas; suara terdengar kurang jelas dan bicara pelan.

2. Gaya Komunikasi

Klien menunjukkan sikap kooperatif selama proses pengkajian dan pemeriksaan. Ekspresi wajah klien terlihat tenang. Klien lebih menggunakan anggukan kepala sebagai bentuk persetujuan atau penolakan.

3. Hubungan Sosial

Keluarga mengatakan sebelum sakit klien dikenal aktif berinteraksi dengan tetangga maupun keluarga, dan sering mengikuti kegiatan

dilingkungan, seperti pengajian dan arisan. Namun sekarang sejak mengalami stroke, aktivitas sosial klien menurun akibat keterbatasan fisik dan kesulitan berbicara.

7. Data / Aspek Spiritual

a. Falsafah Hidup

Keluarga klien mengatakan klien memegang prinsip bahwa hidup harus dijalani dengan sabar dan ikhlas, apapun kondisi yang dihadapi. Klien percaya bahwa setiap kejadian termasuk sakit yang dialami merupakan ujian dari Allah SWT.

b. *Sense of Transcendence*

Klien meyakini bahwa sakit yang dialami adalah bagian dari rencana Allah SWT dan ada hikmahnya. Klien memandang penyakit ini sebagai peringatan untuk lebih mendekatkan diri kepada tuhan serta memperbaiki hubungan dengan keluarga dan sesama.

c. Konsep Ketuhanan

Klien beragama islam, dan meyakini bahwa sakit yang dialami adalah ujian dari Allah SWT, tetap berdoa memohon kesembuhan.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan Laboratorium : 20/04/2025

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	Hematologi			
2	Darah Rutin			12-16
3	Hemoglobin	12.0	g/dL	12.0-16.0
4	Leukosit	4910	sel/uL	3800-10600
5	Eritrosit	4.00	juta/uL	3.6-5.8
6	Hematokrit	38.0	%	35-47
7	Trombosit	248000	sel/uL	150000-440000
8	MCV	87.0	fL	80-100
9	MCH	29.0	pg	26-34
10	MCHC	33.0	%	32-36
11	RDW-CV	13	%	11.5-14.5
12	RDW-SD	53	fL	
13	KIMIA KLINIK			
14	Fungsi Liver			
15	AST (SGOT)	24	U/L	10-31
16	ALT(SGPT)	14	U/L	9-36
17	Fungsi Ginjal			
18	Ureum	31	mg/dL	10-50
19	Kreatinin Gula Darah	0.90	mg/dL	0.7-1.13
20	Glukosa Darah Sewaktu	143	mg/dL	70-200

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

b. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal Pemeriksaan : 20-04-2025

1) Thorax Foto :

Kesan :

Kardiomegali (LV, LA) tanpa bendungan paru Atherosklerosis aorta dan elongation aorta

2) CT-Scan

Multipel infark lakuner di substansia alba periventrikuler lateralis bilateral terutama kiri, tidak tampak perdarahan intrakranial

3) Kesimpulan :CT Scan kepala saat ini tidak menunjukkan adanya perdarahan

9. Terapi Medis

Tabel 3.3 Terapi Medis

No	Nama Obat	Cara Pemberian	Dosis	Kegunaan
1	Citicoline	Oral	500 mg	Untuk mempercepat rehabilitasi ekstremitas atas pada pasien dengan hemiplegia, kehilangan kesadaran karena kerusakan otak, cedera kepala atau pembedahan otak dan infrakerebral.
2	Amlodipine	Oral	1x10 tab	Menurunkan tekanan darah tinggi, bekerja dengan mempengaruhi kalsium ke dalam sel-sel jantung dan pembuluh darah, akibatnya pembuluh darah menjadi rileks dan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke jantung.
3	Candesartan	Oral	1x 8mg	Penghambat reseptor angiotensin reseptor blocker yang bermanfaat menurunkan tekanan darah dengan cara melebarkan pembuluh darah.
4	Paracetamol	Oral	500 mg	Menurunkan demam serta meredakan nyeri ringan hingga sedang.
5	Aspilet	Oral	80 mg	Mengencerkan darah agar tidak terjadi penyumbatan dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah

7	Infus asering	IV	20 tpm	Untuk terapi pengganti cairan dan menjaga keseimbangan elektrolit
---	---------------	----	--------	---

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data senjang	Etiologi	Problem
1	DS: 1. Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien tidak bisa digerakan 2. Keluarga klien mengatakan Kelemahan hanya terlihat pada sisi kanan tubuh meliputi tangan dan kaki Do : 1. Ekstremitas atas dan bawah bagian kanan klien mengalami kelemahan 2. Kekuatan otot menurun	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal ↓ Gangguan jalur descending ↓ Kerusakan neuroserebrospinal ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada bagian atau seluruh anggota gerak ↓ Hemiparesis, hemiplegia ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2	DS: 1. Keluarga klien mengatakan pembicaraan klien sedikit tidak jelas, klien terdengar pelo dan pembicaraan sulit dipahami.	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

	DO: 1. Ucapan tidak jelas 2. Klien tampak kesulitan mengucapkan kata kata 3. Gerakan bibir asimetris	Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Kerusakan di area pusat bicara (Broca) ↓ Kerusakan pada NV (trigeminus) NVII (fasialis) ↓ Kontrol otot fasialis lemah ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Kerusakan artikular, tidak dapat bicara (disatria) ↓ Gangguan komunikasi Verbal	
3	DS: 1. Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga 2. Keluarga mengatakan klien mengalami keterbatasan gerak dan merasa kesulitan dalam melakukan perawatan diri Do : 1. Klien tampak tidak mampu melakukan pergerakan secara mandiri 2. Klien dalam memenuhi personal hygiene dibantu oleh perawat selama di RS 3. Kelemahan pada kaki dan tangan sebelah kanan 4. Kebersihan diri tidak terjaga optimal	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolestrol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Defisit Nerologis ↓ Terganggunya pusat sensoro motor ↓ Kecepatan hantaran impils dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun ↓ Gangguan neoromuskular ↓ Paralisis kontralateral wajah, lengan dan tungkai ↓	Defisit Perawatan Diri (D.0119)

Penurunan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri						
↓						
Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting						
4	DS: 1. Keluarga mengatakan klien sulit mempertahankan keseimbangan, kaki dan tangan kanannya mengalami kelemahan dan sulit digerakan Do: 1. Terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bagian kanan <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table> 2. Kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan mengalami kelemahan/hemiparesis 3. Memerlukan bantuan saat berpindah posisi 4. Menurut skala skor MFS didapatkan skor 55 (resiko jatuh tinggi) yaitu; - Riwayat jatuh: tidak ada (0) - Diagnosis sekunder: hipertensi & stroke (15) - Alat bantu: bed rest (0) - Infus: terpasang infus (20) - Cara berjalan: terganggu, langkah tidak stabil (20) - Status mental: orientasi baik (0)	3	5	2	5	Faktor risiko ↓ Peningkatan penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Menjadi kapur/mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak ↓ Vasospasme pada arteri karotis ↓ Stroke infark ↓ Terganggunya pusat sensor motor ↓ Ketidakseimbangan pergerakan ↓ Resiko jatuh
3	5					
2	5					
Resiko jatuh (D.0141)						

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik d.d

DS:

- a. Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien tidak bisa digerakan
- b. Keluarga klien mengatakan Kelemahan hanya terlihat pada sisi kanan tubuh meliputi tangan dan kaki

Do :

- a. Ekstremitas atas dan bawah bagian kanan klien mengalami kelemahan
- b. Kekuatan otot menurun

3	5
2	5

2. Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan di area pusat bicara (broca)

d.d

DS:

- a. Keluarga klien mengatakan pembicaraan klien sedikit tidak jelas, klien terdengar pelo dan pembicaraan sulit dipahami.

DO:

- a. Ucapan tidak jelas
- b. Klien tampak kesulitan mengucapkan kata kata
- c. Gerakan bibir asimetris

3. Defisit perawatan diri b.d Gangguan Neoromuscular d.d

DS:

- a. Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga
- b. Keluarga mengatakan klien mengalami keterbatasan gerak dan merasa kesulitan dalam melakukan perawatan diri

Do :

- a. Klien tampak tidak mampu melakukan pergerakan secara mandiri
- b. Klien dalam memenuhi personal hygiene dibantu oleh perawat selama di RS
- c. Kelemahan pada kaki dan tangan sebelah kanan
- d. Kebersihan diri tidak terjaga optimal

4. Risiko jatuh b.d terganggunya pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron) d.d

DS:

- a. Keluarga mengatakan klien sulit mempertahankan keseimbangan, kaki dan tangan kanannya mengalami kelemahan dan sulit digerakan

Do:

- a. Terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bagian kanan

3	5
2	5

- b. Kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan mengalami kelemahan/hemiparesis

- c. Memerlukan bantuan saat berpindah posisi
- d. Menurut skala skor MFS didapatkan skor 55 (resiko jatuh tinggi)
yaitu;
 - Riwayat jatuh: tidak ada (0)
 - Diagnosis sekunder: hipertensi & stroke (15)
 - Alat bantu: bed rest (0)
 - Infus: terpasang infus (20)
 - Cara berjalan: terganggu, langkah tidak stabil (20)
 - Status mental: orientasi baik (0)

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik (D.0054) d.d Ds: 1. Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien tidak bisa digerakan 2. Keluarga klien mengatakan Kelemahan hanya terlihat pada sisi kanan tubuh meliputi tangan dan kaki 3. Keluarga klien mengatakan bahwa semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga Do : 1. Ekstremitas atas dan bawah bagian kanan klien mengalami kelemahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 4. Pergerakan ekstremitas sebelah kanan membaik 5. Kekuatan otot dari 3/2 5/5 bisa meningkat 6. Rentang gerak ROM meningkat 7. Kelemahan fisik menurun 8. ADL klien meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Latih pergerakan sendi dengan ROM dan <i>Mirror Therapy</i> 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Berikan obat citicolin Edukasi 9. Ajarkan keluarga untuk melakukan pergerakan sendi dan terapi mirror 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

	2. Kekuatan otot menurun kanan 3/2 dan kiri 5/5		
2	Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan di area pusat bicara (broca) (D.0119) d.d DS: 1. Keluarga klien mengatakan pembicaraan klien sedikit tidak jelas, klien terdengar pelo dan pembicaraan sulit dipahami. DO: 1. Saat diajak bicara ucapan tidak jelas 2. Klien tampak kesulitan mengucapkan kata kata 3. Gerakan bibir asimetris	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 3x24 jam, Diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 3. Klien mampu mengucapkan 4 huruf vocal dengan jelas 4. Kekuatan otot wajah meningkat/ wajah klien mendekati simetris	Promosi komunikasi: defisit bicara (I. 13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor kemampuan bicara pasien setiap hari Terapeutik 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 4. Lakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat dengan pasien 5. Berikan dukungan psikologis 6. Latihan <i>Vocal Exercise</i> (AIUEO) Edukasi 7. Anjurkan berbicara perlahan 8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 9. Kolaborasi ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Defisit perawatan diri : ADL b.d gangguan neoromuscular (D.0119) d.d DS: 1. Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga 2. Keluarga mengatakan klien mengalami keterbatasan gerak dan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Selama 1x7 jam, diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: 7. Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri 8. Kemampuan makan meningkat 9. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	Dukungan perawatan diri (1.11348) Observasi 1. Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Monitor kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)

	merasa kesulitan dalam melakukan perawatan diri Do : 1. Klien tampak tidak mampu melakukan pergerakan secara mandiri 2. Klien dalam memenuhi personal hygiene dibantu oleh perawat selama di RS 3. Kelemahan pada kaki dan tangan sebelah kanan 4. Kebersihan diri tidak terjaga optimal	10. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 11. Minat melakukan perawatan diri meningkat	5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9. Ajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4	Risiko jatuh b.d terganggunya pusat sensoro motor (D.0141) d.d DS: 1. Keluarga mengatakan klien sulit mempertahankan keseimbangan, kaki dan tangan kanannya mengalami kelemahan dan sulit digerakan Do: 1. Terjadi penurunan kekuatan otot pada	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 5. Jatuh dari tempat tidur menurun 6. Aktivitas klien terkontrol 7. <i>Bed plang</i> selalu terpasang 8. Posisi roda tempat tidur selalu terkunci 9. Memberikan bantuan saat bergerak	Pencegahan jatuh (1.14540) Observasi 1. Observasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Monitor risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale), jika perlu 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

ekstremitas bagian
kanan 3/2 dan kiri 5/5

2. Kekuatan otot pada
ekstremitas atas dan
bawah sebelah kanan
mengalami kelemahan

3. Memerlukan bantuan
saat berpindah posisi

4. Menurut skala skor
MFS didapatkan skor
55 (resiko jatuh tinggi)
yaitu;

- Riwayat jatuh: tidak
ada (0)
- Diagnosis sekunder:
hipertensi & stroke
(15)
- Alat bantu: bed rest
(0)
- Infus: terpasang infus
(20)
- Cara berjalan:
terganggu, langkah
tidak stabil (20)

Status mental: orientasi
baik (0)

6. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
7. Pasang handrail tempat tidur
8. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
9. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi

10. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

3.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.T

Ruangan : Abdurahman Bin Auf II

No.RM : 009231xx

Nama Mahasiswa : Rianti Rizkan S

Hari/Tanggal	Jam	No DX	Implementasi	Jam	Evaluasi	TTD				
Senin, 21 April 2025	08.00	1	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan fisik lainnya Respon/hasil: Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri yang dirasa Tekanan darah 160/95 mmhg, pola nafas regular,RR : 20 x/menit, tingkat kesadaran composmentis		S: Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan masih mengalami kelemahan O: Tanda-tanda vital:	Rianti				
	09.00		2. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : klien melakukan room pasif dan aktif		1. Tekanan Darah : 140/85 mmHg					
	09.15		3. Mengkaji kekuatan otot Hasil:		2. HR: 81 x/menit					
			<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	3	5		2	5		3. RR: 20 x/menit
	3	5								
2	5									
		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : keluarga klien terlibat dalam meningkatkan pergerakan		4. SpO2: 97%						
	09.25		5. Melakukan ROM dan teknik <i>Mirror Therapy</i> setiap 1x/hari Hasil : klien mengatakan bersedia untuk dilatih		5. Suhu: 36,1°C					
	09.30				6. Klien belum mampu melakukan mirror therapy dengan ROM pasif pada ekstremitas yang lemah, dibantu oleh perawat dan keluarga					
					7. Klien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan					
					8. Kekuatan otot					
					<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	3	5	2	5	
3	5									
2	5									
					A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi					

	09.35		terapi mirror dan mampu melakukan secara bertahap 6. Memberikan obat Hasil: obat diberikan kepada klien sesuai indikasi Citicoline 2x500 mg melalui intravena Candersartan 1x8 mg peroral	P: intervensi dilanjutkan 1. Memonitor TTV 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
Senin, 21 April 2025	09.45	2	1. Memonitor kecepatan kuantitas, volume dan diksi bicara Respon/hasil: Klien berbicara lambat dan volume sedang	S: Klien mengatakan sulit berbicara dengan jelas O: 1. Bicara klien pelo sedang 2. Kemampuan berbicara sedang 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh sedang Klien terdengar tidak jelas ketika berbicara A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. mendukung klien untuk belajar berbicara AIUEO
	09.50		2. Memonitor kemampuan bicara pasien Respon/hasil: Klien belum bisa mengucapkan kalimat panjang	
	09.55		3. Melakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat dengan pasien Respon/hasil: Gaya komunikasi saat dengan klien disesuaikan secara perlahan, jelas dan terang	
	10.00		4. Melatih latihan vokal (AIUEO) Respon/hasil: Klien mampu mengikuti latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal	
Senin, 21 April 2025	10.10	3	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri Respon/hasil: Keluarga klien mengatakan selama di RS klien belum mandi, klien memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan perawatan diri	S: 1. Keluarga klien mengatakan selama di RS klien hanya mandi 1x/hari itu juga di waslap 2. Keluarga klien mengatakan semua 3. aktivitas klien dibantu oleh keluarga
	10.15		2. Memonitor tingkat kemandirian Respon/hasil: Semua aktivitas klien dibantu oleh perawat dan	

				keluarga, semua aktivitas dilakukan di tempat tidur	O:
	10.20		3.	Memfasilitasi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri Respon/hasil: Keluarga klien mengatakan belum mempunyai perlengkapan untuk melakukan washlap pada klien	1. Klien tampak masih dibantu oleh anaknya 2. ADL dibantu oleh keluarga keluarga dan perawat A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:
	10.25		4.	Mengajarkan pasien dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari Respon/hasil: Pasien dan keluarga tampak kooperatif	1. Monitor tingkat kemandirian 2. Dampingi dalam melakukan perawatan
	10.30		5.	Melatih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan sesuai dengan kemampuan pasien Respon/hasil: Klien mengatakan belum mampu untuk melakukan perawatan	
Senin, 21 April 2025	10.00	4	1.	Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Respon/hasil: Klien bernama Ny.T berusia 59 tahun dengan dx medis stroke infark, mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian bawah terutama kaki sebelah kanan	S: O: 1. Handrail terpasang 2. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci
	08.00		2.	Memastikan roda tempat tidur klien dalam kondisi terkunci Respon/hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak	A: Masalah risiko jatuh teratasi P: Intervensi dipertahankan
	08.00		3.	Memasang handrail pada tempat tidur Respon/hasil: Handrail terpasang	1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan fall morse 3. Pasang hanarail tempat tidur 4. Dekatkan bel pemanggil dalam
	10.35		4.	Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon/hasil: Klien dan keluarga mengerti dengan anjuran yang diberikan	

Selasa, 22 april 2025	07.30	1	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan fisik lainnya Respon/hasil: Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri yang dirasa. Klien mengatakan lemas dan kaku belum berkurang. Tanda-tanda vital: Tekanan Darah : 161/86 mmHg HR: 79 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 97% S: 36,6°C	S: Keluarga klien mengatakan ekstremitas sebelah kanan Ny.T masih mengalami kelemahan terutama pada kaki kanan O: Tanda-tanda vital:				
	09.00		2. Mengidentifikasi kemampuan klien untuk menggerakkan kaki bagian kanan Respon/hasil: Klien bisa mengngkat kaki dibantu tetapi masih lemah dan tidak mampu melawan gravitasi	1. Tekanan Darah : 154/85 mmHg 2. HR: 83 x/menit 3. RR: 20 x/menit 4. SpO2: 97% 5. Suhu: 36,1°C				
	09.35		3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi Respon/hasil: Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu keluarga. Tampak semua aktivitas dilakukan di tempat tidur dengan bantuan keluarga dan perawat	6. Klien dapat MIKA MIKI dengan bantuan keluarga 7. Klien mampu melakukan mirror therapy dengan ROM pasif pada ekstremitas yang lemah, dibantu oleh keluarga dan perawat				
	09.40		4. Mengkaji kekuata otot	8. Kekuatan otot A: Masalah gangguan mobilitas fisik <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	3	5	2	5
3	5							
2	5							
	09.45		<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	3	5	2	5	belum teratasi P: lanjutkan intervensi
3	5							
2	5							
	09.50		5. Melakukan ROM dan melatih <i>Mirror Therapy</i> setiap 1x/hari Respon/hasil: Latihan diberikan selama 15 menit. Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan latihan mirror therapy 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	1. Memonitor TTV 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien pergerakan dalam meningkatkan 4. pasien pergerakan dalam meningkatkan 5. Menganjurkan melakukan				

	09.55		Respon/hasil: Keluarga tampak kooperatif	mobilisasi dini
		7.	Menganjurkan melakukan ambulasi dini	6. Mengajarkan mobilisasi sederhana
			Respon/hasil: Klien mengatakan akan mencoba melakukan pergerakan sederhana seperti yang diajarkan	
	10.00	8.	Memberikan obat Respon/hasil: obat diberikan kepada klien sesuai indikasi	
			Citicoline 2x500 mg melalui intravena	
			Candersartan 1x8 mg peroral	
Selasa, 22 april 2025	10.00	2	1. Memonitor kecepatan kuantitas, volume dan diksi bicara Respon/hasil: Klien berbicara lambat dan volume sedang	S: klien mengatakan sulit berbicara dengan jelas O:
	10.15	2.	Memonitor kemampuan bicara pasien Respon/hasil: Klien belum bisa mengucapkan kalimat panjang	1. Bicara klien masih sedikit pelo 2. Kemampuan bicara sedang 3. Klien hanya berkomunikasi sederhana
	10.20	3.	Melakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat dengan pasien Respon/hasil: Gaya komunikasi saat dengan klien disesuaikan secara perlahan, jelas dan tenang	A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi
	10.25	4.	Melatih <i>Vocal Exercise</i> (AIUEO) Respon/hasil: Klien mampu mengikuti Latihan dan mampu mengucapkan beberapa huruf vocal	1. Mendukung klien untuk belajar berbicara AIUEO
Selasa, 22 april 2025	10.25	3	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri Respon/hasil: Keluarga klien mengatakan selama di RS klien hanya 1x washlap/hari dan ganti baju 1x/hari	S: Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga O:
	10.30	2.	Memfasilitasi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri Respon/hasil: Telah disiapkan keperluan untuk perawatan diri (wash gloves, sisir, pakaian)	1. Klien tampak selalu dibantu oleh anaknya 2. ADL dibantu oleh keluarga keluarga dan perawat
		3.	Membantu dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi

	10.35		Respon/hasil: Klien di damping dalam hal mandi/washlap dan mengganti pakaian	P:Lanjutkan intervensi: 1. Monitor tingkat kemandirian diri 2. Damping dalam melakukan perawatan
Selasa, 22 april 2025	09.00	4	1. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci Respon/hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak 2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon/hasil: Pasien dan keluarga mengerti	S: O: 1. Handrail terpesang 2. Klien sudah mulai bisa duduk ditempat tidur dengan bantuan keluarga 3. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci A: Masalah risiko jatuh teratasi P: Intervensi dipertahankan 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Pasang handrail tempat tidur 3. Dekatkan bel pemanggil
Rabu,23 april 2025	14.00	1	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan fisik lainnya Respon/hasil: Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri yang dirasa. Klien mengatakan lemas dan kaku mulai berkurang. Tanda-tanda vital: Tekanan Darah : 145/85mmHg HR: 82 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 97% S: 36,3°C 2. Mengidentifikasi kemampuan klien untuk menggerakkan kaki bagian kanan Respon/hasil: Klien bisa mengngkat kaki dibantu	S: Keluarga klien mengatakan ekstremitas sebelah kanan Ny.T masih mengalami kelemahan terutama pada kaki kanan O: Tanda-tanda vital: 1. Tekanan Darah : 140/80 mmHg 2. HR: 83 x/menit 3. RR: 20 x/menit 4. SpO2: 97% 5. Suhu: 36,1°C 6. Klien dapat MIKA MIKI dengan bantuan keluarga
	16.00			

				tetapi masih lemah dan tidak mampu melawan gravitasi	7. Klien mampu melakukan mirror therapy dengan ROM pasif pada ekstremitas yang lemah, dibantu oleh keluarga dan perawat				
		16.05	3.	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	8. Kekuatan otot				
		16.10		Respon/hasil: Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu keluarga. Tampak semua aktivitas dilakukan di tempat tidur dengan bantuan keluarga dan perawat	A: Masalah gangguan mobilitas fisik				
			4.	Mengkaji kekuata otot	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	3	5	2	5
3	5								
2	5								
		16.15			teratasi sebagian				
					P: lanjutkan intervensi				
					1. Memonitor TTV				
					2. Memfasilitasi melakukan pergerakan				
					3. Melibatkan keluarga untuk membantu				
					4. pasien pergerakan dalam meningkatkan				
					5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini				
		16.20	5.	Melakukan ROM dan Melatih <i>Mirror Therapy</i> setiap 1x/hari					
				Respon/hasil: Latihan diberikan selama 15 menit. Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan latihan mirror therapy					
			6.	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi					
				Respon/hasil: Keluarga tampak kooperatif					
				Menganjurkan melakukan ambulasi dini					
				Respon/hasil: Klien mengatakan akan mencoba melakukan pergerakan sederhana					
Rabu,23 2025	april	16,25	2	1. Memonitor kecepatan kuantitas, volume dan diksi bicara	S: klien mengatakan sulit berbicara dengan jelas				
				Respon/hasil: Klien berbicara mulai normal dan volume sedang	O:				
		16.30	2.	Memonitor kemampuan bicara pasien	1. Bicara klien pelo sedang mulai normal				
				Respon/hasil: Klien belum bisa mengucapkan kalimat panjang	2. Kemampuan bicara sedang				
			3.	Melakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat	A: masalah teratasi sebagian				

		16.35		dengan pasien Respon/hasil: Gaya komunikasi saat dengan klien disesuaikan secara perlahan, jelas dan tenang	P: lanjutkan intervensi Mendukung klien untuk belajar AIUEO
Rabu,23 2025	april	16.40	3	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri Respon/hasil: Keluarga klien mengatakan selama di RS klien hanya 1x washlap/hari dan ganti baju 1x/hari	S: Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga O:
		16.45		2. Memfasilitasi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri Respon/hasil: Telah disiapkan keperluan untuk perawatan diri (wash gloves, sisir, pakaian)	1. Klien tampak selalu dibantu oleh anaknya 2. ADL dibantu oleh keluarga keluarga dan perawat
		16.50		3. Membantu dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Respon/hasil: Klien di damping dalam hal mandi/washlap dan mengganti pakaian	A: Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi: 1. Monitor tingkat kemandirian diri 2. Damping dalam melakukan perawatan diri
Rabu,23 2025	april	16.55	4	1. Memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci Respon/hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak	S: O: 1. Handrail terpesang 2. Klien sudah mulai bisa duduk ditempat tidur dengan bantuan keluarga 3. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci
		17.00		2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon/hasil: Pasien dan keluarga mengerti	A: Masalah risiko jatuh teratasi P: Intervensi dipertahankan 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Pasang handrail tempat tidur 3. Dekatkan bel pemanggil

3.1.6 Catatan perkembangan

Nama Pasien : Ny.T Ruangan : Abdurahman Bin Auf II
 No.RM : 009231xx Nama Mahasiswa: Rianti Rizkan Safari

N O	Waktu & Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf & Nama				
1	14.20 WIB 24- 04-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik	S: 1. Klien mengatakan masih merasa lemas 2. Klien mengatakan kaki kanannya mulai agak ringan untuk digerakan 3. Klien mengatakan sedikit-sedikit mulai bisa menggerakkan tangan yang lemah dengan tangan sehatnya O: 1. Klien tampak melakukan latihan isometric exercise dan mirror therapy 2. Klien tampak bisa mengangkat kaki dan tangan bagian kanan dengan waktu yang relatif sebentar 3. Tidak terdapat tanda adanya atrofi, kontraktur ataupun luka dekubitus 4. Klien masih membutuhkan bantuan keluarga maupun orang lain ketika ingin bergerak 5. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table> 6. Tanda-tanda vital: Tekanan Darah : 140/85 mmHg HR: 82 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 98% S: 36,2°C A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: 1. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan 2. Discharge planning terkait dengan perawatan pasien stroke di rumah	3	5	2	5	Rianti
3	5							
2	5							
2	14.25 WIB 24/04/25	Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan di area pusat	S: 1. Klien mengatakan mulai merasa mudah mengucapkan perkataan 2. Keluarga klien mengatakan klien bisa mengucapkan 5 huruf vocal (AIUEO)	Rianti				

		bicara (broca)	O: 1. Wajah klien tampak normal 2. Klien bisa mengucapkan beberapa kalimat dengan jelas 3. Tanda-tanda vital: Tekanan Darah : 140/85 mmHg HR: 82 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 98% S: 36,2°C A: Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian P: 1. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan 2. Discharge planning terkait dengan perawatan pasien stroke di rumah	
3	14.25 WIB 24/04/25	Defisit perawatan diri : ADL b.d gangguan neoromuscular	S: 1. Klien mengatakan perawatan dirinya masih dengan bantuan keluarga 2. Keluarga klien mengatakan klien rutin dilakukan washlap 1x/hari dan diganti pakaian 1x/hari, pakaian yang digunakan selalu yang bersih O: 1. Klien tampak terlihat rapi 2. ADL klien dibantu oleh keluarga dan perawat A: Masalah defisit perawatan diri teratasi P: 1. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan 2. Discharge planning terkait dengan perawatan pasien stroke di rumah	Rianti

4	14.30 WIB 24/04/25	Risiko jatuh b.d terganggunya pusat sensoro motor	S: 1. Klien mengatakan masih terasa lemas 2. Keluarga klien mengatakan setiap aktivitas klien diawasi dan dibantu oleh keluarga O: 1. Handrail terpasang 2. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci 3. Skor resiko jatuh menggunakan MFS yaitu 55 (resiko jatuh tinggi) A: Masalah resiko jatuh tertasi P: 1. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan 2. Discharge planning terkait dengan perawatan pasien stroke di rumah	Rianti
---	--------------------------	--	--	--------

3.2 Pembahasan

Berdasarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny. T dengan gangguan sistem persarafan: Stroke Infark di Ruang Abdurahman Bin Auf II RSUD Al-ihsan Provinsi Jawa Barat yang dilaksanakan selama empat hari, yaitu dari tanggal 21-24 April 2025. Penulis berusaha menerapkan langkah-langkah muai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien. Pada bagian ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, serta menyertakan literature (EBP) untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 April 2025 kepada Ny.T dengan jenis kelamin perempuan, usia 59 tahun, Pendidikan terakhir tamat SD, klien merupakan ibu rumah tangga. Klien dirawat di ruang Abdurahman bin Auf II RSUD Al-hsan Provinsi Jawa Barat, dengan diagnosa medis Stroke Infark. Penulis memperoleh informasi melalui wawancara langsung kepada klien, keluarga klien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta ream medis. Diketahui bahwa klien masuk RS pada tanggal 20 April 2025, menurut penuturan keluarganya klien mengatakan bahwa klien mengalami kelemahan mendadak pada kaki dan tangan kanannya saat berada di rumah. Gejala muncul secara tiba-tiba tanpa aktivitas berat sebelumnya, disertai kesulitan menggerakkan anggota gerak tersebut. Setelah

kejadian keluarga klien langsung membawa ke RSUD Al-ihsan. Faktor risiko yang mendukung terjadinya stroke pada Ny. T adalah mempunyai Hipertensi, faktor risiko lain tidak diketahui karena keluarga mengatakan Ny.T jarang mengonsumsi obat yang diberikan dokter dan jarang melakukan pemeriksaan rutin ke dokter.

Hasil pengkajian didapatkan data Ny. T dengan keluhan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, klien juga mengalami kesulitan dalam berbicara, bicara kurang jelas (pelo) serta mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga, dari hasil kajian tersebut terdapat kesesuaian kondisi yang dialami klien dengan teori menurut Susilo (2019) yang menjelaskan bahwa klien dengan stroke infark akan mengalami beberapa tanda dan gejala seperti adanya gangguan gerak dan kelumpuhan yang biasa disebut dengan hemiplegia dan hemiparesis dimana akan terjadi penurunan kekuatan otot, gangguan bicara, terjadi deviasi pada satu sisi bagian tubuh yang mengalami kelemahan, nyeri timbul secara spontan, kesulitan menelan dan terjadi penurunan kesadaran. Terjadinya tanda dan gejala tersebut disebabkan karena adanya sumbatan pada arteri yang memperdarahi bagian otak, sehingga tanda dan gejala yang timbul akan berbeda pada setiap pasien tergantung pada arteri yang menyumbat bagian otak tersebut. Kelemahan ekstremitas atas dan bawah bagian kanan disebabkan karena adanya kerusakan pada otak bagian kiri, dimana fungsi tubuh bagian kanan dikendalikan oleh otak bagian kiri (Black & Hawks, 2023).

Tanda dan gejala klien menunjukkan kompatibilitas antara teori dan situasi yang ada pada klien, yaitu terjadinya kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan

sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan, karena adanya infark pada bagian lacuner di substansia alba periventrikuler lateralis bilateral terutama kiri impuls yang dikeluarkan oleh sistem saraf pusat ke daerah lengan dan tungkai sebelah kanan terganggu, dimana infark tersebut menghambat masuknya darah ke dalam otak khususnya pada bagian susunan substansia alba periventrikuler lateralis bilateral dalam otak yang salah satunya berfungsi mengatur fungsi motorik dan sensorik pada tubuh dengan menerima impuls untuk melakukan gerakan melalui korteks serebri yang akan disampaikan kepada hipotalamus yang kemudian akan disampaikan kembali ke korteks dan pada akhirnya perintah untuk melakukan gerakan akan dilakukan dengan baik, ketika salah satu susunan dalam substansia alba periventrikuler mengalami sumbatan maka informasi yang seharusnya disampaikan ke hipotalamus untuk melakukan pergerakan akan mengalami gangguan (Van Cauter S, et al., 2020).

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap masalah kesehatan (SDKI, 2017). Dari data hasil pengkajian yang telah didapatkan pasien mengalami kelemahan pada bagian ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan bicara pelo. Kondisi ini menunjukkan adanya kerusakan pada pembuluh darah otak yang mengalami sumbatan sehingga munculah diagnosis stroke infark. Berdasarkan hasil CT-Scan area sumbatan terjadi pada daerah substansia alba periventrikuler lateralis bilateral dan tidak terjadi perdarahan intraranial, sehingga diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: gangguan mobilitas

fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, dan risiko jatuh. Diagnosa ini diangkat sesuai dengan keadaan serta prioritas kebutuhan klien yang dapat menimbulkan komplikasi jika tidak segera mendapatkan penanganan.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data, keluarga klien mengatakan merasa lemas sehingga kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki bagian kanan, keluarga klien mengatakan bahwa semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga, ekstremitas atas dan bawah bagian kanan klien mengalami kelemahan, kekuatan otot kanan 3/2 dan kiri 5/5. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2017) bahwa gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan baik pada salah satu ekstremitas ataupun pada seluruh ekstremitas. Penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa pertama karena jika gangguan tersebut tidak ditangani akan mengakibatkan kekakuan pada otot sehingga akan menyebabkan komplikasi baru.

Gangguan mobilitas fisik secara patofisiologi terjadi karena adanya sumbatan pada stroke baik trombus atau embolus, hal tersebut akan dapat menyebabkan penurunan kemampuan fungsi motorik, hal ini disebabkan karena terganggunya pusat sensori motorik di lobus parietal, sehingga jalur descending mengalami gangguan akibatnya pasien akan mengalami gangguan mobilitas fisik (Loeffler & Hart, 2018). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Indaryani et al., (2020) kelemahan tersebut dapat terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu dan oksigen serta nutrisi tidak dapat dialirkan, maka akan

menyebabkan terjadinya kerusakan sel-sel otak yang dapat mengakibatkan terjadinya kelemahan atau berkurangnya kekuatan otot (hemiparesis) pada pasien dengan stroke.

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

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data keluarga klien mengatakan pembicaraan klien sedikit tidak jelas, kurang mampu berbicara dengan kalimat panjang, klien dapat berkomunikasi namun terbatas, klien mengalami perubahan wicara, bicara pelo, klien dapat tersenyum tetapi hanya bagian kanan saja, jika klien diam tampak wajah klien mencong ke sebelah kanan, klien dapat menonjolkan lidah ke arah kiri dan kanan tetapi tidak terlalu kuat. Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2017) bahwa gangguan komunikasi verbal adalah adanya gangguan berupa penurunan, perlambatan atau hilangnya kemampuan menerima, memproses, mengirim atau menggunakan simbol.

Salah satu faktor yang mempengaruhi hal ini dikarenakan seseorang yang mengalami stroke pada otak sebelah kiri dan mengenai pusat bicara akan ada masalah dalam berbicara atau afasia sebab otak kiri memiliki fungsi untuk menganalisis, berpikir dengan logis, ide serta memahami bahasa (Rohma et al., 2019). Umumnya afasia dibedakan menjadi 3 yakni afasia motorik, sensorik dan global. Berdasarkan patofisiologi afasia motorik terjadi karena adanya lesi di lobus frontalis yang mana pada area ini ada area broca yaitu operculum frontal, sehingga sering dikenal afasia broca. Akibat lesi di area broca, terjadi gangguan

antara pikiran dan kemampuan berbahasa seseorang. Dengan demikian, pasien sering merasa bahwa mereka tahu apa yang ingin mereka katakan tetapi tidak dapat mengucapkan kata-kata. Hal ini memengaruhi kelancaran bicara. Hilangnya fungsi bahasa dapat terjadi karena area broca berperan dalam menyusun bunyi menjadi kata-kata, dan kata-kata menjadi kalimat. Berdasarkan hasil penelitian Siregar (2020) kerusakan pada arteri karotis menyebabkan kerusakan neuroserebrospinal dan hipoglossus, yang menurunkan kemampuan untuk mengontrol otot fasialis dan mulut, kemudian mengakibatkan kerusakan bicara dan artikulasi yang pada akhirnya terjadi gangguan komunikasi verbal.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuscular

Penulis mengangkat diagnosa defisit perawatan diri karena didukung dengan hasil pengkajian yang didapatkan, yaitu tampak semua aktivitas klien harus dibantu oleh keluarga, klien dan keluarga merasa kesulitan melakukannya aktivitas daily living, pada pemeriksaan status fungsional/Barthel Indeks total skor 55 pada klien dengan kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan total. Hal tersebut sesuai dengan SDKI (2017) bahwa defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Defisit perawatan diri terjadi secara patofisiologi yaitu karena terganggunya pusat sensoro motor yang dapat mempengaruhi kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun, hal tersebut menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehingga akan muncul masalah defisit perawatan diri.

4. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

Hasil pengkajian yang dilakukan ditemukan masalah keperawatan risiko jatuh, didapatkan data total skor penilaian risiko jatuh dengan skala MFS berjumlah 55 (risiko jatuh tinggi). Menurut SDKI (2017), risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Risiko jatuh terjadi karena defisit neurologis yang terjadi pada pasien stroke akan mengakibatkan pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron) terganggu, sehingga terjadi ketidakseimbangan pergerakan yaitu klien tidak dapat mengontrol keseimbangan pada postur tubuh saat posisi dinamis maupun statis, kontrol keseimbangan yang buruk dipengaruhi oleh beberapa faktor fisiologis yaitu fungsi kognitif, kekuatan otot, kurangnya proprioepsi, dan sistem sensorik sehingga mengganggu kemandirian dan berkontribusi pada risiko jatuh (Soleha & Munawwarah, 2022).

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan yang akan dilakukan perawat untuk mencapai hasil yang diharapkan berdasarkan penilaian klinis (PPNI, 2018). Perencanaan yang digunakan untuk kelima diagnosa yang telah ditetapkan penulis menggunakan acuan SIKI serta SLKI sebagai kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2019). Berdasarkan beberapa diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, maka dibuatlah rencana keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosis gangguan

mobilitas fisik yang dialami oleh klien adalah dukungan mobilisasi dengan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil yang ingin dicapai adalah pergerakan ekstremitas sebelah kanan membaik, kekuatan otot membaik, kelemahan fisik menurun, ADL klien meningkat, resiko jatuh menurun.

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan kepada klien pada permasalahan ini memperhatikan aspek observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi sesuai dengan SIKI (2018), pada aspek terapeutik penulis berfokus pada melatih kekuatan otot dengan menggunakan *mirror therapy*. Pemberian latihan *mirror therapy* merupakan terapi latihan yang mengandalkan imajinasi atau pembayangan motorik pada pasien, cermin digunakan sebagai media pemberi stimulasi visual kepada otak untuk pergerakan pada tubuh yang hemiparase. *Mirror therapy* efektif pada perbaikan motorik klien dengan hemiparesis ringan sampai sedang (Lesmana et al, 2021)

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

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosis gangguan komunikasi verbal adalah promosi komunikasi: defisit bicara. Promosi komunikasi: defisit bicara adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil yang ingin dicapai adalah klien bisa mengucapkan 2 huruf vocal, klien mampu mengucapkan beberapa kata dengan

jelas, kekuatan otot wajah meningkat/wajah klien mendekati simetris. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan kepada klien berfokus pada upaya meningkatkan kemampuan berbicara salah satunya dapat dilakukan dengan latihan motorik untuk melatih kekuatan otot wajah. Latihan motorik pada otot-otot wajah tersebut salah satunya dapat dilakukan melalui latihan vocal dengan menyebutkan huruf A, L, U, E, O. Latihan vocal akan memberikan pengaruh karena pada proses ini akan melibatkan beberapa saraf kranial yang berfungsi saat proses berbicara, salah satunya nervus V (trigeminus) dan nervus VII (hipoglossus) (Farhan, 2015).

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuscular

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosis defisit perawatan diri adalah dukungan perawatan diri. Dukungan perawatan diri bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil yang ingin dicapai adalah kemampuan mandi meningkat dan kemampuan mengenakan pakaian meningkat. Defisit perawatan diri mengacu pada pasien yang tidak mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) secara memadai. Hal ini mencakup tugas-tugas yang berkaitan dengan makan, mandi, serta berpakaian dan toileting. Perawat harus mampu mengenali dan menilai keterbatasan pasien dan kemampuan mereka dalam memenuhi kebutuhan dasar. Peran perawat adalah menciptakan lingkungan adaptif yang memungkinkan pasien mempertahankan kemandirian sekaligus memastikan kebutuhan mereka terpenuhi. Maka, intervensi keperawatan yang dilakukan kepada klien akan memprioritaskan pada memperbaiki kemampuan

pasien dalam meningkatkan perawatan diri. Hal ini didukung oleh penelitian Bovend'Eerd et al., (2019) yang menunjukkan bahwa impuls saraf lower motor neuron (LMNs) dapat ditingkatkan dengan melakukan pergerakan dan latihan, hal tersebut dapat merangsang neuroplastisitas dan meningkatkan konektivitas impuls saraf yang memfasilitasi kemandirian pasien dalam perawatan diri.

Menurut teori *self care dorothea orem* (1971) bahwa salah satu intervensi pada defisit perawatan diri yang perlu dilakukan adalah tidak hanya bertujuan sekedar memenuhi kebutuhan perawatan dirinya tetapi juga membantu pasien agar dapat merawat dirinya sendiri secara mandiri. Sejalan dengan penelitian Hertuida Clara (2018) menyatakan bahwa melalui penerapan teori *self care Orem* kebutuhan diri pasien akan terpenuhi dan kemampuan untuk merawat dirinya secara mandiri dapat tercapai sekalipun pasien dalam keadaan disability, sehingga pada akhirnya pasien dapat mempertahankan Kesehatan dan kesejahteraan.

4. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosis risiko jatuh adalah pencegahan jatuh, tujuannya untuk menurunkan risiko terjatuh akibat penurunan kondisi fisik. Risiko jatuh yang dialami pasien stroke dipicu oleh kekuatan otot yang melemah sehingga diberikan intervensi mengidentifikasi faktor risiko jatuh setidaknya dilakukan sekali setiap shift untuk menghindari risiko jatuh pada pasien, menghitung risiko jatuh dengan *Morse Fall scale* yaitu untuk menilai kemungkinan pasien jatuh, memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi

terkunci serta selalu memasang handrall setelah selesai melakukan tindakan merupakan intervensi yang sederhana untuk mengurangi risiko jatuh dari tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh membutuhkan sesuatu, intervensi ini diberikan karena dapat membantu mengurangi faktor risiko jatuh.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan (Anggraini, 2016). Penulis telah melakukan implementasi selama 4 hari sesuai dengan intervensi yang telah disusun.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu berfokus pada dukungan mobilisasi dengan cara monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor toleransi fisik melakukan pergerakan, melatih ROM setiap 1x/hari, melatih *mirror therapy* setiap 1x/hari, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, mengajarkan keluarga untuk

melakukan latihan isometrik dan *mirror therapy*, berikan obat citicoline 2x500 mg dan candersartan 1x8 mg.

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

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien selama tiga hari berfokus pada promosi komunikasi (defisit bicara) dengan cara monitor kemampuan bicara pasien, melakukan komunikasi yang jelas dan tenang saat dengan pasien, memberikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dalam berbicara, melatih *Vocal Exercise* (AIUEO), kolaborasi dengan fisioterapi untuk melatih kemampuan bicara. Menurut Djabar et al., (2020) mengaiak klien untuk berekap-cakap merupakan salah satu terapi yang dapat digunakan untuk membantu meningkatkan kemampuan bicara. Selain itu, sebagai perawat kita harus berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya termasuk permasalahan pada pasien dengan gangguan komunikasi verbal, permasalahan ini kita koordinasikan dengan fisioterapi tentang terapi wicara yang digunakan untuk melatih klien dalam latihan vocal dengan mengucapkan A, I, U, E, O, dilakukan agar kemampuan bicara klien yang terganggu akibat stroke dapat diperbaiki sehingga artikulasi yang diucapkan akan jelas.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuscular

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa defisit perawatan diri diberikan intervensi dukungan perawatan diri dengan cara monitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan makan, fasilitasi kebutuhan pasien dalam perawatan diri,

fasilitasi kemandirian dan bantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, latih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan sesuai dengan kemampuan pasien, ajarkan pasien dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

4. Risiko jatuh berhubungan dengan terganggunya pusat sensoro motor (upper motor neuron dan lower motor neuron)

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi risiko jatuh, memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci, memasang banarall tempat tidur, menghitung risiko jatuh menggunakan skala (*Morse Fall Scale*). Kekuatan otot yang melemah pada pasien stroke berisiko tinggi untuk jatuh karena stroke memiliki konsekuensi berat terhadap gangguan fisik, kognitif, dan psikologis. Implementasi berupa penatalaksanaan kepada pasien berisiko jatuh yang paling tepat dapat dilakukan untuk menjaga pasien dari risiko mengalami jatuh (Sunardi, 2019).

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini dilakukan selama 4 hari pada tanggal 20-24 April 2025. Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses Keperawatan. Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif yang dilakukan setiap selesai pelaksanaan tindakan dan evaluasi sumatif dilakukan dengan membandingkan hasil respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap empat masalah

keperawatan yang muncul pada Ny.T didapatkan hasil:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik belum teratasi pada hari ke empat, karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil. Data yang ditemukan dihari keempat yaitu klien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan kekuatan otot sebelah kanan 3/2 sebelah kiri 5/5/ tetapi pergerakan sendi baik dan tidak ditemukan kekakuan, semua *Activity Daily Life* (ADL) klien masih dibantu oleh perawat dan keluarga klien. Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dan kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pasien dengan penurunan fungsi motorik membutuhkan waktu yang lama untuk kembali pulih sehingga intervensi dukungan mobilisasi perlu untuk dilanjutkan.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan di area pusat bicara (broca) hanya teratasi sebagian pada hari ke empat, karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang telah disusun. Data yang ditemukan dihari keempat yaitu klien mulai merasa mudah mengucapkan perkataan, klien bisa mengucapkan 5 huruf vocal, wajah klien tampak normal tapi bibir klien agak mencong sedikit ke sebelah kanan . Hal ini karena proses kerusakan area pusat bicara dan ketidakasimetrisan wajah membutuhkan waktu yang relatif lama, selain itu keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan sehingga masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuscular dapat teratasi pada hari ke empat, karena data yang ditemukan memenuhi seluruh kriteria hasil yang telah disusun. Data yang ditemukan dihari keempat yaitu klien

tampak terlihat rapi, klien merasa nyaman setelah dilakukan ADL, klien dapat melakukan ADL dengan bantuan keluarga dan perawat. Hal ini didukung oleh pihak keluarga dan pasien sendiri yang kooperatif dan mengikuti setiap anjuran yang diberikan.

4. Risiko jatuh, tidak menjadi masalah aktual karena tercapainya tujuan sesuai kriteria hasil dengan data, yaitu setiap aktivitas klien diawasi dan dibantu oleh keluarga, roda bed selalu dalam keadaan terkunci, handrail terpasang. Penulis berasumsi cukup memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pasien dan keluarga kooperatif dalam melakukan intervensi, sehingga intervensi perlu dilanjutkan agar tidak terjadinya cedera akibat terjatuh.

3.3 Pembahasan *Evidence Based Practic* (EBP)

Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan masalah gangguan sistem saraf: stroke infark dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik diberikan intervensi tambahan dari beberapa *Evidence Based Practic* terbaru yang dapat dijadikan inetrvensi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Salah satunya adalah pemberian latihan *mirror therapy* yang bertujuan untuk memberi stimulasi visual pada otak sehingga dapat meningkatkan fungsi sensori mototrik pada extremitas. *Mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi atau latihan yang melibatkan sistem mirror neuron yang ada di lobus frontal dan parietal untuk melatih pembayangan imajinasi motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak secara ipsilateral melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (David et al., 2019).

Penulis menggunakan *Mirror Therapy* dikarenakan pada pasien stroke akan mengalami gangguan mobilitas fisik yang jika tidak dilakukan penanganan akan menyebabkan abnormalitas tonus otot, kontraktur, kekuatan otot melemah sehingga mengurangi gerak sendi dan *activity daily living* akan terganggu, dengan demikian latihan *Mirror Therapy* diharapkan dapat meningkatkan status fungsional pada sensori motorik. Latihan *Mirror Therapy* dapat meningkatkan kekuatan otot dikarenakan intervensi yang diberikan yaitu berbagai macam gerakan yang merupakan salah satu upaya rehabilitasi pasien stroke. Pemberian *Mirror Therapy* pada Ny. T diharapkan dapat meningkatkan kekuatan otot, mekanisme *Mirror Therapy* yang mengandalkan imajinasi atau pembayangan motorik pada pasien diharapkan dapat mengaktifkan kembali koneksi saraf-saraf yang mengalami kerusakan, mengembangkan koneksi saraf yang baru, dan regenerasi akson-akson sehingga korteks sensorimotor mengalami perubahan dan fungsi motorik sensorik pasien dapat meningkat (Hosseini, 2019).

Pada Ny.T tidak terjadi perubahan kekuatan otot setelah dilakukan penerapan *Mirror Therapy* selama 4 hari dengan frekuensi 1x dalam sehari selama 15-30 menit. Pada awal pengkajian, Ny.T merasa kebas dan lemas sehingga kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki, kekuatan otot ekstremitas kanan klien 3/2, namun setelah dilakukan mirror therapy 4x30 menit dalam 4 hari, Ny.T masih belum mengalami peningkatan kekuatan otot. Latihan *Mirror Therapy* lebih efektif dilakukan pada hari keempat implementasi, hal ini ditandai dengan tangan dan kaki pasien yang mengalami kelemahan sudah mampu digerakkan meskipun masih dibantu dengan orang lain ataupun dengan ekstremitas bagian kirinya, hal ini dapat

terjadi karena pasien sangat antusias dalam melakukan latihan dan keluarga memberikan dukungan motivasi kepada pasien.

Berdasarkan hasil telaah beberapa jurnal bahwa Terapi cermin dapat menjadi intervensi terapeutik alternative yang menggunakan interaksi input visriomotor proprioception untuk meningkatkan kinerja gerakan anggota tubuh yang terganggu. Pasien yang memiliki kelumpuhan berat sering tidak menyukai pendekatan pengobatan yang berfokus pada pemulihan sisi parental, dan sebaliknya terapi cermin yang menggunakan sisi non-paretic dinilai memiliki potensi yang lebih baik (Rofina Laus et al., 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Setiyawan et al., (2019) dengan judul "Pengaruh *Mirror Therapy* terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien Stroke di RSUD dr. Moewardi" membuktikan mirror therapy efektif meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas, karena dengan tindakan membayangkan gerakan yang akan mengaktifkan area otak untuk mengontrol gerakan yaitu korteks premotor, korteks motor primer, dan lobus parietal. Melihat rangsangan pada cermin dapat menyebabkan penjaralan sensasi terhadap pergerakan anggota tubuh yang mengalami kelemahan otot. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Robinson et al., (2023) dengan judul "Pengaruh *Mirror Therapy* terhadap Uji Kekuatan Otot pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Curup Tahun 2022" menunjukan bahwa *Mirror Therapy* merupakan latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan imajinasi motorik pasien dimana cermin akan memberikan stimulus visual kepada otak saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan tubuh yang hemiparesis.

Berdasarkan hasil telaah beberapa jurnal didapatkan hasil bahwa Mirror Therapy efektif dilaksanakan selama 15-60 menit dengan 3-5 hari dalam 2-6 minggu dengan syarat kekuatan otot minimal 2 dan tingkat ambulasi fungsional antara 3-5 pada ekstremitas bawah. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Setyawan et al.,(2019) dengan judul "Pengaruh Mirror Therapy terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien Stroke di RSUD dr. Moewardi" membuktikan mirror therapy efektif meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas, karena dengan tindakan membayangkan gerakan yang akan mengaktifkan area otak untuk mengontrol gerakan yaitu korteks premotor, korteks motor primer, dan lobus parietal. Melihat rangsangan pada cermin dapat menyebabkan penyaluran sensasi terhadap pergerakan anggota tubuh yang mengalami kelemahan otot. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Robinson et al., (2023) dengan judul "Pengaruh *Mirror Therapy* terhadap Uji Kekuatan Otot pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Curup Tahun 2022" menunjukkan bahwa *Mirror Therapy* merupakan latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan imajinasi motorik pasien dimana cermin akan memberikan stimulus visual kepada otak saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan tubuh yang hemiparesis.

Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh Istianah (2020) dengan judul "Efektifitas *Mirror Therapy* terhadap kekuatan otot dan status fungsional pasien stroke non hemoragik" menyatakan latihan *Mirror Therapy* yang dikombinasikan dengan beberapa gerakan ROM lalu dilakukan secara rutin dan kesungguhan selama latihan terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot dan status fungsional

pasien stroke. Sejalan pula dengan penelitian Jan et al., (2019) menunjukkan bahwa latihan *Mirror Therapy* yang kemudian melakukan gerakan fleksi, ekstensi, supinasi dan pronasi dengan memegang objek memiliki perbedaan yang signifikan diantara kedua nilai rata-rata pra perawatan dan pasca perawatan dari fungsi lengan atas, fungsi tangan dan gerak maju kegiatan tangan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fernandez-Solana et al., (2024) bahwa pemberian *Mirror Therapy* memberi perubahan pada neuroplastistas untuk pemulihan fungsi motorik, meningkatkan aktivasi di korteks premotor dan prefrontal dorsolateral.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mirela et al., (2015) menunjukan hasil terjadinya peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparesis, responden melakukan latihan selama 30 menit perhari dengan gerakan ekstensi Siku, bahu, dan pergelangan tangan serta jari, supinasi pronasi lengan bawah yang hemiparesis di depan cermin. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Hsieh et al., (2020) kepada 21 pasien yang berada didalam fase subakut stroke iskemik melakukan *Mirror Therapy* selama 10-30 menit, ada perbedaan yang signifikan pada berbagai aspek rehabilitasi.

Selain itu juga peneliti memberikan intervensi Latihan Vokal A I U E O, Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Farhan, 2018) Latihan motorik yang dilakukan saat latihan vokal dapat menghasilkan tekanan yang memberikan stimulus pada batang otak sebagai respon sensori, kemudian respon dikirim melalui saraf-saraf kranial yang berperan untuk mengatur aktifitas otot-otot mengunyah dan menelan. Fungsi menelan yang terganggu akibat kelemahan otot dapat kembali berfungsi jika dilakukan latihan secara rutin. Latihan motorik pada otot wajah

dan lidah tersebut salah satunya dapat dilakukan melalui latihan vokal dengan menyebutkan huruf A, I, U, E, O. Latihan vokal berpengaruh pada proses menelan karena kontrol persarafan pada proses menelan melibatkan saraf kranial ke V, VII, IX, X, dan XII yang juga berfungsi saat proses berbicara. Latihan vokal dapat mengoptimalkan saraf-saraf yang kemampuan mengalami penurunan fungsi menjadi berfungsi kembali dengan baik.

Berdasarkan telaah jurnal dan studi kasus yang dilakukan selama 4 hari, diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi *Mirror Therapy* selama periode tersebut mampu memenuhi ekspektasi dan kriteria hasil yang ditetapkan dalam penanganan pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark melalui Pemberian Intervensi *Mirror Therapy* di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat mulai dari tanggal 21 April 2025 s.d. 24 April 2025 sesai dengan tahap proses keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek, bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya ilmiah. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. T dengan Stroke Infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. T yaitu klien mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. T dengan Stroke Infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat, adapun diagnosa yang muncul pada Ny. T yaitu sebanyak 4 diagnosa keperawatan.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. T dengan Stroke Infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan

pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Stroke Infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada pasien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. T dengan stroke stroke infrak di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, dengan melihat perkembangan pasien dengan respon pasien 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 salah satu diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik dengan *Mirror Therapy*.

4.2 Saran

Berdasarkan hambatan yang dialami penulis dalam melakukan proses asuhan keperawatan pada Ny.T, penulis memberikan beberapa saran untuk dijadikan bahan pertimbangan yang mungkin dapat berguna untuk peningkatan pelayanan mutu pelayanan keperawatan di masa mendatang, saran yang dapat penulis kemukakan, yaitu kepada:

1. Pelayanan Kesehatan

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai inovasi baru dan memberikan tambahan dalam memberikan asuhan keperawatan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang penanganan Gangguan mobilitas Fisik melalui pemberian intervensi *Mirror Therapy*.

2. Institut Perguruan Tinggi

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

3. Keluarga dan pasien

Diharapkan Pasien rutin melakukan latihan fisik ringan seperti latihan dengan terapi cermin dan mobilisasi sesuai kemampuan, mengonsumsi obat secara teratur, serta menjaga pola makan rendah garam dan lemak. Keluarga diharapkan selalu memberikan dukungan moral, membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari, mendampingi saat latihan, serta rutin membawa pasien kontrol ke rumah sakit untuk memantau kondisi kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryati, D. (2021). *Penerapan Mirror Therapy Untuk Kekuatan Otot Lansia Dengan Stroke Non Hemoragik Di Keluarga Karya Tulis Ilmiah Halaman Judul*. 1–5.
- Evelyn, O., Post, P., & Literature, S. (2021). *Evelyn Et Al.*, 2021. 2(4).
- Farhan, Z. (2018). Pengaruh Latihan Vokal terhadap Perubahan Kemampuan Menelan pada Pasien Stroke Infark di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut Tahun 2015. *Jurnal Soshum Insentif*, 43–55. <https://doi.org/10.36787/jsi.v1i1.33>
- Fernández-Solana, J., Álvarez-Pardo, S., Moreno-Villanueva, A., Santamaría-Peláez, M., González-Bernal, J. J., Vélez-Santamaría, R., & González-Santos, J. (2024). Efficacy of a Rehabilitation Program Using Mirror Therapy and Cognitive Therapeutic Exercise on Upper Limb Functionality in Patients with Acute Stroke. *Healthcare (Switzerland)*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare12050569>
- Gergely, S. (2024). Penerapan mirror therapy pada asuhan keperawatan gerontik klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Klatak Banyuwangi 2024. *Community Health Nursing Journal*, February, 4–6. <https://cmhn.pubmedia.id/index.php/cmhn/index%0APENERAPAN>
- Herman, A., Thalib, S., Dimara, H., & Artikel, R. (2021). Efektifitas Mirror Therapy Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Post Stroke : Literature Review Informasi Artikel: a B S T R a K. *Jurnal IMJ: Indonesia Midwifery Journal*, 5(1), 11–15. <https://scholar.google.com>
- Hertuida Clara. (2018). Penerapan Teori Self-Care Orem Pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Osteoarthritis Genu Bilateral. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 2(1), 1–19. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v2i1.30>
- Islam, M. S. A. D., Yuswandi, Y., Ropei, O., & Badrujamaludin, A. (2024). Pengaruh mirror therapy terhadap pemenuhan activity daily living (ADL) pada lansia penderita stroke. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(2), 218–224. <https://doi.org/10.33024/hjk.v18i2.247>
- Luluk Cahyanti. (2022). Terapi Cermin Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(3), 219–231. <https://doi.org/10.55606/klinik.v1i3.2333>
- Pirowska, A. (2013). Mirror therapy. *Rehabilitacja Medyczna*, 17(4), 37–48.
- Robinson, D. P., Pansori, H. M., & Hermiati, D. (2023). 287-295++maret+koloni+23+(Autosaved) (1). 2(1), 287–295.
- Rofina Laus, Wida, A. S. W. D., & Adesta, R. O. (2019). Pengaruh Terapi Cermin Terhadap Kekuatan Otot Pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat Stroke di Ruang Perawatan Interna RSUD dr. T.C.Hillers Maumere. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, VI(2), 1–10.
- Sari, F. M., Hasanah, U., & Dewi, N. R. (2023). Application of Mirror Therapy To

- Upper Extremity Muscle Strength in Non-Hemorrhagic Stroke Patients in the Nervous Room of General Hospital RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(3), 337–346. <https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/477/311>
- Setiyawan, S., Nurlely, P. S., & Harti, A. S. (2019). PENGARUH MIRROR THERAPY TERHADAP KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS PADA PASIEN STROKE DI RSUD dr. MOEWARDI. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama)*, 6(2), 49. <https://doi.org/10.31596/jkm.v6i2.296>
- Syahreza, F. N., Sabrina, P. N., & Ramadhan, E. (2024). *PREDIKSI PENYAKIT STROKE MENGGUNAKAN METODE K-NEAREST NEIGBORS DAN INFORMATION GAIN*. 8(6), 11354–11359.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tuti Suryani, Sudirman, N. H. (2023). Pena nursing. *Pena Nursing*, 1(2), 40–47.
- Valentina, N. W., Utami², I. T., Fitri³, N. L., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022). Di Kota Metro the Application of “Mirror Therapy” To Changes in Muscle Strength and Range of Motion in Stroke Non Hemoragic Patients With Hemiparase in Metro City. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(2).
- WHO(2020). Definition of Stroke. [https://www. publichealth.com.ng/ world-health-organization-who-definition-of-stroke](https://www.publichealth.com.ng/world-health-organization-who-definition-of-stroke) – Diakses Juli 2022.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1

PROSEDUR MELAKUKAN *MIRROR THERAPY*

Cara kerja dari prosedur tindakan *Mirror Therapy* dilakukan dengan cara:

1. Mengatur posisi tubuh klien sewaktu melakukan latihan, seperti: posisi duduk atau setengah duduk
2. Pasien duduk di depan kotak cermin yang ditempatkan di bidang midsagital.
3. Bagian tubuh pasien yang mengalami gangguan ditempatkan di dalam kotak cermin, dan sisi bagian tubuh yang lainnya yang tidak terpengaruh berada di depan cermin.
4. Pasien diinstruksikan untuk melihat cermin refleksi dari gerakan yang dilakukan oleh bagian tubuh yang tidak terpengaruh dengan hati-hati dan membayangkan gerakan itu dilakukan oleh tangan yang mengalami gangguan.
5. Pasien juga didorong untuk menggerakkan bagian tubuh yang terkena sebanyak mereka bisa. Dalam pelaksanaan mirror therapy, kegiatan pengobatan juga berisi latihan *Range of Motion* (ROM) (10-15 menit), dan melatih *Mirror Therapy* (15-30 menit) (Mirela et al., 2015).

Lampiran 2**LEMBAR RESPONDEN*****(informed Consent)***

Dengan mendatangi lembar ini, saya:

Nama :

Usia :

Alamat :

Dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “**Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.T Dengan Gangguan Sistem Persarafan: Stroke Infark Dengan Penerapan Intervensi *Mirror Therapy* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di Ruang Abdurahman Bin Auf Ii Rsud Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat**” yang dilakukan oleh Rianti Rizkan Safari NIM: KHGD24008 mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sebenarbenarnya dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Atas perhatian dan kepercayaan saya ucapkan terima kasih.

Garut, Agustus 2025

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

LEMBAR BIMBINGAN

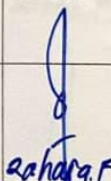
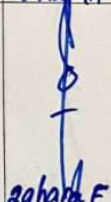
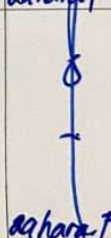
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

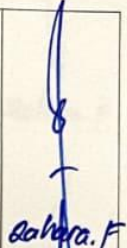
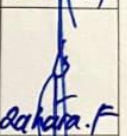
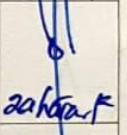
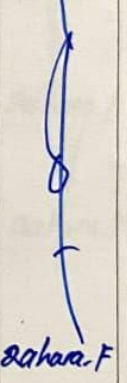
NAMA : RIANTI RIZKAN SAFARI

NIM : KHGD24008

PEMBIMBINH : H.ZAHARA FARHAN, S.Kep., Ners., M.Kep

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN: STROKE INFARK DENGAN PENERAPAN INTERVENSI *MIRROR THERAPY* TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF II RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Ttd
	Masuk				
1	16 Mei 2025		Judul KIAN	1) Susun bab 1, 2 dan 3	
2.	07 Juli 2025		Bab I dan II	1) Tambahkan justifikasi penulis dalam penulisan EBP pada latar belakang 2) Perbaiki penulisan Bab I dan Bab II. 3) Tambahkan/fokuskan penjelasan teori konsep dasar askep sesuai kasus. 4) Mulai susun Bab III.	
3.	11 Juli 2025		Bab I dan II	1) Perbaiki teknik penulisan penomoral Bab I dan Bab II. 2) Perbaiki tata urutan paragraph dan latar belakang. 3) Perbaiki teknik penggunaan sumber. 4) Perbaiki teknik pembuatan table.	

				5) Tambahkan urutan penjelasan mirror therapy 6) Uraikan dan jelaskan hasil analisis dari setiap artikel yang di jadikan EBP 7) Penentuan etiologi harus mengacu kecapa analisa sistem	
4.	16 Juli 2025		Bab I dan II	1) Perbaiki tata urutan paragraph Bab I dan Bab II 2) Perbaiki pembuatan table	
5.	24 Juli 2025		Bab I dan II	1) Bab I Acc 2) Bab II Acc 3) Lanjut Bab III	
6.	11 Agustus 2025		Bab III	1) Perbaiki teknik penulisan Bab III 2) Lengkapi data riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik 3) Data pemeriksaan fisik dibuat naratif berdasarkan urutan Langkah pengkajian 4) Data pengkajian fisik semuanya harus data objektif 5) Buat terpisah data psikologis social dan spiritual 6) Redaksi kalimat intervensi harus lebih operasional 7) Penentuan tujuan dan kriteria hasil harus mengacu kepada ketentuan masalah 8) Penentuan etiologi harus mengacu kepada analisis system 9) Semua data abnormal	

				hasil pengkajian harus masuk dalam Analisa data	8 sahara.F
7.	20 Agustus 2025		Bab III	1) Perjelas mekanisme terjadinya masalah dalam system (patofisiologi) 2) Perbaiki penentuan waktu dalam pencapaian tindakan harus rasional 3) Tambahkan justifikasi penentuan masalah pada resiko jatuh 4) Fokuskan intervensi sesuai dengan masalah yang ingin diatasi 5) Susun abstrak dan bab IV 6) Susun draft KIA	8 sahara.F
8	22 Agustus 2025		Draf KIAN	1) Perbaiki abstrak 2) Perbaiki spasi 3) Lengkapi laporan draf	8 sahara.F
9.	02/09/25	02/09/25	Draf lengkap	Acc urian Endang KIAN	8 sahara.F

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Data Diri

Nama	: Rianti Rizkan Safari
Nim	: KHGC20117
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 17 Februari 2002
Agama	: Islam
Alamat Rumah	: Kp.Kelewih, Desa Sukamukti, Cisompet
No Hp	: 082260131408
Email	: riantirizkan552@gmail.com

2. Riwayat Pendidikan

2008-2014	: SDN SUKAMUKTI 03
2014-2017	: SMPN 1 CISOMPET
2017-2020	: SMAN 22 GARUT
Perguruan Tinggi S1 2020-2024:	STIKes Karsa Husada Garut
Pendidikan Profesi Ners 2024-2025	: STIKes Karsa Husada Garut

