

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN STROKE
INFARK DENGAN INTERVENSI LATIHAN
RANGE OF MOTION PASIF DI RUANG ABURAHMAN BIN AUF II
RSUD AL – IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

AI ANGGRAENI

KHGD24035



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

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y
DENGAN STROKE INFARK DENGAN INTERVENSI
LATIHAN *RANGE OF MOTION* PASIF DI RUANG
ABURAHMAN BIN AUF II RSUD AL – IHSAN PROVINSI
JAWA BARAT

NAMA : AI ANGGRAENI

NIM : KHGD24035

KARYA ILMIAH AKHIR – NERS

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

Garut, Agustus 2025

**Menyetujui,
Pembimbing Utama**



Wahyudin, S.Kp., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y
DENGAN STROKE INFARK DENGAN INTERVENSI
LATIHAN *RANGE OF MOTION* PASIF DI RUANG
ABURAHMAN BIN AUF II RSUD AL – IHSAN PROVINSI
JAWA BARAT

NAMA : AI ANGGRAENI

NIM : KHGD24035

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

KIA-Ners ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Profram Studi Profesi

Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



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



Tantri Puspita, S.Kep.,Ns.,MNS

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y DENGAN STROKE INFARK DENGAN INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION* PASIF DI RUANG ABURAHMAN BIN AUF II RSUD AL – IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

AI ANGGRAENI, S.Kep

KHGD24035

IV BAB + 175 halaman + 20 Tabel + 1 Bagan + 3 Lampiran

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization*, 2020). Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian di otak tidak mendapat pasokan oksigen. Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan terapi *Range Of Motion* sebagai intervensi pada pasien stroke infark terhadap gangguan mobilitas fisik. Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien stroke infark yang diberikan terapi *Range Of Motion*. Hasil studi kasus pada pasien stroke infark dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat terbukti dengan melakukan terapi *Range Of Motion* pasien terdapat perubahan. Maka dari itu, terapi *Range Of Motion* sudah terbukti secara empiris sebagai intervensi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi *Range Of Motion* terhadap gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.

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

Sumber : 27 Sumber

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MR. Y WITH INFARCTION STROKE WITH PASSIVE RANGE OF MOTION EXERCISE INTERVENTION IN ABURAHMAN BIN AUF II ROOM, AL-IHSAN HOSPITAL, PROVINCE JAWA BARAT

AI ANGGRAENI, S.Kep

KHGD24035

IV Chapter + 175 pages + 20 Tables + 1 Chart + 3 Appendices

Stroke is a health problem that continues to be a global concern. Stroke is the second leading cause of death and the third leading cause of disability worldwide (World Health Organization, 2020). Stroke occurs when a blood vessel in the brain ruptures or becomes blocked, disrupting blood flow and depriving parts of the brain of oxygen. This case study aims to provide an overview of the application of Range of Motion therapy as an intervention for impaired physical mobility in patients with stroke and infarction. The method used was a descriptive case study, involving anamnesis, observation, physical examination, and medical records. Participants in this study were stroke and infarction patients who received Range of Motion therapy. The results of this case study on stroke and infarction patients with nursing problems related to impaired physical mobility demonstrated that Range of Motion therapy resulted in improvements in the patient's performance. Therefore, Range of Motion therapy has been empirically proven as an intervention for impaired physical mobility in stroke and infarction patients in the Aburahman Bin Auf II Ward, Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province. Therefore, it can be concluded that Range of Motion therapy has an effect on physical mobility impairment in stroke and infarction patients in the Aburahman Bin Auf II Ward at Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province.

Keywords : Physical mobility, Range of Motion, Stroke and Infarction.

Source : 27 Sources

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya ilmiah akhir Ners saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari STIKES Karsa Husada Garut.
2. Karya ilmiah akhir Ners ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya ilmiah akhir Ners ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dan di cantumkan 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 berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2025

Yang membuat pernyataan

AI ANGGRAENI, S.Kep

KHGD24035

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Stroke Infark Dan Intervensi Latihan *Range Of Motion* Pasif di Ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

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

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

5. Bapak Wahyudin, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.
6. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M,Kep selaku penguji I yang telah memberikan arahan dan masukan bagi penyusun.
7. Ibu Tantri Puspita, S.Kep.,Ns.,MNS selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan bagi penyusun.
8. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mangharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Agustus 2025

Penulis,

AI ANGGRAENI, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
ABSTRACT	iv
LEMBAR PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan Studi Kasus.....	5
1.3. Manfaat Studi Kasus.....	6
1.4. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Dasar Stroke	
2.1.1. Definisi Stroke	8
2.1.2. Etiologi Stroke	9
2.1.3. Faktor Resiko Stroke.....	10
2.1.4. Klasifikasi Stroke	13

2.1.5. Manifestasi Klinis Stroke.....	15
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.7. Patofisiologi	17
2.1.8. <i>Pathway</i> Stroke Infark	19
2.1.9. Penatalaksanaan Keperawatan	20
2.1.10. Komplikasi	23
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik	
2.2.1. Pengkajian.....	24
2.2.2. Analisa Data	33
2.2.3. Diagnosis Keperawatan.....	38
2.2.4. Intervensi keperawatan.....	40
2.2.5. Implementasi Keperawatan.....	59
2.2.6. Evaluasi Keperawatan.....	59
2.3. Konsep <i>Range Of Motion</i> (ROM)	
2.3.1. Pengertian <i>Range Of Motion</i> (ROM).....	60
2.3.2. Tujuan <i>Range Of Motion</i> (ROM).....	61
2.3.3. Manfaat <i>Range Of Motion</i> (ROM).....	62
2.3.4. Indikasi Umum.....	62
2.3.5. Kontraindikasi Umum.....	63
2.3.6. Prinsip Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	64
2.3.7. Tahapan Gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	64
2.4. Evidence Based Practice (EBP)	
2.4.1. Pengaruh <i>Range Of Motion</i> (ROM) Pada Penyakit Stroke.....	67

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian.....	72
3.1.2. Analisa Data	89
3.1.3. Diagnosis Keperawatan.....	93
3.1.4. Intervensi Keperawatan.....	96
3.1.5. Implementasi Keperawatan.....	105
3.1.5. Evaluasi keperawatan.....	105
3.1.7. Catatan Perkembangan.....	126

3.2. Pembahasan

3.2.1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan.....	130
3.2.2. Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	146

BAB IV PENUTUP

4.1. Kesimpulan.....	149
4.2. Saran.....	151

DAFTAR PUSTAKA.....	152
----------------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Pemeriksaan Saraf Kranial	28
Tabel 2.2. Nilai Kekuatan Otot.....	30
Tabel 2.3. Analisa Data.....	33
Tabel 2.4. Intervensi Keperawatan	40
Tabel 2.5. Gerakan <i>Range Of Motion</i> (ROM)	64
Tabel 2.6. Jurnal Terkait	70
Tabel 3.1. Skala Intensitas Numerik.....	76
Tabel 3.2. Pola Makan dan Minum	80
Tabel 3.3. Pola Eliminasi.....	81
Tabel 3.4. Pola Aktivitas Sehari – hari	82
Tabel 3.5. Pola Istirahat Tidur	82
Tabel 3.6. Sistem Persyarafan.....	84
Tabel 3.7. Pemeriksaan laboratorium	86
Tabel 3.8. Pemeriksaan Radiologis.....	87
Tabel 3.9. Terapi Farmakologi.....	88
Tabel 3.10. Analisa Data.....	89
Tabel 3.11. Intervensi Keperawatan	96
Tabel 3.12. Implementasi Keperawatan	105
Tabel 3.12. Evaluasi Keperawatan	105
Tabel 3.13. Catatan Perkembangan	126

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Bagan <i>Pathway</i> Stroke Infark	19
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Dokumentasi
- Lampiran 2 : SOP *Range Of Motion* (ROM)
- Lampiran 3 : Lembar Bimbingan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia, penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization*, 2020). Stroke menurut *World Health Organization* adalah suatu kondisi serius yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu, gangguan ini bisa terjadi karena pembuluh darah di otak tersumbat atau pembuluh darah di otak pecah akibatnya, bagian otak yang terkena tidak mendapatkan cukup oksigen dan nutrisi, sehingga sel – sel otak mulai rusak atau mati. Stroke juga bisa menyebabkan kelemahan pada bagian tubuh tertentu, sulit bicara, kehilangan kesadaran, bahkan bisa menyebabkan kematian dengan gejalanya bisa berlangsung lebih dari 24 jam dan penyebabnya berasal dari masalah pembuluh darah otak, bukan karena penyakit lainnya (Kemenkes RI, 2019).

Data *World Stroke Organization* tahun 2022, terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184. Dari tahun 1990-2019, terjadi peningkatan insiden stroke sebanyak 70%, angka mortalitas sebanyak 43%, dan angka

morbiditas sebanyak 143% di negara yang berpendapatan rendah dan menengah ke bawah (Zhao et al. 2025).

Indonesia menempati peringkat ke-97 dunia untuk jumlah penderita stroke terbanyak dengan jumlah angka kematian mencapai 138.268 orang atau 9,7% dari total kematian yang terjadi (Yuzianti & Rahayu, 2018). Data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC), Indonesia merupakan negara di Asia Tenggara dengan angka kematian stroke terbesar, kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura dan Brunei.

Berdasarkan data Stroke di Indonesia program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2021). Berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9% (Belakang 2022).

Angka kejadian stroke di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2018 sebesar 11,4% atau sekitar 52.511 jiwa. Penderita stroke di Jawa Barat sebanyak 26.448 orang laki-laki dan 26.063 orang perempuan. Mayoritas penduduk yang tinggal di perkotaan adalah 12,11% atau 38.919 jiwa, sedangkan di pedesaan 9,49% atau 13.592 jiwa (Riskedas, 2019). Sedangkan di Rumah Sakit Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat kasus stroke dari tahun 2020 – 2024 sebanyak 214.569 jiwa (Rekam Medik Rumah Sakit Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat).

Stroke merupakan kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patolois dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Bella, Inayati, and Immawati 2021). Stroke secara luas diklasifikasikan menjadi stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili 71% dari semua stroke secara global. Stroke hemoragik adalah perdarahan pada otak akibat pecahnya pembuluh darah (Beno, Silen, and Yanti 2022).

Masalah yang sering terjadi pada pasien stroke adalah gangguan mobilitas fisik (Andriani et al. 2022). Gangguan mobilitas fisik merupakan ketidakmampuan untuk melakukan atau mengendalikan gerakan tubuh secara efektif, yang dapat mempengaruhi kemampuan untuk bergerak, duduk, berdiri, berjalan, atau melakukan aktivitas sehari-hari lainnya (PPNI, 2017). Salah satu jenis latihan rehabilitasi yang dianggap efektif untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke adalah latihan *Range Of Motion* (ROM). Terdapat dua jenis ROM yaitu ROM aktif dan ROM pasif, ROM aktif yaitu menggerakkan sendi dengan menggunakan otot tanpa bantuan, sementara ROM pasif perawat menggerakkan sendi pasien (Purba et al. 2022). Latihan ROM merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot (Muhammad Aldo Aditama and Ummu Muntamah 2024).

Berdasarkan penelitian dari (Rafiudin, Utami, dan Fitri 2024) “Penerapan *Range Of Motion* (Rom) Aktif *Cylindrical Grip* Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik” menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan ROM aktif *Cylindrical Grip* 2 kali sehari selama 7 hari dengan waktu 10 menit, terjadi peningkatan kekuatan otot pada kedua subyek penerapan, dimana kekuatan otot subyek I dari 16.2 kg menjadi 19.0 kg dan pada subyek II dari kekuatan otot 29.5 kg menjadi 34.5 kg. ROM aktif yang dilakukan secara rutin mampu meningkatkan kekuatan otot.

Berdasarkan penelitian dari (Sholihah dan Aktifah 2021) “Penerapan Latihan ROM Aktif Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Bawah Pada Lansia Pasca Stroke” Hasil studi kasus ini sebelum dilakukan ROM aktif pada klien I mengalami penurunan kekuatan otot dengan presentase 25 derajat 2 dan klien II mengalami penurunan kekuatan otot dengan presentase 25 derajat 2. Setelah dilakukan ROM aktif terjadi peningkatan kekuatan otot pada klien I dengan presentase 75 derajat 4 dan pada klien II dengan presentase 50 derajat 3. Kesimpulan dari kasus ini dapat disimpulkan bahwa penerapan latihan *Range Of Motion* (ROM) aktif dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas bawah pada lansia pasca stroke.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM) Pasif Sebagai Intervensi

Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana asuhan keperawatan dengan kasus analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Tn. Y dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM Pasif) Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.2.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.

5. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II RSUD Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat.
6. Menganalisa *Evidence Based Practice* terkait Penerapan Latihan *Range Of Motion* pada pasien stroke.
7. Melakukan dokumentasi pengkajian *Range Of Motion* pasif pada Tn.Y

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Penulis

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

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

1.3.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

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

1.4. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga serta dari status/rekam medis klien selama sakit. Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut :

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

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

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

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke terjadi ketika aliran darah ke otak terhambat atau terputus karena penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Hal ini dapat menyebabkan sel atau jaringan otak tidak menerima pasokan darah yang membawa oksigen yang dibutuhkan, sehingga menyebabkan kerusakan pada sel atau jaringan tersebut (Kemenkes, 2018 dalam Muhammad Aldo Aditama dan Ummu Muntamah, 2024).

Stroke adalah kondisi dimana hilangnya fungsi neurologis secara cepat akibat adanya gangguan perpusi pada pembuluh darah pada otak. Stroke memiliki dua klasifikasi diantaranya, stroke non hemoragik terjadi iskemia pada jaringan otak akibat dari sumbatan atau penurunan aliran darah dan oksigen ke otak bahkan stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum hampir 88% pasien menderita stroke iskemik atau stroke non hemoragik sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (Kristina, 2024).

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang sehingga otak kekurangan suplai darah yang terjadi secara cepat dan mendadak tanpa kesadaran. Apabila otak secara terus menerus kekurangan suplai darah maka akan terjadi kematian pada individu. Gejala awal stroke umumnya kelumpuhan, kelemahan, hilangnya sensasi di

wajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau memahami, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi (Pratama, 2024).

Berdasarkan dari beberapa pengertian stroke diatas dapat di simpulkan bahwa Stroke adalah hilangnya fungsi neurologis secara tiba-tiba akibat gangguan aliran darah ke otak, yang dapat disebabkan oleh penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Kondisi ini menyebabkan kerusakan jaringan otak karena kekurangan oksigen, dengan gejala awal seperti kelumpuhan, gangguan bicara, dan kehilangan sensasi di satu sisi tubuh.

2.1.2. Etiologi Stroke

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

a. Trombosis Serebral

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

b. Hemoragik (Perdarahan)

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

c. Hipoksia Umum

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

d. Hipoksia Setempat

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

2.1.3. Faktor Resiko Stroke

- a. Berdasarkan Amira, (2020), faktor lain yang terkait dengan resiko stroke, termasuk :

1) Keturunan

Resiko stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga stroke. Seseorang dengan riwayat keluarga stroke lebih cenderung

menderita diabetes dan hipertensi hal ini mendukung hipotesa bahwa peningkatan kejadian stroke akibat diturunkannya faktor resiko stroke.

2) Jenis kelamin

Menurut studi kasus yang ditemukan laki – laki lebih beresiko terkena stroke tiga kali lipat dibanding dengan wanita, namun menurut laporan *American Heart Association Subcommittee* menyebutkan bahwa kematian akibat stroke lebih banyak di jumpai pada wanita di bandingkan dengan laki – laki.

3) Umur

Mayoritas stroke menyerang semua orang berusia diatas 50 tahun. Namun, dengan pola makan dan jenis makanan yang ada sekarang ini tidak menutup kemungkinan stroke juga bisa menyerang yang berusia muda.

b. Berdasarkan Gopar, (2021), faktor resiko stroke kompleks dan didasari oleh berbagai macam diantaranya:

1) Faktor Resiko Gaya Hidup

- a) Kelebihan berat badan atau obesitas pada orang yang mengalami obesitas terjadi gangguan pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke.
- b) Perokok akan terjadi penimbunan lemak pada dinding arteri koroner. Pembuluh darah nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

c) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin.

c. Faktor resiko medis

- 1) Hipertensi merupakan faktor resiko yang utama yang dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah sehingga menimbulkan pendarahan.
- 2) Penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.
- 3) Peningkatan kolesterol yang tinggi tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.
- 4) Penyakit Kardiovaskuler Misalnya embolisme serebral berasal dari hipertrofi jantung ventrikel kiri seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak meurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

2.1.4. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan Mutaqin, (2022), dibedakan menurut patologi dari serangan stroke meliputi :

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma kapitis, disebabkan karena pecahnya pembuluh darah arteri, vena, dan kapiler. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemorogik dibagi menjadi dua :

1) Perdarahan Intraserebral

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

2) Perdarahan Subaraknoid

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

b. Stroke Non hemoragik

Stroke hemoragik atau infark terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

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

2) Stroke involusi

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

3) Stroke komplit

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

2.1.5. Manifestasi Klinis Stroke

Gejala umum stroke iskemik antara lain mati rasa (paresthesia) dan kelumpuhan (hemiparesis) secara tiba-tiba. Ada kata istilah, yaitu FAST yang berarti cepat. FAST merupakan singkatan dari Face, Arm, Speech, dan Time. Jika ada tanda-tanda pada wajah (face), misalnya perot, pada lengan (arm) di mana ketika diangkat terdapat kelumpuhan sebelah, dan pada kemampuan bicara (speech) menjadi tidak jelas atau tidak memahami pembicaraan (Amira & Johan, 2024). Tanda stroke yang dialami pasien diantaranya adalah :

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

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan Gopar, (2021), Defeksi dini pelacakan etiologi dan faktor risiko stroke perdarahan dengan melakukan tindakan sebagai berikut:

a. Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

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

c. CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

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

e. EEG (*Electroencephalogram*)

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

f. Pemeriksaan Laporatorium

- 1) Lumbang fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (Xantokhrom), sewaktu hari pertama.
- 2) Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
- 3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
- 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.1.7. Patofisiologi

Berdasarkan Mutaqin, (2022), otak mempunyai kecepatan metabolisme yang tinggi, dengan berat hanya 2 % dari berat badan, menggunakan 20% oksigen total dari 20% darah yang beredar. Pada keadaan normal aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan oleh suatu mekanisme autoregulasi $\pm 58 \text{ ml/100 gr/menit}$ dengan mean arterial blood pressure (MABP) antara 50 160 mmHg. Jika terjadi perubahan tekanan $>160 \text{ mmHg}$ akan terjadi edema serebri, namun jika MABP.

Infark selebrasi adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor – faktor seperti lokasi dan

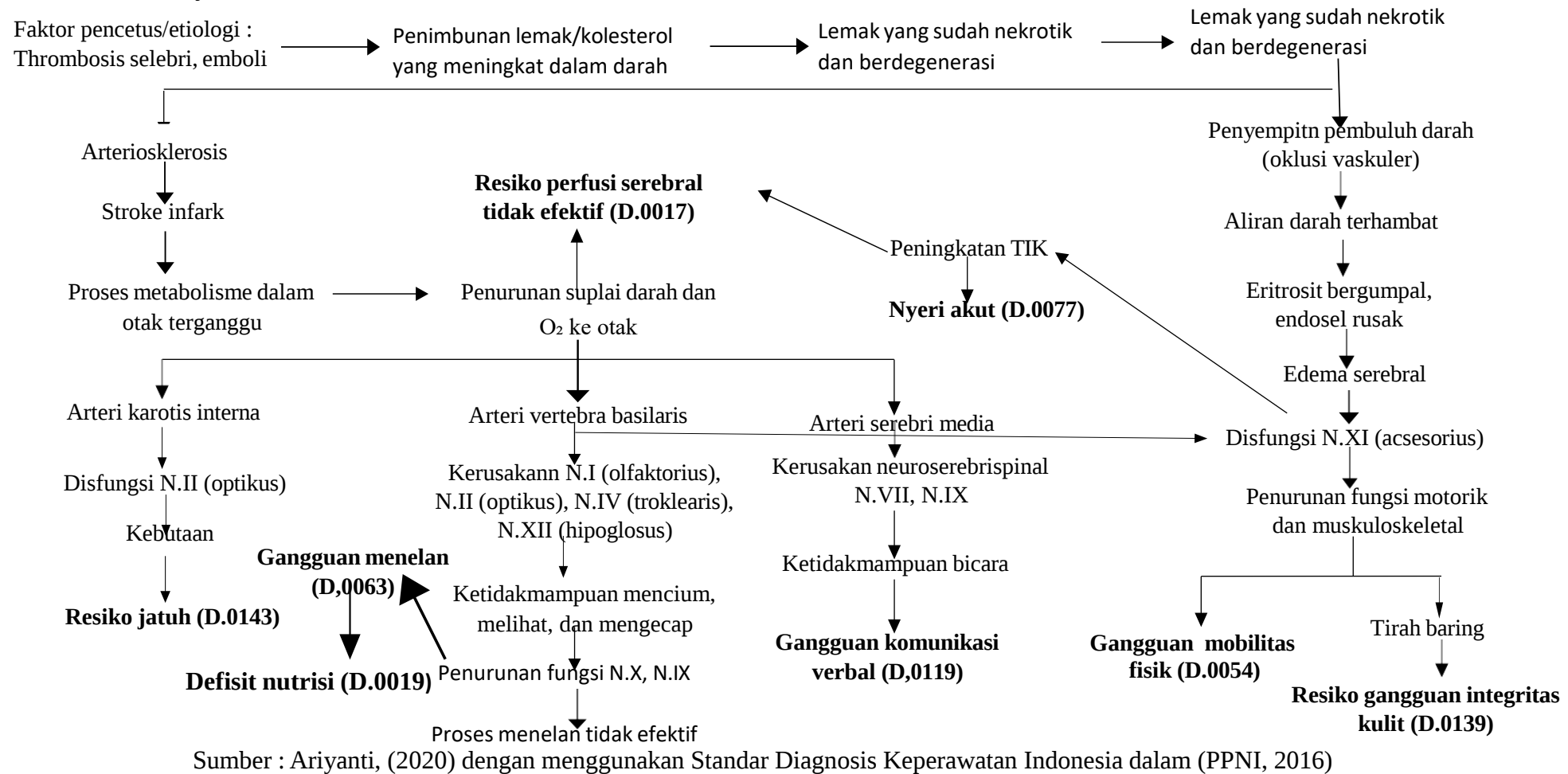
besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak aterosklerosis atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus dapat mengakibatkan :

1. Iskemia jaringan otak pada area yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan,
2. Edema dan kongesti di sekitar area.

Area edema ini mengakibatkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang – kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien memulai menunjukkan perbaikan. Karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

2.1.8. Pathway



2.1.9. Penatalaksanaan Keperawatan

Berdasarkan Susanti, (2021), penatalaksanaan yang dapat terjadi pada klien Stroke adalah sebagai berikut:

a. Fase akut

1) Hipoksia Serebral dan Menurunnya Aliran Darah Otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa otak karena adanya perdarahan atau edema otak, akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam nyawa.

3) Edema Serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema di jaringan otak.

4) Kejang

Merupakan respon tubuh akibat kerusakan struktur otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Kejang terjadi karena adanya aktivitas elektrik di otak yang berlebihan karena kelainan struktur otak dan sistem metabolik. Pada penderita stroke hemoragik bentuk kejang dapat berupa gerakan menyentak dan kaku, disertai perubahan kesadaran dan gangguan sensorik. Jika tidak segera ditangani maka akan menimbulkan kerusakan otak yang lebih lanjut (Harsono, 2023).

b. Fase paska akut :

- 1) Mengatur posisi kepala dan badan atas setinggi 20-30 derajat, posisi miring jika muntah dan boleh dilakukan mobilitas secara bertahap jika hemodinamik stabil.
- 2) Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal.
- 3) Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.

- 4) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
- 5) Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
- 6) Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
- 7) Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota gerakannya dan aktif dilakukan oleh pasien sendiri dengan sekuat kemampuannya.
- 8) Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
- 9) Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas :
 - (1) Posisi tidur datar dengan matras yang cukup kuat untuk menyokong tubuh.
 - (2) Menggunakan papan kaki untuk mencegah foot drop.
 - (3) Meletakkan satu bantal di aksila untuk mencegah adduksi bahu.
 - (4) Menggunakan rol trochanter untuk mencegah rotasi bahu.
 - (5) Jari-jari diposisikan agak fleksi dengan telapak tangan agak supinasi.
 - (6) Mengubah posisi latihan gerak

2.1.9. Komplikasi

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

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

mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)

2.2.1. Pengkajian

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

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosis medis.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien

c. Keluhan utama

Biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflek, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar dan biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, dan

mengalami gangguan mobilitas fisik serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

d. Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

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

2) Riwayat penyakit sekarang

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

3) Riwayat penyakit dahulu

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

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

5) Riwayat psikososial

Pengkajian psikologis pada klien stroke mencakup penilaian terhadap status emosi, kognitif, perilaku, dan mekanisme koping yang digunakan dalam menghadapi perubahan peran sosial dan keluarga, serta dampak psikologis seperti ketakutan akan kecacatan, kecemasan, rasa tidak mampu, gangguan citra tubuh, kesulitan komunikasi akibat gangguan bicara, perasaan tidak berdaya, mudah marah, tidak kooperatif, hambatan dalam memecahkan masalah karena gangguan berpikir, serta penurunan aktivitas spiritual akibat ketidakstabilan emosi dan kelemahan fisik.

e. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

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

2) Tanda – tanda vital

a) Tekanan darah

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

b) Nadi : biasanya nadi normal

c) Respirasi

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu : biasanya tidak ada masalah pada suhu tubuh

e) Sistem pernafasan

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

f) Sistem kardiovaskuler

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi.

g) Sistem persyarafan

Tabel 2.1 Pemeriksaan Saraf Kranial

Bagian Yang Dikaji	Hasil Pemeriksaan
Saraf I Olfaktorius	Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Pemeriksaan saraf kranial 1 untuk indra penciuman dengan bahan – bahan aromatik untuk di indetifikasi
Saraf II Optikus	Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
Saraf III Okulomotoris, dan IV Troklearis	Pemeriksaan dengan menggerakan bola mata dan otot mata
Saraf V Trigeminus	Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, biasanya didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah. Penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral dan kelumpuhan sisi otot-otot pterigoideus internus dan eksternus.
Saraf VI Abdusen	Pemeriksaan ini menyuruh pasien untuk mengikuti pergerakan jari pemeriksa ke segala arah
Saraf VII Fasialis	Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

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

h) Sistem muskuloskeletal

Biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)). Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari

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

Tabel 2.2 Nilai Kekuatan otot

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

i) Sistem integumen

Mengkaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik

j) 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

k) Sistem gastrointestinal

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

l) Sistem endokrin

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

2.2.2. Analisa Data

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

1) Bandingkan data dengan nilai normal

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

2) Penggompokan data

Mengelompokkan data-data klien yang signifikan atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya.

Mengelompokkan data dilakukan secara deduktif atau induktif. Induktif yaitu memilah data menjadi pola, sedangkan deduktif menggunakan kategori pola selanjutnya mengelompokkan data sesuai dengan kategori.

3) Identifikasi Masalah

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

Tabel 2.3. Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1.	Tidak Tersedia	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	DS: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓	Gangguan mobilitas fisik

		Eritrosit bergumpal, endotel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N.XI (aksesorius) ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
3.	DS: Tidak tersedia DO: - Tidak mampu berbicara atau mendengar - Menunjukkan respon tidak sesuai	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis serebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri serebri media ↓ Kerusakan neuroserebrispinal N.VII, N.IX ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan komunikasi verbal

4.	DS: - Mengeluh nyeri DO: - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endosel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N.XI (acsesorius) ↓ Peningkatan TIK ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
5.	DS: - Mengeluh sulit menelan DO: - Batuk sebelum menelan - Batuk setelah makan atau minum - Tersedak - Makanan tertinggal di rongga mulut	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓	Gangguan menelan

		Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri vertebra basilaris ↓ Kerusakan N.I (olfaktorius), N.II (optikus), N.IV (troklearis), N.XII (hipoglosus) ↓ Ketidakmampuan mencium, melihat, dan mengecap ↓ Penurunan fungsi N.X, N.IX ↓ Gangguan Menelan	
6.	DS: Tidak tersedia DO: - Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri vertebra basilaris ↓	Defisit nutrisi

		Kerusakan N.I (olfaktorius), N.II (optikus), N.IV (troklearis), N.XII (hipoglosus) ↓ Ketidakmampuan mencium, melihat, dan mengecap ↓ Penurunan fungsi N.X, N.IX ↓ Gangguan menelan ↓ Defisit Nutrisi	
7.	DS: - Tidak tersedia DO: - Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endosel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N.XI (acsesorius) ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Tirah baring ↓ Gangguan Integritas kulit	Gangguan integritas kulit

8.	Tidak Tersedia	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Arteriosklerosis ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Arteri karotis interna ↓ Disfungsi N.II (optikus) ↓ Resiko Jatuh	Resiko jatuh
----	----------------	--	--------------

2.2.3. Diagnosis Keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)

- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)
- g. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- h. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (SDKI D.0143)

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme	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 (mean arterial pressure/MAP)) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor CVP (central venous pressure) 4. Monitor PAWP, jika perlu 5. Monitor PAP, jika perlu 6. Monitor ICP (intra cranial pressure) 7. Monitor gelombang ICP	1. Agar bisa segera ditangani sesuai penyebab (misalnya karena cedera, infeksi, atau gangguan metabolik). 2. Mendeteksi gejala dini peningkatan TIK memungkinkan penanganan cepat untuk mencegah kerusakan otak lebih lanjut. 3. Menilai status cairan dan sirkulasi untuk mencegah overload cairan yang bisa memperburuk TIK. 4. Menilai tekanan vena pulmonal untuk mengetahui status volume sirkulasi dan fungsi jantung.

		8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output cairan 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari manuver valsava 14. Cegah terjadinya kejang 15. Hindari penggunaan PEEP 16. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 17. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 18. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 20. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	5. Mendeteksi perubahan tekanan arteri pulmonal yang dapat memengaruhi sirkulasi otak secara tidak langsung. 6. Pemantauan langsung tekanan dalam otak membantu evaluasi efektivitas terapi dan mencegah komplikasi. 7. Perubahan bentuk gelombang ICP dapat mengindikasikan peningkatan tekanan otak yang signifikan. 8. Hipoksia dan hiperkapnia dapat memperburuk TIK, sehingga fungsi pernapasan harus dipantau ketat. 9. Keseimbangan cairan penting untuk mencegah overhidrasi atau dehidrasi yang dapat memengaruhi TIK. 10. Perubahan pada cairan serebrospinal bisa mengindikasikan infeksi atau perdarahan yang meningkatkan TIK.
--	--	--	---

		21. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	11. Stimulasi berlebihan dapat meningkatkan aktivitas otak dan menambah tekanan intrakranial. 12. Memfasilitasi aliran balik vena dari otak dan menurunkan tekanan intrakranial. 13. Mengejan atau menahan napas meningkatkan tekanan vena intratorakal dan ICP. 14. Kejang meningkatkan konsumsi oksigen otak dan tekanan intrakranial secara drastis 15. PEEP tinggi meningkatkan tekanan intratorakal dan menghambat aliran darah vena dari otak. 16. Cairan hipotonik dapat menyebabkan edema serebral dan memperburuk TIK.
--	--	---	---

			17. Kadar CO₂ yang terlalu tinggi menyebabkan vasodilatasi otak dan peningkatan ICP. 18. Hipertermia meningkatkan metabolisme otak yang bisa memperparah peningkatan TIK. 19. Membantu mengurangi rangsangan dan mencegah kejang yang dapat meningkatkan ICP. 20. Mengurangi cairan di otak melalui efek osmotik untuk menurunkan tekanan intrakranial. 21. Mencegah mengejan keras saat defekasi yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial.
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Nyeri dapat menghambat mobilisasi, sehingga perlu dikenali dan diatasi terlebih dahulu.

	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM pasif) meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	2. Mengetahui batas kemampuan fisik pasien untuk mencegah kelelahan atau cedera 3. Untuk memastikan kondisi kardiovaskular stabil dan aman sebelum aktivitas. 4. Deteksi dini tanda-tanda kelelahan, pusing, atau penurunan kesadaran saat mobilisasi. 5. Membantu pasien bergerak dengan aman dan meningkatkan kemandirian. 6. Memberi dukungan fisik untuk mencegah jatuh dan meningkatkan rasa percaya diri. 7. Dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien dalam beraktivitas.
--	---	---	--

			8. Memberikan pemahaman agar pasien lebih kooperatif dan tidak takut bergerak. 9. Mencegah komplikasi akibat tirah baring seperti trombosis dan dekubitus. 10. Meningkatkan kemandirian secara bertahap dan aman sesuai kemampuan pasien
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) 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) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	1. Untuk menilai tingkat gangguan bicara dan menentukan kebutuhan intervensi 2. Karena kemampuan bicara sangat bergantung pada fungsi otak, pendengaran, dan sistem saraf. 3. Kondisi emosional negatif dapat memperburuk gangguan komunikasi. 4. Untuk memahami maksud pasien ketika tidak bisa bicara secara verbal.

		4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis	5. Memfasilitasi pasien menyampaikan kebutuhan meski tidak bisa bicara 6. Mempermudah pemahaman dan mengurangi tekanan dalam proses komunikasi. 7. Lingkungan yang tenang membantu pasien lebih fokus saat berkomunikasi. 8. Memberi validasi dan memastikan pesan pasien dipahami dengan benar. 9. Memberi validasi dan memastikan pesan pasien dipahami dengan benar. 10. Membantu menjembatani komunikasi bila pasien benar-benar tidak bisa bicara. 11. Mengurangi beban bicara dan memudahkan lawan bicara memahami ucapan.
--	--	--	---

		10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	12. Meningkatkan pemahaman dan dukungan keluarga terhadap proses pemulihan. 13. Mendapatkan terapi khusus untuk memperbaiki atau mengembangkan kemampuan komunikasi.
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	1. Untuk menentukan jenis dan penyebab nyeri secara akurat. 2. Menilai tingkat keparahan nyeri agar intervensi sesuai kebutuhan. 3. Pasien mungkin tidak selalu bisa mengungkapkan nyeri secara verbal, sehingga perlu diperhatikan ekspresi wajah, gerakan, atau gelisah. 4. Membantu dalam menentukan strategi yang efektif untuk meredakan nyeri.

		6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan tetapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur	5. Memahami pandangan pasien agar pendekatan edukatif lebih tepat sasaran. 6. Budaya memengaruhi bagaimana pasien mengekspresikan dan menangani nyeri. 7. Nyeri yang tidak tertangani bisa menurunkan fungsi fisik, emosional, dan sosial. 8. Evaluasi efektivitas metode nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri. 9. Penggunaan obat nyeri dapat menimbulkan efek samping yang perlu diwaspadai. 10. Teknik ini aman, mudah, dan bisa meningkatkan kenyamanan tanpa efek samping obat.
--	--	--	---

		13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	11. Lingkungan yang nyaman membantu menurunkan persepsi nyeri. 12. Istirahat cukup membantu tubuh memulihkan diri dan mengurangi sensasi nyeri. 13. Pendekatan individual meningkatkan efektivitas penanganan nyeri. 14. Memberikan pemahaman agar pasien tidak cemas berlebihan. 15. Pasien menjadi lebih proaktif dan terlibat dalam manajemen nyeri. 16. Membantu pasien mengenali pola nyeri dan tahu kapan harus mencari bantuan. 17. Mencegah efek samping dan memastikan penggunaan obat yang efektif.
--	--	--	--

			18. Memberi pemahaman cara kerja dan penggunaan obat nyeri dengan aman. 19. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis seringkali diperlukan untuk hasil optimal.
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status menelan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat	1. Untuk memastikan jenis makanan sesuai kondisi medis pasien. 2. Untuk mencegah aspirasi dan gangguan makan. 3. Kekurangan cairan dapat menyebabkan dehidrasi dan menurunkan fungsi tubuh. 4. Suasana yang nyaman dapat meningkatkan nafsu makan. 5. Mencegah tersedak dan mendukung proses menelan yang aman. 6. Mulut yang bersih meningkatkan kenyamanan dan cita rasa makanan.

	4. Frekuensi tersedak menurun 5. Batuk menurun	8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia Edukasi 13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	7. Membantu pasien dengan gangguan penglihatan atau hemianopsia agar lebih mudah melihat makanan. 8. Membantu pasien dengan kesulitan minum langsung dari gelas. 9. Suhu yang sesuai dapat merangsang selera makan. 10. Meningkatkan keinginan makan dan asupan nutrisi. 11. Memastikan pasien tetap mendapatkan nutrisi meski ada keterbatasan. 12. Suasana sosial dan tempat khusus makan dapat menambah selera. 13. Membantu pasien makan lebih mandiri dan mengurangi frustrasi. 14. Mengurangi hambatan fisik seperti nyeri atau mual yang dapat mengganggu makan.
--	--	--	---

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	1. Mengetahui kondisi gizi awal penting untuk menentukan intervensi yang tepat 2. Mencegah reaksi alergi atau gangguan pencernaan akibat makanan tertentu. 3. Meningkatkan nafsu makan dan kepatuhan terhadap diet. 4. Menyesuaikan asupan nutrisi dengan kondisi medis dan aktivitas pasien. 5. Menentukan alternatif pemberian nutrisi bila pasien tidak bisa makan secara oral. 6. Menilai kecukupan nutrisi harian yang dikonsumsi. 7. Mengamati perubahan status gizi secara berkala. 8. Mengetahui keseimbangan elektrolit, kadar protein, dan status nutrisi lainnya.
--	--	--	---

		12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	9. Menjaga kebersihan mulut dapat meningkatkan rasa nyaman dan nafsu makan 10. Memberikan panduan visual untuk membantu memilih makanan bergizi seimbang. 11. Penampilan dan suhu makanan yang tepat dapat meningkatkan selera makan. 12. Serat membantu memperlancar sistem pencernaan. 13. Membantu mempercepat pemulihan dan mencegah malnutrisi. 14. Menambah asupan nutrisi jika kebutuhan tidak tercukupi dari makanan biasa. 15. Meminimalkan risiko komplikasi dan mengembalikan fungsi makan normal.
--	--	--	--

			16. Mencegah aspirasi dan membantu proses menelan 17. Meningkatkan pemahaman pasien terhadap pentingnya kepatuhan pada diet. 18. Mengurangi hambatan makan seperti nyeri atau mual. 19. Memastikan kebutuhan nutrisi terpenuhi secara akurat dan aman.
Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	1. Menentukan faktor penyebab membantu memilih intervensi yang tepat dan efektif. 2. Mencegah tekanan terus-menerus yang dapat menyebabkan luka dekubitus. 3. Meningkatkan aliran darah dan mencegah kerusakan jaringan. 4. Mengurangi iritasi dan risiko infeksi akibat paparan feces.

		3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	5. Melembapkan dan melindungi kulit dari pecah-pecah atau iritasi. 6. Mengurangi risiko reaksi alergi atau iritasi kulit. 7. Alkohol dapat memperparah kekeringan dan menyebabkan iritasi. 8. Membantu menjaga kelembapan dan elastisitas kulit. 9. Hidrasi optimal membantu menjaga kesehatan kulit dari dalam. 10. Nutrisi seimbang mendukung regenerasi dan perbaikan jaringan kulit. 11. Kandungan vitamin dan antioksidan penting untuk kesehatan kulit. 12. Suhu ekstrem dapat merusak lapisan pelindung kulit. 13. Melindungi kulit dari kerusakan akibat paparan sinar UV.
--	--	---	--

		13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	14. Menjaga kebersihan kulit tanpa menghilangkan minyak alami berlebihan.
Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot	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 (I.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	1. Mengetahui penyebab utama risiko jatuh agar intervensi bisa disesuaikan. 2. Pemantauan berkala penting karena kondisi pasien bisa berubah 3. Lingkungan tidak aman dapat memicu jatuh meski pasien cukup stabil. 4. Skala objektif membantu menentukan tingkat risiko dan prioritas pencegahan. 5. Transisi tempat duduk seringkali menjadi momen kritis terjadinya jatuh.

		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. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien	6. Membantu pasien mengenali lingkungan sekitar dan mengurangi disorientasi. 7. Mencegah pergeseran mendadak yang dapat menyebabkan pasien terjatuh. 8. Memberi pegangan yang aman saat pasien bergerak di tempat tidur. 9. Mengurangi risiko cedera jika pasien terjatuh dari tempat tidur. 10. Memudahkan pemantauan dan respon cepat jika terjadi insiden. 11. Memberikan stabilitas tambahan saat bergerak. 12. Memudahkan pasien meminta bantuan sebelum melakukan aktivitas berisiko.
--	--	--	--

		Edukasi 13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	13. Mencegah pasien bertindak sendiri yang berisiko menyebabkan jatuh. 14. Mengurangi risiko tergelincir saat berjalan 15. Fokus saat bergerak membantu mencegah kehilangan keseimbangan. 16. Memberi dasar yang lebih stabil untuk keseimbangan tubuh. 17. Meningkatkan kemungkinan pasien meminta bantuan saat dibutuhkan.
--	--	---	--

2.2.5. Implementasi Keperawatan

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

2.2.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Anila, Kusumajaya, dan Maryana 2023).

Jenis evaluasi yang di gunakan adalah evaluasi berjalan / formatif dengan memakai format SOAP yaitu:

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

2.3. Konsep *Range Of Motion* (ROM)

2.3.1. Pengertian *Range Of Motion* (ROM)

Range Of Motion (ROM) adalah gerakan yang memberikan latihan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi serta meningkatkan sirkulasi (PPNI, 2021 di kutip dari Anik, Ardi, 2024). *Range of Motion* (ROM) merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagital, transversal, dan frontal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan

frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah (Ummah, 2020).

Latihan *Range of Motion* (ROM) ditujukan untuk mempertahankan atau meningkatkan tingkat kemampuan sempurna dalam menggerakkan otot secara normal dan menyeluruh sehingga massa dan tonus otot meningkat. Pada pasien semi koma dan koma biasanya dilakukan latihan ROM pasif. Pasien dengan keterbatasan rentang gerak tidak mampu melakukan sebagian atau seluruh rentang gerakanya secara mandiri, pasien dalam keadaan istirahat total, atau pasien berbaring di tempat tidur dengan kelumpuhan anggota gerak total. Latihan ROM aktif dilakukan oleh pasien secara mandiri tanpa bantuan orang lain (Faridah et al. 2022).

2.3.2. Tujuan *Range Of Motion* (ROM)

Berdasarkan Inayanti, (2023), adapun tujuan dari *Range Of Motion* pasif, yaitu :

1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.
2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan.
3. Mencegah kekakuan pada sendi.
4. Merangsang sirkulasi darah.
5. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur.

2.3.3. Manfaat *Range Of Motion* (ROM)

Adapun manfaat dari *Range Of Motion* pasif , yaitu :

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
2. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
4. Memperlancar sirkulasi darah.
5. Memperbaiki tonus otot.
6. Meningkatkan mobilisasi sendi.
7. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.3.4. Indikasi Umum *Range Of Motion* (ROM)

Indikasi umum :

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran.
2. Kelemahan otot.
3. Fase rehabilitasi fisik.
4. Klien dengan tirah baring lama.

Kontra indikasi umum :

1. Thrombus / embolu pada pembuluh darah.
2. Kelainan sendi atau tulang.
3. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).
4. Attention monitor keadaan umum klien dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan.

2.3.5. Kontraindikasi Umum *Range Of Motion* (ROM) Pasif

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM :

1. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
 - a. Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - b. Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
2. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (*life threatening*).
 - a. ROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus.
 - b. Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat.

2.3.6. Prinsip Latihan *Range Of Motion* (ROM)

Adapun prinsip latihan ROM (*Range Of Motion*), diantaranya:

1. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari.
2. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien.
3. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring.
4. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
5. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
6. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan.

2.3.7. Tahapan Gerak *Range Of Motion* (ROM)

Tabel 2.5 Gerakan *Range Of Motion* pasif (ROM)

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Leher		
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada.	Rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala keposisi tegak.	Rentang 45°
Hyperekstensi	Menekuk kepala kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu.	Rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler.	Rentang 45°

	Bahu	
Ekstensi	Mengembalikan lengan keposisi di samping tubuh.	Rentang 180°
Hiperekstensi	Menggerakkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus.	Rentang 45-60°
Abduksi	Menaikkan lengan posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala.	Rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	Rentang 320°
Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang	Rentang 90°
Fleksi	Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala.	Rentang 180°
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh.	Rentang 360°
	Siku	
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu.	Rentang 150°
Ekstensi	Meluruskan siku menurunkan tangan.	Rentang 150°
	Lengan Bawah	
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas.	Rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	Rentang 70-90°
	Pergelangan Tangan	
Fleksi	Menggerakkan telapak tangan kesisi bagian dalam lengan bawah.	Rentang 80-90°
Ekstensi	Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°

Hiperkesktensi	Membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 80-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari.	Rentang 30°
	Jari – Jari Tangan	
Fleksi	Membuat genggaman.	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 90°
Hiperekstensi	Meregangkan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 30 - 60°
Abduksi	Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lai	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari – jari tangan	Rentang 30°
	Ibu Jari	
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan.	Rentang 30°
Oposisi	Menyentuh ibu jari ke setiap jari –jari tangan pada tangan yang sama.	
	Panggul	
Ekstensi	Menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain.	Rentang 90- 120°
Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai kebelakang tubuh.	Rentang 30 - 50°
Abduksi	Menggerakkan tungkai kesamping tubuh.	Rentang 30 - 50°
Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali keposisi media dan melebihi jika mungkin.	Rentang 30 - 50°
Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai kearah tungkai lain	Rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain.	Rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar.	

	Lutut	
Fleksi	Merakkan tumit ke arah belakang paha.	Rentang 120- 130°
Ekstensi	Mengembalikan tungkai kelantai.	Rentang 120- 130°
	Mata Kaki	
Dorsi fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari – jari kaki menekuk keatas.	Rentang 20-30°
Plantar fleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari –jari kaki menekuk ke bawah.	Rentang 45-50°
Inversi	Memutar telapak kaki kesamping dalam.	Rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki kesamping Luar	Rentang 10°
	Jari – Jari Kaki	
Fleksi	Menekukkan jari- jari ke bawah.	Rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari kaki.	Rentang 30-60°

2.4. Evidence Based Practice (EBP)

1.4.1 Pengaruh *Range Of Motion* pasif (ROM) Pada Penyakit Stroke

Berdasarkan penelitian (Yudha, Kurniasari, dan Pradipta, 2021), yang melakukan penelitian tentang, “Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas *Range Of Motion* (Rom) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)” hasil penelitian berdasarkan analisis statistik menggunakan Paired *t-Test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), artinya terdapat pengaruh pemberian teknik *Range of Motion* (ROM) pasif terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Lampung. Nilai *Correlation* = 0,775 (*Correlation* > 0,6) hal ini berarti pengaruh yang terjadi bermakna atau signifikan.

Berdasarkan penelitian (Mardiyanti, Aini, dan Amien, 2021), yang melakukan penelitian “Pengaruh Penerapan Rom pasif Pada Ekstremitas Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rs. Panti Nirmala” Hasil dari sampel penelitian ini kurang dari 50 sampel, sehingga menggunakan uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Uji *Wilcoxon* untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik di RS. Panti Nirmala. Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon* dengan 6 kali penerapan ROM secara terus-menerus diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik di RS. Panti Nirmala.

Berdasarkan penelitian, (Nurchaya, Kusyairi, dan Sunanto, 2023) yang melakukan penelitian “Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas *Range Of Motion* (ROM) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik” Di dapatkan hasil berdasarkan analisa data dengan menggunakan program komputerisasi dengan uji *Wilcoxon* pada tabel 5.9 dan 5.12 didapatkan nilai $p = 0,000$ yang lebih kecil dari $\alpha = (0,05)$, maka H_1 di terima. Artinya ada pengaruh pemberian ROM pasif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di Ruang Mawar kuning.

Berdasarkan penelitian, (Hsu, Chu-Ming WU, Huang, Hung-Hai Shie, Yuh-Show, 2022) yang melakukan penelitian, “*Feasibility And*

Potential Effects Of Robot-Assisted Passive Range Of Motion Training In Combination With Conventional Rehabilitation On Hand Function In Patients With Chronic Stroke” di dapatkan hasil dua belas pasien dengan stroke kronis direkrut. Penilaian *FuglMeyer* untuk ekstremitas atas (16-post vs 30-post, $p=0,011$), subskor lengan Indeks Motrisitas (sebelum vs 30-post, $p=0,012$) dan Pengukuran Kemandirian Fungsional (sebelum vs 30-post, $p=0,007$; 16-post vs 30-post, $p=0,016$) membaik secara signifikan setelah terapi. Namun, FMA-sensorik tidak berubah secara signifikan. Dapat di simpulkan terapi dengan bantuan robot aman dan ditoleransi dengan baik serta memiliki dampak positif pada kekuatan dan fungsi otot lengan yang lumpuh.

Berdasarkan penelitian, (Moon and Kim 2024) yang melakukan penelitian “*The Effects of a Floss Band on Ankle Range of Motion, Balance, and Gait in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Study*” di dapatkan hasil terdapat perbaikan yang signifikan pada dorsifleksi (DF), WBLT, keseimbangan statis, dan pijakan kaki pada mereka yang menggunakan floss band dibandingkan dengan kelompok sham (semua $P<(0,05)$).

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

1.4.2 Jurnal Terkait

Tabel 2.6 Jurnal

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Sampel(N)	Pelaksanaan	Hasil Penelitian
1.	(Yudha, Kurniasari, and Pradipta 2021)	Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas <i>Range Of Motion</i> (Rom) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)	Penelitian menggunakan teknik pengambilan sampel secara purposive sampling	Populasi yang di dapatkan 24 responden dari jumlah populasi awal 26 responden	Dilakukan terapi ROM dilakukan sebanyak 2x sehari selama 5 hari	Terdapat pengaruh pemberian teknik <i>Range of Motion</i> (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Lampung. Nilai <i>Correlation</i> = 0,775 (<i>Correlation</i> > 0,6) hal ini berarti pengaruh yang terjadi bermakna atau signifikan.
2.	(Mardiyanti, Aini, and Amien 2021)	Pengaruh Penerapan Rom Pasif Pada Ekstremitas Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rs. Panti Nirmala	Penelitian menggunakan teknik Pra-Eksperimental dengan pendekatan <i>One-Group Pra-Post Design</i> .	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 42 responden	Dilakukan 2x sehari selama 3 hari	Berdasarkan hasil uji <i>Wilcoxon</i> dengan 6 kali penerapan ROM secara terus-menerus diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ sehingga disimpulkan terdapat pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik di RS. Panti Nirmala.

3.	(Nurcahya, Kusyairi, and Sunanto 2023)	Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik	Penelitian ini menggunakan desain penelitian pra experiment <i>one group pra post design</i>	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 36 responden	Dilakukan 3x dalam sehari selama 3 hari	Di dapatkan hasil dengan menggunakan program komputerisasi dengan uji <i>Wilcoxon</i> pada tabel 5.9 dan 5.12 didapatkan nilai $p = 0,000$ yang lebih kecil dari $\alpha = (0,05)$, maka H_1 di terima. Artinya ada pengaruh pemberian ROM pasif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di Ruang Mawar kuning.
4.	(Hsu, Chu-Ming WU, Huang, Hung-Hai Shie, Yuh-Show, 2022)	Feasibility And Potential Effects Of Robot-Assisted Passive Range Of Motion Training In Combination With Conventional Rehabilitation On Hand Function In Patients With Chronic Stroke	Uji Friedman dan beberapa uji <i>Wilcoxon signed-ranks</i> (IBM, SPSS Inc. Versi 12.0. Chicago, Illinois, AS) dilakukan untuk menyelidiki tangan	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 12 responden	Dilakukan 30 sesi terapi oleh terapis okupasi 10 minggu	Dua belas pasien dengan stroke kronis direkrut. Penilaian <i>FuglMeyer</i> untuk ekstremitas atas (16-post vs 30-post, $p=0,011$), subskor lengan Indeks Motrisitas (sebelum vs 30-post, $p=0,012$) dan Pengukuran Kemandirian Fungsional (sebelum vs 30-post, $p=0,007$; 16-post vs 30-post, $p=0,016$) membaik secara signifikan setelah terapi. Namun, FMA-sensorik tidak berubah secara signifikan. Dapat di simpulkan terapi dengan bantuan robot aman dan ditoleransi dengan baik

						serta memiliki dampak positif pada kekuatan dan fungsi otot lengan yang lumpuh.
5.	(Moon and Kim 2024)	The Effects of a Floss Band on Ankle Range of Motion, Balance, and Gait in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Study	Penelitian ini menggunakan rancangan acak terkontrol (<i>with a control group</i>)	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 40 responden	Dilakukan latihan intensitas rendah selama 2 menit	Terdapat perbaikan yang signifikan pada dorsifleksi (DF), WBLT, keseimbangan statis, dan pijakan kaki pada mereka yang menggunakan floss band dibandingkan dengan kelompok sham (semua $P < (0,05)$).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. TINJAUAN KASUS

3.1.1. PENGKAJIAN

3.1.1.1 Identitas Klien

Nama	: Tn. Y
Tanggal Lahir	: 12 April 1964
Umur	: 61 Thn
Pendidikan	: Sekolah Dasar (SD)
Jenis Kelamin	: Laki – laki
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Cijaringao, RT/TW 04/03, Desa Lebakwangi
Tanggal Masuk RS	: 13 April 2025
NO CM	: 00951415
Diagnosa Medis	: Stroke Infark

3.1.1.2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. F
 Tanggal Lahir : 10 Februari 2003
 Umur : 22
 Pendidikan : Sekolah Menengah Atas (SMA)
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Sunda
 Pekerjaan : Pabrik
 Alamat : Kp. Cijaringao, RT/TW 04/03,
 Desa Lebakwangi
 Hubungan dengan klien : Anak

3.1.1.3. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama:

Pasien mengeluh lemas pada ekstremitas kanannya

2. Riwayat kesehatan saat ini:

Pada saat dilakukan pengkajian 14 April 2025 pasien mengeluh lemas pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Keluhan dirasakan tanggal 13 April 2024 pagi – pagi, pasien mengatakan lengan dan kaki sebelah kanannya lemas, berat dan tremor pada tangannya saat digerakan. Pasien juga merasa nyeri kepala bagian belakangnya yang dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika miring kiri, nyeri

dirasakan seperti di tusuk – tusuk nyeri menyebar ke area leher dengan skala nyeri 5 (1 – 10) dan nyeri di rasakan hilang timbul.

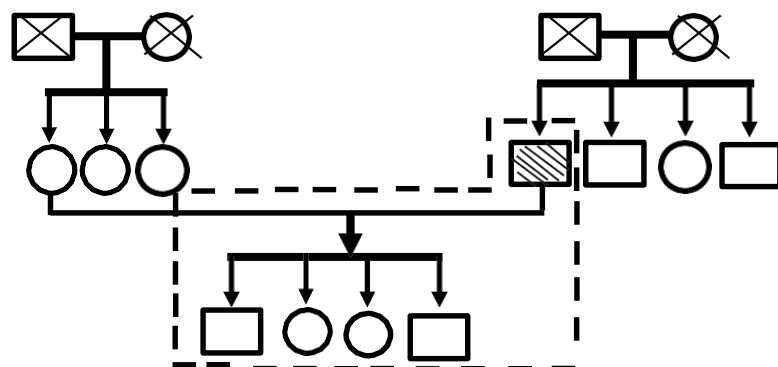
3. Riwayat kesehatan dahulu:

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, di pertengahan bulan Juni tahun 2024 sakit stroke ringan sebelah kanan hingga tidak bisa beraktivitas hingga bulan November. Serta pasien memiliki kolestrol yang tinggi dan asam urat namun pasien tidak mengkonsumsi obat - obatan untuk trigliserida dan asam urat pasien hanya mengkonsumsi obat hipertensi (amlodipin 10mg) serta pasien tidak pernah melakukan kontrol ke rumah sakit serta tidak menjaga pola makannya, dan tidak berhenti merokok.

4. Riwayat kesehatan keluarga:

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan jantung serta di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit infeksi menular seksual.

5. Genogram



Keterangan :

-  : Perempuan
-  : Laki – Laki
-  : Pasien laki – laki
-  : Meninggal
-  : Menikah
-  : Keturunan
- : Serumah

Dikeluarga pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi atau jantung. Orang tua pasien sudah meninggal dan pasien memiliki 4 saudara dan pasien anak pertama yang ke dua laki – laki, ke 3 perempuan dan ke 4 laki – laki, istrinya anak ke 1 dan memiliki 2 adik perempuan namun sudah berpisah. Pasien mempunyai 4 anak, ke 1 anak laki – laki, ke 2 anak perempuan, ke 3 anak perempuan, dan ke 4 anak laki – laki.

6. Riwayat alergi

Pasien tidak memiliki alergi obat ataupun makanan

3.1.1.4. Pola Kesehatan Fungsional Gordon

a. Pemeliharaan kesehatan

Pasien sebelumnya pernah mengalami sakit yang sama yaitu stroke dan pasien sering mengalami sakit kepala bagian belakang dan

pusing. Pasien jarang minum obat dan makannya sembarangan tidak di jaga sehingga terjadi serangan stroke ke dua kalinya.

b. Nutrisi Metabolik dan kebutuhan cairan

BB : 60 Kg

TB : 163 Cm

$$IMT = \frac{Kg}{TB^2} + \frac{60}{(1.63)^2} = 23 \text{ (ideal)}$$

a) Kebutuhan kalori

1) Saat sehat

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

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = \text{AMB (Tabel)} \times \text{A Kalori}$$

$$1 \times 60 \times 24 = 1.440$$

$$2.10 \times 1.440 = 3.024 \text{ Kalori}$$

Jadi, kebutuhan kalori sehat **3.024 / hari**

2) Saat sakit

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

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas fisik} = \text{AMB (Tabel)} \times \text{A Kalori}$$

$$1 \times 60 \times 24 = 1.440$$

$$1.65 \times 1.440 = 2.376 \text{ Kalori}$$

Jadi, kebutuhan kalori sakit **2.376 / hari**

b) Kebutuhan cairan

10 kg pertama = 1 liter = 1000 ml

10 kg kedua = 0,5 liter = 500 ml

BB > 10 kg = 20 x 40 kg = 800ml

Jadi, kebutuhan cairan klien **2300 ml**

3.1.1.5. Aspek Psikologis

a. Status Nyeri:

Tabel 3.1 Skala intensitas numerik

NO	INTENSITAS NYERI	DESKRIPSI
1.	☐ Tidak Nyeri	Pasien mengatakan tidak merasa nyeri
2.	☐ Nyeri Ringan	Pasien mengatakan sedikit nyeri atau ringan
3.	☒ Nyeri Sedang	Pasien mengatakan nyeri sedang atau masih bisa ditahan, pasien nampak gelisah, pasien mampu sedikit berpartisipasi dalam perawatan
4.	☐ Nyeri Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan atau berat, pasien sanga gelisah, fungsi mobilitas dan perilaku pasien berubah
5.	☐ Nyeri Sangat Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak tertahankan atau sangat berat, perubahan ADL yang mencolok (ketergantungan), putus asa

b. Status Emosi

1) Bagaimana ekspresi hati dan perasaan pasien :

Pasien mengatakan sedih akan keadaannya sekarang.

2) Tingkah laku yang menonjol :

Tidak ada tingkah laku yang menonjol.

3) Suasana yang membahagiakan pasien :

Pasien mengatakan bahagiannya bisa bekerja kembali seperti biasanya.

4) Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman :

Ektremitasnya tidak bisa digerakan secara bebas seperti pada biasanya.

c. Gaya Komunikasi

1) Apakah klien tampak hati – hati dalam berbicara (Ya / Tidak)*,

2) Apakah pola komunikasinya (Spontan / Lambat)*

3) Apakah klien menolak untuk diajak komunikasinya (Ya / Tidak)*,

4) Apakah komunikasi klien jelas (Ya / Tidak)*

5) Apakah klien menggunakan bahasa isyarat (Ya / Tidak)*.

d. Pola Interaksi

1) Kepada siapa klien berespon : Semua orang yang bertanya

2) Siapa orang yang dekat dan dipercaya klien : Anaknya ke 1

3) Bagaimanakah klien dalam berinteraksi (Aktif / Pasif)*,

4) Tipe kepribadian klien (Terbuka / Tertutup)*

e. Pola Pertahanan

Pasien mengatakan penyakitnya akan sembuh karena sedang berikhtiar berobat.

f. Dampak di Rawat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan tidak bisa bekerja lagi karena kondisinya.

3.1.1.6. Aspek Psikososial dan Spiritual

a. Data Psikososial Persepsi Tentang Penyakit

Pasien yakin dirinya akan sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya.

b. Konsep diri

1) Identitas diri

Selama ini pasien mengenal dirinya sebagai laki – laki yang hidupnya hanya bersama anaknya.

2) Harga diri

Pasien mengatakan tidak minder dengan kondisinya saat ini dan tampak selalu kooperatif selama perawatan yang diberikan.

3) Peran diri

Pasien berperan sebagai ayah dari anak – anaknya dan kakek dari cucunya.

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya lagi.

5) Hubungan/komunikasi

Komunikasi pasien baik dengan keluarganya, nakes, dan masyarakat sekitarnya.

c. Data Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien yakin dirinya akan sembuh dan mampu beraktivitas seperti biasanya karena sedang berikhtiar berobat dan berdo'a untuk kesembuhannya dan keluarganya.

2) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan saat tidak ada halangan dan sehat pasien selalu mengusahakan sholat berjamaah.

3.1.1.7. Aktivitas Sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

a. Pola Makan dan Minum

Hari / Tanggal : Senin, 14 April 2025

Tabel 3.2 Pola Makan dan Minum

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan		
	Keb. Kalori	3.024 kalori	2.376 kalori
	Jenis	Nasi : Putih Lauk : Daging ayam Sayur : bayam	Nasi : Putih Lauk : Daging ayam, telur Sayur : Wortel
	Porsi	3x / hari	3x / hari
	Frekuensi	1 porsi	1 porsi
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Tahu goreng	Tidak ada
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu Makan	Baik	Baik
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah

2.	Pola Minum		
	Jenis	Air Putih, Teh, minuman kemasan	Air Putih
	Frekuensi	± 2300 ml	± 2300 ml
	Jumlah		
	Kebutuhan Cairan	± 2300 ml	± 2300 ml
	Jumlah Tetesan		20 TPM
	Pantangan	Tidak ada pantangan	Minuman kemasan
	Minuman yang disukai	Minuman kemasan	Tidak ada
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah

b. Pola Eliminasi

Hari / Tanggal : Senin, 14 April 2025

Tabel 3.3 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1.	BAB		
	Frekuensi	1x / hari	1x / hari
	Warna	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
	Berat jenis feces	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Cara mengatasi masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
2.	BAK		
	Frekuensi	4 – 5x / hari	4 – 5x / hari
	Jumlah output	Tidak terkaji	± 400
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
	Cara mengatasi masalah	Tidak ada	Tidak ada

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Hari / Tanggal : Senin, 14 April 2025

Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari – hari

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

Ket: 0 = Mandiri
 1 = Alat bantu
 2 = Dibantu orang lain
 3 = Dibantu orang lain-alat
 4 = Tergantung/tidak mampu

d. Pola Istirahat Tidur

Hari / Tanggal : Senin, 14 April 2025

Tabel 3.5 Pola Istirahat tidur

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	±1 / hari Tidak ada Keadaan cape Di panggil	±1 jam / hari Tidak ada Miring kiri Di panggil
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	5 – 7 jam / hari Tidak ada Keadaan cape Di panggil	5 – 6 jam / hari Tidak ada Miring kiri Tiba – tiba nyeri

3.1.1.8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran : $\surd$ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Coma

GCS : E 4 M 6 V 5 = 15

TTV :

Tekanan darah : 170/92 mmHg

Nadi : 71x / menit

Suhu : 36,4°C

RR : 20x / menit

SPO2 : 99%

BB : 60 Kg

TB : 163 CM

b. Pemeriksaan Fisik Per Sistem

1) Sistem Pernafasan

Hidung tampak simetris, tidak ada sumbatan, tidak ada seputum, lesi tidak ada, tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan paru simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran sinus, tidak ada bunyi nafas tambahan, suara nafas vesikuler, tidak ada otot bantu nafas tambahan, pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

2) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada kiri – kanana simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, irama jantung reguler S1 dan S2 (lup – dup), akral teraba hangat, CRT < 2 detik.

3) Sistem Persyarafan

Tabel 2.6 Sistem Persyarafan

Saraf yang dikaji	Hasil
Saraf I Olfaktorius	Penciuman pasien baik pasien dapat membedakan bau freshcare dengan kopi
Saraf II Optik	Pengelihatan pasien < 1 m
Saraf III Akulomotoris	Pupil isokor mengecil saat diberi cahaya
Saraf IV Toklear	Pasien dapat menggerakkan 2 bola matanya sesuai perintah
Saraf V Trigeminal	Tidak ada deviasi pada bola mata, dapat membuka mulut dengan baik
Saraf VI Abdusen	Pasien mampu menggerakkan matanya ke kiri dan ke kanan
Saraf VII Facial	Pada ekspresi muka pasien tidak ada gangguan
Saraf VIII Akustikus	Pasien tidak ada gangguan pada pendengarannya
Saraf IX Glosfaringeal	Daya mengecap baik, tidak ada kesulitan menelan, saat berbicara jelas
Saraf X Vagus	Pasien tidak ada gangguan menelan
Saraf XI Spinal Accessory	Pasien tidak dapat melawan gravitasi tidak kuat menahan pada tangan kanan, sedangkan tangan kiri dapat menahan tahanan, pasien mengatakan nyeri dibagian kepala belakang menjalar ke leher dengan skala 5 (1 – 10)

Saraf XII Hypoglossal	Kekuatan otot terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan pada tangan 3 dan pada kaki 4, dan terdapat tremor pada tangannya. Lidah pasien mampu menggerakkan ke kiri dan kanan.
-----------------------	---

4) Sistem Muskuloskeletal

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pergerakan sendi pasien didapatkan keterbatasan sendi pada ekstremitas kanan. Kekuatan otot pasien 3 pada ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah kanan 4. Tidak ada fraktur, dan pasien tidak mengalami kelainan bentuk pada tulang dan struktur tulang bagian belakang.

5) Sistem Integumen

5	3
5	4

Warna kulit kecoklatan, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan / lesi, akral terasa hangat, turgor kulit < 3 detik, keadaan kulit tampak baik, terpasang infus di tangan sebelah kiri.

6) Sistem Perkemihan

Tidak terpasang kateter urine, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, area genitalia bersih, urine berwarna kuning bersih dan BAK > 4- 5x/hari.

7) Sistem Gastrointestinal

Mukosa bibir lembap, gigi tampak kuning, tidak menggunakan gigi palsu, bising usus 10x / menit, tidak ada muntahan, tidak ada nyeri tekan

di area abdomen, tidak diare, tidak ada oedem pada abdomen, bentuk perut datar.

8) Sistem Endokrin

Tidak ada benjolan dan edema, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran tiroid.

9) Sistem Imunitas

Tidak ada gangguan distensi imunitas

10) Sistem Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam sistem reproduksinya.

3.1.1.9. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 14 April 2025

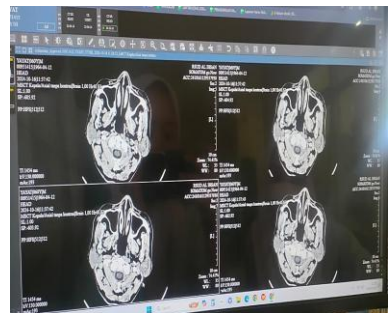
Tabel 3.7 Pemeriksaan Laboratorium

Item Pemeriksaan	Hasil	Flag	Unit	Nilai Rujukan
Hemoglobin	14.2		g/dL	13.0 ~ 18.09
Leukosit	13370		sel/uL	3800 ~ 10600
Erirosit	5.04		Juta/uL	4.5 ~ 6.5
Hematokrit	44,5		%	40 ~ 52
Trombosit	38200		Sel/uL	150000 ~ 440000
MCV	88.3		fL	80 ~ 1000
MCH	28.3		Pg	26 ~ 34
MCHC	32.0		%	32 ~ 36
RDW – CV	13.8		%	11.5 ~ 14.5
RDW - SD	51,5		fL	
AST (SGOT)	20		U/L	10 ~ 34
ALT (SGPT)	32		U/L	9 ~ 43
Fungsi Ginjal				
Ureum	35		mg/dL	13 ~ 43
Kreatinin	0.75		mg/dL	0.9 ~ 1.3

Gula Darah				
Gula Darah Sewaktu	174		mg/dL	70 ~ 200
Elektrolyte				
Natrium (Na)	139		mmo/L	134-145
Kalium (K)	3.6		mmo/L	3.6-5.6
Kalsium (Ca)	1.28		mmo/L	1.15-1.35
Kolestrol Total	145		mg/dL	< 200
Trigliserida	229	*	mg/dL	40 ~ 160
Kolesterol HDL	52		mg/dL	> 55
Kolesterol LDL	47		mg/dL	< 150
Asam Urat	39	*	mg/dL	3.4 ~ 7.0

- b. Pemeriksaan Penunjang Radiologis
Tanggal Pemeriksaan : 14 April 2025

Tabel 3.8 Pemeriksaan Penunjang Radiologis

No	Hasil Pemeriksaan
1.	Thorak per Proyeksi (Xray – nonkontras) Kesimpulan : i. Kardiomegali ringan ii. Tidak tampak TB paru aktif maupun pneumonia 
2.	MSCT Kepala / Axial tanpa kontras (CT – Scan) Kesimpulan : a) Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventrikuler lateralis bilateral b) Sinus maksillaris sinistra c) Tidak tampak tanda – tanda perdarahan hidrocephalus dan SOL / neoplasma 

3.1.1.10. Terapi medis

Tabel 3.9 Terapi Farmakologis

No	Obat Yang diberikan	Jenis Golongan Obat	Cara Pemberian	Dosis Obat	Keterangan / Riwayat Obat
1.	Citicoline	Nootropik dan neuroprotektor	IV	2 x 250mg	Meningkatkan fungsi otak
2.	Esomeprazole	Inhibitor pompa proton	IV	1 x 40 mg	Mengurangi produksi asam lambung
3.	Ketorolac	Anti inflamasi non steroid (Dains)	IV	2 x 30 mg	U/ nyeri sedang hingga berat
4.	Clopidogrel	Antiplatelet / penghambat agregasi platelet	Oral	1x 75 mg	U/ mencegah pembekuan darah
5.	Amlodipin	Calcium channel blocker (CCB)	Oral	1 x 10 mg	U/ melemaskan pembuluh darah agar mudah mengalir
6.	Gabapentin	Anticonvuslan / antiepileptik	Oral	1 x 100 mg	U/ mengobati kejang dan nyeri neuropatik
7.	Eperisone	Relakson otot	Oral	2 x 50 mg	U/ meredakan kejang otot
8.	RL	Cristoloid isotonik	IV	500 ml	U/ rehidrasi dan mengganti elektrolite

3.1.1.11. ANALISA DATA

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem						
1.	Ds : - Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan - Pasien mengeluh tangan kanannya tremor - Pasien mengatakan sebagian ADL di bantu dengan keluarganya Do ; - Saat di lakukan rom pada anggota ekstremitas kanan terbatas - Tangan kanan tampak tremor dan sulit menggenggam - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu - Sendi tampak kaku - Saat dilakukan pengecekan kekuatan otot terdapat <table><tr><td>Penurunan</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>5</td><td>4</td></tr></table>	Penurunan	5	3		5	4	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endosel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N.XI (acesorius) ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
Penurunan	5	3							
	5	4							

2.	Ds : - P : Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika tidur miring kiri - Q : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk - R : Nyeri dirasakan di kepala bagian belakang namun nyeri tidak menyebar - T : Nyeri dirasakan hilang timbul Do : - S : Skala nyeri 5 dari (1 – 10) - Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang - Ttv : - TD : 170/92 mmHg - N : 71x / menit - R : 20x / menit - S : 36,4°c - Spo2 : 99% - Hasil Laboratorium - Trigliserida : 229 mg/dL - Asam urat : 39 mg/dL - Ketorolac 2 x 30 mg - Gabapentin 1 x 100 mg	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endotel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N.XI (aksesorius) ↓ Peningkatan TIK ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
3.	Ds : - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan - Pasien mengeluh tangan kanannya tremor	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	Do : - Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang - GCS : 15 Composmentis - Hasil CT - Scan tgl 14 April 2025 Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventikuler lateralis bilateral Sinus maksillaris sinistra Tidak tampak tanda – tanda perdarahan hidrocephalus dan SOL / neoplasma - TTV Ttv : TD : 170/92 mmHg N : 71x / menit R : 20x / menit S : 36,4°C Spo2 : 99% - Clopidogrel 1 x 75 mg - Amlodipin 1 x 10 mg - Eperisone 2 x 50 mg	Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitn pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Arteriosklerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	
4.	Ds : - Pasien mengatakan saat akan duduk pusing - Pasien mengatakan ADL sebagian di bantu dengan keluarganya - Pasien mengtakan pernah jatuh di rumahnya - Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 1 meter	Faktor pencetus / etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak / kolestrol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓	Resiko jatuh

	Do : - Usia pasien 61 tahun - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu - Tampak saat berjalan pegangan ke keluarganya dan kakinya tampak di seret	Arteriosklerosis ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O ₂ ke otak ↓ Arteri karotis interna ↓ Disfungsi N.II (optikus) ↓ Resiko jatuh	
--	--	--	--

3.1.1.12. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054)

Ds :

- Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan
- Pasien mengatakan sebagian ADL di bantu dengan keluarganya

Do ;

- Saat di lakukan rom pada anggota ekstremitas kanan terbatas
- Tangan kanan tampak tremor dan sulit menggenggam
- Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu
- Sendi tampak kaku
- Saat dilakukan pengecekan kekuatan otot terdapat penurunan

5	3
5	4

2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Ds :

- P : Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika tidur miring kiri
- Q : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk
- R : Nyeri dirasakan di kepala bagian belakang namun nyeri tidak menyebar
- T : Nyeri dirasakan hilang timbul

Do :

- Skala nyeri 5 dari (1 – 10)
- Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang
- Ttv :
 - TD : 170/92 mmHg
 - N : 71x / menit
 - R : 20x / menit
 - S : 36,4°C
 - Spo2 : 99%
- Hasil Laboratorium
 - Trigliserida : 229 mg/dL
 - Asam urat : 39 mg/dL
- Ketorolac 2 x 30 mg

- Gabapentin 1 x 100 mg

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)

Ds :

- Pasien mengeluh pusing
- Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan
- Pasien mengeluh tangan kanannya tremor

Do :

- Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang

- GCS : 15 Composmentis

- Ttv :

TD : 170/92 mmHg

N : 71x / menit

R : 20x / menit

S : 36,4°C

Spo2 : 99%

- Hasil CT - Scan tgl 14 April 2025

Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventikuler lateralis bilateral

Sinus maksillaris sinistra

Tidak tampak tanda – tanda perdarahan hidrocephalus dan SOL / neoplasma.

- Clopidogrel 1 x 75 mg
 - Amlodipin 1 x 10 mg
 - Eperisone 2 x 50 mg
4. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

Ds :

- Pasien mengatakan saat akan duduk pusing
- Pasien mengatakan ADL sebagian di bantu dengan keluarganya
- Pasien mengatakan pernah jatuh di rumahnya
- Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 1 meter

Do :

- Usia pasien 61 tahun
- Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu
- Tampak saat berjalan pegangan ke keluarganya dan kakinya tampak di seret.

3.1.1.13. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054) Ds : - Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan - Pasien mengatakan sebagian ADL di bantu dengan keluarganya	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak pasif (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)	1. Nyeri dapat menghambat mobilisasi, sehingga perlu dikenali dan diatasi terlebih dahulu. 2. Mengetahui batas kemampuan fisik pasien untuk mencegah kelelahan atau cedera 3. Untuk memastikan kondisi kardiovaskular stabil dan aman sebelum aktivitas. 4. Deteksi dini tanda-tanda kelelahan, pusing, atau penurunan kesadaran saat mobilisasi.

Do ; - Saat di lakukan rom pada anggota ekstremitas kanan terbatas - Tangan kanan tampak tremor dan sulit menggenggam - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu - Sendi tampak kaku - Saat dilakukan pengecekan kekuatan otot terdapat penurunan 5 3 5 4		6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	5. Membantu pasien bergerak dengan aman dan meningkatkan kemandirian. 6. Memberi dukungan fisik untuk mencegah jatuh dan meningkatkan rasa percaya diri. 7. Dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien dalam beraktivitas. 8. Memberikan pemahaman agar pasien lebih kooperatif dan tidak takut bergerak. 9. Mencegah komplikasi akibat tirah baring seperti trombosis dan dekubitus.
---	--	---	--

				10. Meningkatkan kemandirian secara bertahap dan aman sesuai kemampuan pasien
2.	Nyeri akut agen pencedera fisiologis (D.0077) Ds : - P : Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika tidur miring kiri - Q : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk - R : Nyeri dirasakan di kepala bagian belakang namun nyeri tidak menyebar - T : Nyeri dirasakan hilang timbul	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan tetapi komplemente r yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik	1. Untuk menentukan jenis dan penyebab nyeri secara akurat. 2. Menilai tingkat keparahan nyeri agar intervensi sesuai kebutuhan. 3. Membantu dalam menentukan strategi yang efektif untuk meredakan nyeri. 4. Memahami pandangan pasien agar pendekatan edukatif lebih tepat sasaran. 5. Evaluasi efektivitas metode nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri.

	Do : - S : Skala nyeri 5 dari (1 – 10) - Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang - Ttv : - TD : 170/92 mmHg - N : 71x / menit - R : 22x / menit - S : 36,4°C - Spo2 : 97% - Hasil laboratorium - Trigliserida : 229 mg/dL - Asam urat : 39 mg/dL - Ketorolac 2 x 30 mg - Gabapentin 1 x 100 mg		Terapeutik 7. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Relaksasi nafas dalam) 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Jelaskan strategi meredakan nyeri 12. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 13. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 14. Pemberian analgetik	6. Penggunaan obat nyeri dapat menimbulkan efek samping yang perlu diwaspadai. 7. Teknik ini aman, mudah, dan bisa meningkatkan kenyamanan tanpa efek samping obat. 8. Istirahat cukup membantu tubuh memulihkan diri dan mengurangi sensasi nyeri. 9. Pendekatan individual meningkatkan efektivitas penanganan nyeri. 10. Memberikan pemahaman agar pasien tidak cemas berlebihan. 11. Membantu pasien mengenali pola nyeri dan
--	---	--	--	--

				tahu kapan harus mencari bantuan. 12. Mencegah efek samping dan memastikan penggunaan obat yang efektif. 13. Memberi pemahaman cara kerja dan penggunaan obat nyeri dengan aman. 14. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis seringkali diperlukan untuk hasil optimal.
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017) Ds : - Pasien mengeluh pusing	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)	1. Agar bisa segera ditangani sesuai penyebab (misalnya karena cedera, infeksi, atau gangguan metabolik). 2. Mendeteksi gejala dini peningkatan TIK memungkinkan

	- Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan - Pasien mengeluh tangan kanannya tremor Do : - Tampak saat mau berbaring pasien memegang kepala bagian belakang - GCS : 15 Composmentis - Ttv : TD : 170/92 mmHg N : 71x / menit R : 20x / menit S : 36,4°C Spo2 : 99%	1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP)) membaik 3. Tekanan intra kranial membaik	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) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu	penanganan cepat untuk mencegah kerusakan otak lebih lanjut. 3. Hipoksia dan hiperkapnia dapat memperburuk TIK, sehingga fungsi pernapasan harus dipantau ketat. 4. MAP yang optimal dibutuhkan untuk menjaga perfusi otak agar suplai oksigen tetap cukup. 5. Keseimbangan cairan penting untuk mencegah overhidrasi atau dehidrasi yang dapat memengaruhi TIK. 6. Stimulasi berlebihan dapat meningkatkan aktivitas otak dan menambah tekanan intrakranial.
--	--	--	---	---

	- Hasil CT - Scan Tgl 14 April 2025 Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventikuler lateralis bilateral Sinus maksillaris sinistra Tidak tampak tanda – tanda perdarahan hidrocephalus dan SOL / neoplasma - Clopidogrel 1 x 75 mg - Amlodipin 1 x 10 mg - Eperisone 2 x 50 mg			7. Memfasilitasi aliran balik vena dari otak dan menurunkan tekanan intrakranial. 8. Hipertermia meningkatkan metabolisme otak yang bisa memperparah peningkatan TIK. 9. Membantu mengurangi rangsangan dan mencegah kejang yang dapat meningkatkan ICP.
4.	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan	1. Mengetahui penyebab utama risiko jatuh agar intervensi bisa disesuaikan.

	Ds : - Pasien mengatakan saat akan duduk pusing - Pasien mengatakan ADL sebagian di bantu dengan keluarganya - Pasien mengatakan pernah jatuh di rumahnya - Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 1 meter Do : - Usia pasien 61 tahun - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu - Tampak saat berjalan pegangan ke keluarganya	tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	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) Terapeutik 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	2. Pemantauan berkala penting karena kondisi pasien bisa berubah 3. Lingkungan tidak aman dapat memicu jatuh meski pasien cukup stabil. 4. Skala objektif membantu menentukan tingkat risiko dan prioritas pencegahan. 5. Membantu pasien mengenali lingkungan sekitar dan mengurangi disorientasi. 6. Mencegah pergeseran mendadak yang dapat menyebabkan pasien terjatuh. 7. Memberi pegangan yang aman saat pasien bergerak di tempat tidur.
--	--	---	--	--

	dan kakinya tampak di seret		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 Edukasi 9. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 10. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 11. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 12. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	8. Mengurangi risiko cedera jika pasien terjatuh dari tempat tidur. 9. Mencegah pasien bertindak sendiri yang berisiko menyebabkan jatuh. 10. Mengurangi risiko tergelincir saat berjalan 11. Fokus saat bergerak membantu mencegah kehilangan keseimbangan. 12. Memberi dasar yang lebih stabil untuk keseimbangan tubuh.
--	-----------------------------	--	---	---

3.1.1.14. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.12 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Hari / Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	Senin, 14 April 2025	18.18 18.19	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang untuk ekstremitas pasien tidak ada keluhan nyeri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R : Pasien mengeluh ekstremitas kanan lemas dan tidak bisa di gerakan, tangan kanan pasien tremor dan susah di gerakan sedangkan kaki kanan bisa di gerakan namun lemas	Jam : 20:40 WIB S : - Pasien mengeluh ekstremitas kanannya lemas tidak bisa di gerakan - Pasien mengatakan sebagian ADLnya masih di bantu dengan keluarganya O : - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu - Pasien tampak lemah - Ektremitas kanan tampak belum bisa di gerakan	 Ai. A

			18.20	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : Spo2 : 99%	- Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$	
			18.21	4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) R : handrail tempat tidur pasien di lakukan sebagai pegangan dan saat mobilisasi	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
			18.22	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : Pasien dan keluarga mengerti dengan tujuan yang di lakukan latihan ROM	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Melatih ROM pasif	
			18.27	6. Melatih ROM pasif R : Pasien mampu dilatih ROM di pasif	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di	

			18.35	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi dan ADL pasien	tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis		17.00 18.05	1. Memberian analgetik R : Ketorolac 1 x 20 mg 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : - P : Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika tidur miring kiri	Jam : 20:30 WIB S : - Pasien mengatakan masih nyeri kepala bagian belakang apalagi jika tidur terlentang - Pasien mengatakan nyeri masih seperti di tusuk – tusuk namun tidak menyebar - Nyeri dirasakan hilang timbul O : - Tampak pasien saat mau berbaring pasien masih memegang kepala bagian belakang	 Ai. A

				- Q : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk - R : Nyeri dirasakan di kepala bagian belakang namun nyeri tidak menyebar - T : Nyeri dirasakan hilang timbul	- Skala nyeri 6 dari (1 – 10) - Ttv : - TD : 145/85 mmHg - N : 77x / menit - R : 20x / menit - S : 36,4°C - Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memfasilitasi istirahat dan tidur	
			18.08	3. Mengidentifikasi skala nyeri R : skala nyeri 5 dari (1 – 10)		
			18.09	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R : dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika tidur miring kiri		
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan		17.00	1. Memberikan obat R : - Citicoline 1 x 250 mg - Eperisone 1 x 50 mg	Jam : 20:35 WIB S : - Pasien mengatakan pusing masih hilang timbul	

	sirkulasi darah ke otak		18.10	- Amlodipin 1 x 10 mg - Clopidogrel 1 x 75 mg 2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK R : Di temukan Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventrikuler lateralis bilateral namun tidak ada lesi dan edema	- Pasien mengeluh ekstremitasnya tidak bisa di gerakan O : - Tampak saat mau berbaring pasien masih memegang kepala bagian belakang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	 Ai. A
			18.12	3. Memonitor tanda/gejala peningkatan R : - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 142/82 mmHg - N : 71x / menit - R : 20x / menit - S : 36,4°C - Spo2 : 98%	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Memonitor status pernapasan - Memonitor intake dan output cairan	

			18.14	4. Memonitor status pernapasan R : Pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 22x/menit	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	
			18.15	5. Memonitor intake dan output cairan R : Intake : $\pm$ 600 Output : $\pm$ 400	- Membatasi jumlah pengunjung dan tidur dalam keadaan lampunya tidak terlalu terang	
			18.16	6. Memberikan posisi semi fowler R : Pasien sudah di berikan posisi semi fowler 30°	- Mempertahankan suhu tubuh normal	
4.	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun		18.40	1. Mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)	Jam : 20:45 WIB S : - Pasien mengatakan ekstremitas kanannya lemas dan kaku	 Ai. A

				R : Pasien pernah jatuh di rumahnya, dan sekarang pasien saat berjalan tidak seimbang dan penglihatannya menurun <1 meter	- Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 2 meter	
			18.41	2. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga R : Pasien dan keluarga memahami penjelasan yang di berikan	O : - Usia pasien 61 tahun - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
			18.44	3. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) R : Handrail harus tertutup, roda tempat tidur terkunci dan harus di dampingi keluarga ketika ke toilet	- Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya - Mempastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Memasang handrail tempat tidur	

			18.47	4. Mempastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci R : Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci	- Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	
			18.48	5. Memasang handrail tempat tidur R : Handrail sudah terpasang		
1.	Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	Selasa, 15 April 2025	08.20	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : - TD : 119/78 mmHg - N : 78x / menit	Jam : 13 : 37 WIB S : - Pasien mengatakan ekstremitas kanannya sudah mulai bisa di gerakan dan mampu duduk - Pasien mengatakan sebagian ADLnya masih di bantu dengan keluarganya	
			08.21	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : Pasien dalam keadaan stabil dan baik		

			08.22	3. Melatih ROM pasif R : Pasien mampu dilatih ROM di pasif	O : - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu - Ektremitas kanan tampak sudah mulai bisa di gerakan - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Melatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	 Ai. A
			08.28	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Keluarga selalu memperhatikan dan membantu pasien		
			08.30	5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) R : Pasien mampu duduk di tempat tidur dan mampu ke toilet ditemani keluarga		

					- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis		08.10	1. Mengidentifikasi skala nyeri R : Pasien mengatakan nyeri 5 dari (1 – 10)	Jam : 13.27 WIB S : - Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang berkurang - Pasien mengatakan nyeri masih seperti di tusuk – tusuk namun tidak menyebar - Nyeri dirasakan hilang timbul O : - Skala nyeri 5 dari (1 – 10) - Ttv :	 Ai. A
			08.12	2. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri R : Mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam		
			08.13	3. Memfasilitasi istirahat dan tidur R : Pasien mengatakan tidurnya dalam keadaan lampu tidak terang		

			08.14	4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R : Pasien dan keluarga memahami dengan penjelasan yang di berikan	TD : 124/74 mmHg N : 77x / menit R : 20x / menit S : 36,4°C Spo2 : 98%	
			08.15	5. Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri R : Pasien mengerti dan melakukannya dengan benar	A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Mengidentifikasi skala nyeri - Memonitor keberhasilan tetapi komple	
			08.16	6. Pemberian analgetik R : - Keterolac 1 x 30 mg - Citicoline 1 x 250 mg	menter yang sudah diberikan - Memberikan analgetik	
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak		08.20	1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Jam : 13 : 32 WIB S : - Pasien mengatakan pusingnya berkurang	

				R : - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 119/78 mmHg - N : 78x / menit - R : 21x / menit - S : 36,4°C - Spo2 : 98 %	- Pasien mengeluh ekstremitasnya tidak bisa di gerakan	
			08.23	2. Memonitor status pernapasan R : Pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan 98%	O : - Tampak saat mau berbaring pasien masih memegang kepala bagian belakang A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	
			08.24	3. Memonitor intake dan output cairan R : Intake : ± 600 Output : ± 400	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	
			08.25	4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	- Memonitor status pernapasan % - Memonitor intake dan output cairan	 Ai. A

			08.26	R : Membatasi jumlah pengunjung dan tidur dalam keadaan lampunya tidak terlalu terang 5. Mempertahankan suhu tubuh normal R : suhu tubuh pasien normal (36,4°)	- Memberikan posisi semi fowler - Mempertahankan suhu tubuh normal - Memberikan Obat	
4.	Resiko Jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun		08.31	1. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya	Jam : 13 : 42 WIB S : - Pasien mengatakan ekstremitas kanannya sudah mulai mampu di gearakn sedikit sedikit - Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 2 meter O : - Usia pasien 61 tahun	 Ai. A
			08.35	2. R : Pasien mampu melakukannya di hari ke dua		
			08.36	3. Mempastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci		
			08.38	R : Roda tempat tidur terkunci 4. Memasang handrail tempat tidur		

				R : Handrail pasien terpasang dengan aman	- Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu	
			08.40	5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah R : Tempat tidur pasien sudah di posisikan terendah	A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
			08.42	6. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah R : Pasien hanya berbaring, duduk di tempat tidur, pasien ke toilet jika ingin bab	- Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	

1.	Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	Rabu, 16 April 2025	18.30	1. Melatih ROM pasif R : Pasien mampu dilatih ROM di pasif	Jam : 20 : 37 WIB S : - Pasien mengatakan ekstremitas kanannya sudah mulai mampu ke toilet namun berpegangan - Pasien mengatakan sebagian ADLnya masih di bantu dengan keluarganya O : - Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu - Ektremitas kanan tampak sudah mulai bisa di gerakan - Kekuatan otot 5 3 5 4 A : Masalah teratasi sebagian	 Ai. A
		18.40	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : Pasien dalam keadaan baik			
		18.42	3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Keluarga selalu memperhatikan dan selalu mendampingi pasien			
		18.43	4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)			

				R : Pasien sudah bisa duduk dan mampu ke toilet	P : Lanjutkan intervensi - Melatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis		16.20 16.22	1. Mengidentifikasi skala nyeri R : Pasien mengatakan nyeri berkurang 4 dari (1 – 10) 2. Memonitor keberhasilan tetapi komplemen yang sudah diberikan	Jam : 20 : 28 WIB S : - Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang berkurang - Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk – tusuk namun tidak menyebar	 Ai. A

			16.23	R : Terapi yang di berikan berhasil mampu mengurangi nyeri kepala pasien 3. Memberikan analgetik R : - Eperisone 1 x 50 mg - Ketorolac 1 x 30 mg	- Nyeri dirasakan hilang timbul O : - Skala nyeri 4 dari (1 – 10) - Ttv : TD : 125/76 mmHg N : 75x / menit R : 20x / menit S : 36,5°c Spo2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Mengidentifikasi skala nyeri - Memonitor keberhasilan tetapi komple menter yang sudah diberikan - Memberikan analgetik	
--	--	--	-------	--	--	--

3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak		16.25	1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) R : - GCS : 15 Compos Mentis - TD : 137/81 mmHg - N : 75x / menit - R : 20x / menit - S : 36,6°C - Spo2 : 98%	Jam : 20 : 32 WIB S : - Pasien mengatakan pusingnya berkurang dan sudah lebih nyaman - Pasien mengeluh ekstremitasnya sudah mulai bisa di gerakan bahkan sudah mampu ke toilet O : Tampak pasien lebih segar A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Memonitor status pernapasan %	 Ai. A
			16.28	2. Memonitor status pernapasan R : pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan 97%		
			16.30	3. Memonitor intake dan output cairan		

			16.32	R : Intake : $\pm$ 600 Output : $\pm$ 400 4. Memberikan posisi semi fowler R : Pasien sudah dalam keadaan posisi semi fowler		
			16.34	5. Mempertahankan suhu tubuh normal R : Pasien dalam keadaan suhu normal		
			17.18	6. Memberikan Obat - Citicoline 1 x 250 mg - Eperisone 1 x 50 mg - Amlodipin 1 x 10 mg - Clopidogrel 1 x 75 mg		
4.	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun		18.45	1. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Jam : 20 : 42 WIB S : - Pasien mengatakan ekstremitas kanannya sudah	

				R : Roda tempat dalam keadaan terkunci	mulai mampu di gearakn sedikit sedikit	
			18.46	2. Memasang handrail tempat tidur R : Handrail terpasang	- Pasien mengatakan penglihatannya jadi kurang jelas / buram < 2 meter	
			18.47	3. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin R : Pasien sesuai anjuran menggunakan alas kaki yang tidak licin	O : - Usia pasien 61 tahun - Tampak ada hambatan ADL sehingga perlu dibantu	
			18.48	4. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh R : Pasien mampu berkonsentrasi dengan baik	A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Ai. A
			18.50	5. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	- Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	

				R : Pasien melakukan sesuai arahan	- Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	
--	--	--	--	------------------------------------	--	--

3.1.1.15. Catatan Perkembangan

Tabel 3.13 Evaluasi

No	Diagnosis Keperawatan	Hari / Tanggal / Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	Kamis, 17 April 2025 09.00 WIB	S : Pasien mengatakan ekstremitas kanannya mulai tidak lemas namun belum seperti biasanya lagi O : - Ekstremitas atas bisa di gerakan meskipun belum sepenuhnya dan masih terdapat tremor - Ekstremitas bawah sudah mampu di gerakan bahkan sudah mampu ke toilet meskipun di seret - Kekakuan pada sendi ekstremitas kanan berkurang - Tampak masih ada hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu di bantu - Kekuatan otot 5 4 5 4 A : Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan Intervensi	 Ai. A

			I : - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan rom - Melatih ROM pasif - Memonitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM pasif - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi E : Masalah teratasi sebagian - Pasien mengatakan sudah mulai tidak lemas ekstremitasnya - Pasien mampu melakukan ROM pasif dengan baik	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Kamis, 17 April 2025 09.30 WIB	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala O : - Pasien tampak lebih segar - Skala 2 dari (1 – 10) - Ttv : - TD : 125/76 mmHg - N : 78x / menit - R : 20x / menit - S : 36,6°c	 Ai. A

			Spo2 : 99% A : Nyeri Akut P : Lanjutkan Intervensi I : - Memberikan analgetik E : Masalah teratasi sebagian - Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala	
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak	Kamis, 17 April 2025 11.30 WIB	S : Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sudah lebih nyaman O : Pasien tampak lebih segar A : Resiko perfusi serebral tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi I : - Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK E : Masalah teratasi sebagian - Pasien mengatakan pusing berkurang	 Ai. A
4.	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun	Kamis, 17 April 2025 12.00 WIB	S : - Pasien mengatakan ekstremitasnya sudah tidak lemas dan mampu ke toilet meskipun di dampingi - Pasien mengatakan penglihatannya masih belum jelas	

			O : - Tampak masih ada hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu di bantu A : Resiko jatuh P : Lanjutkan intervensi I : - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri E : Masalah teratasi sebagian - Pasien mengatakan ekstremitasnya sudah tidak lemas dan ADL sebagian masih di bantu - Pasien sudah menunjukan pemahaman tentang pencegahan jatuh	 Ai. A
--	--	--	---	--

3.2. PEMBAHASAN

3.2.1. Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

Berdasarkan pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan diagnosa medis Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

3.2.1.1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Lestari et al. 2024).

Pengkajian pada kasus didapatkan pasien seorang laki-laki berusia 61 tahun dirawat di ruang Aburahman Bin Auf II dengan diagnosa medis Stroke Infark. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi. Di pertengahan bulan

Juni tahun 2024 pasien mengalami stroke ringan sebelah kanan hingga tidak bisa beraktivitas hingga bulan November, pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi, kolestrol yang tinggi dan asam urat namun pasien tidak mengkonsumsi obat - obatan untuk kolestrol dan asam urat pasien hanya mengkonsumsi obat hipertensi (amlodipin 10 mg) serta pasien tidak pernah melakukan kontrol ke rumah sakit serta tidak menjaga pola makannya, dan tidak berhenti merokok sehingga terjadi serangan stroke berulang.

Sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh (Mutiarasari, 2020), bahwa penyakit stroke sendiri dapat dipengaruhi oleh faktor resiko yaitu usia, jenis kelamin, ras, gaya hidup seperti merokok, alkohol dan obat-obatan terlarang dan dari faktor resiko medis. Hal ini berarti sesuai antara teori dan kenyataan di lapangan didapatkan hasil pengkajian adanya faktor resiko yang bisa menyebabkan terjadinya stroke pada orang – orang yang sudah lanjut usia, semakin banyak beresiko stroke dikarenakan dalam hal ini terkait dengan penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang yang lanjut usia, terjadi penurunan fungsi – fungsi organ tubuh dan pembuluh darah yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadinya pembuluh darah menjadi pecah.

Berdasarkan jenis kelamin, tingkat kejadian stroke pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dikarenakan kurangnya hormon estrogen pada laki-laki sehingga memicu

kerusakan pada pembuluh darah, sedangkan pada perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan sistem kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau perlindungan pada proses aterosklerosis.

Merokok dapat menyebabkan lapisan arteri rusak, dinding arteri menebal dan terjadi penumpukan lapisan lemak serta plak yang menghambat aliran darah di arteri (aterosklerosis) dan kemudian berakibat pada stroke. Perokok juga lebih rentan mengalami stroke dibandingkan yang bukan perokok. Nikotin dalam rokok membuat jantung bekerja keras karena frekuensi denyut jantung dan tekanan darah meningkat.

Hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke, hipertensi dapat disebabkan aterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degeneratif. Pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Keluhan utama pasien yang dirasakan yaitu lemas pada ekstremitas kanan. Lemas dirasakan pada lengan dan kaki kanan dengan kekuatan otot 3 pada lengan kanan dan 4 pada kaki kanan, Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15, dan tekanan darah : 170/92 mmHg, nadi : 71 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu : 36,4°C, serta spO₂ :

97%. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori menurut (Amira & Johan, 2024), bahwa pada klien dengan penyakit stroke mempunyai tanda dan gejala penyakit yaitu diantaranya, tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, sakit kepala hebat, kesadaran menurun dan gangguan fungsi otak.

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

3.2.1.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses penghidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai

untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan konsep teori diagnosis yang mungkin muncul pada klien dengan stroke infark terdapat 8 diagnosis keperawatan, sedangkan pada klien kelolaan penulis, diagnosis keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisis pengkajian didapatkan 4 diagnosis, yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Berdasarkan teori yang terdapat dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Diagnosis keperawatan tersebut dijadikan sebagai diagnosis keperawatan ke satu karena keadaan pasien tersebut mengganggu dalam memenuhi kebutuhan aktivitas pasien, yang mana jika tidak diberikan intervensi akan menyebabkan kelumpuhan permanen pada pasien dan dapat menimbulkan masalah lainnya. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien tampak lemah, mengalami penurunan kekuatan otot pada bagian tubuh sebelah kanan. Dan penulis menemukan beberapa tanda mayor salah satunya yaitu kekuatan otot menurun dengan kekuatan otot 3 pada lengan kanan dan 4 pada kaki kanan. Dan data tanda minornya yaitu fisik klien lemah, gerakan terbatas, dan sendi kaku.

Berdasarkan Permana, (2020), gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya aliran darah ke otak yang menurun akibat adanya aterosklerosis sehingga menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang menghasilkan produksi asam laktat. Asam laktat tersebut bersifat neurotoksik yang mana bisa menyebabkan kerusakan pada saraf meluas dan menyebabkan terjadinya disfungsi neurologis dan penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas. Penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami pasien telah sesuai dengan tanda dan gejala, sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegaskan masalah gangguan mobilitas fisik.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data objektif yang menunjang penegakan diagnosa keperawatan tersebut yaitu pasien merasa nyeri kepala bagian belakangnya yang dirasakan jika tidur terlentang dan nyeri berkurang jika miring kiri, nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk nyeri menyebar ke area leher dengan skala nyeri 5 (1 – 10) dan nyeri di rasakan hilang timbul.

c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Data objektif yang menunjang penegakan diagnosa keperawatan tersebut yaitu tekanan darah klien 170/92 mmHg,

bagian wajah simetris tidak ada gangguan dan hasil CT Scan kepala menunjukkan terdapat infark Multipel infark lakuner akut subakut didaerah substansia alba periventikuler lateralis bilateral, sinus maksillaris sinistra, tidak tampak tanda – tanda perdarahan hidrocephalus dan SOL / neoplasma.

Berdasarkan Widagdo, (2018), resiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh thrombosis akibat aterosklerosis yang memberi vakularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Thrombus dan emboli didalam darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen. Penurunan sirkulasi darah ke otak dimana jika tidak ditangani akan mengakibatkan penurunan kesadaran hingga kematian (Wijaya & Putri, 2020). Sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegaskan resiko perfusi serebral tidak efektif.

d. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Data subjektif yang menunjang penegakan diagnosis keperawatan tersebut yaitu pasien mengatakan saat akan duduk pusing, ADL sebagian di bantu dengan keluarganya, serta pasien pernah jatuh di rumahnya dan penglihatan pasien kurang

jelas/buram < 1 meter dan untuk data objektifnya pasien sudah berusia 61 tahun dan tampak saat berjalan pegangan ke keluarganya dan kakinya tampak di seret.

3.2.1.3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Berdasarkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dukungan mobilisasi berupa identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memberikan terapi *Range Of Motion* pasif (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi (SIKI, 2018). Dengan

kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat dan kelemahan fisik menurun (SIKI, 2018).

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

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang suda diberikan, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (musik, tarik nafas dalam, dsb), menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri dan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetik.

- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak.

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

d. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Berdasarkan diagnosis resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi pencegahan jatuh dengan mengidentifikasi faktor jatuh (usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan, dan gangguan penglihatan), mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis : lantai licin, penerangan kurang), memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, menganjurkan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

3.2.1.4. Implementasi Keperawatan

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

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang telah di rumuskan dalam

perumusan diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam dukungan mobilisasi yaitu mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan) hasilnya dapat melawan gravitasi tapi pasien tidak kuat menahan untuk ekstremitas atas kanan sedangkan pada ekstremitas bawah pasien mampu melawan gravitasi dan pasien mampu menahan tahanan dengan ringan. Mengajarkan pasien untuk duduk di bantu oleh keluarga dengan di sanggah atau bednya di posisikan 45° dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Pasien mengalami hemiparesis dan mengajarkan terapi *Range of motion* (ROM) pasif pada pasien dengan stroke non hemoragik / infark dengan diberikan 15 menit dalam 2x sehari. Penulis memfokuskan dalam pemberian terapi ROM pasif pada pasien yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk dan kontraktur. Dimana dengan diberikannya latihan ROM pasif dapat meningkatkan rangsangan neuromuskular akan meningkatka rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis dan merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Dari reaksi tersebut akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan

ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan. Sehingga tidak lagi terjadi kekakuan pada sendi dan kekuatan otot dapat meningkat.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang telah di rumuskan dalam perumusan diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen nyeri yaitu berupa mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, serta skala nyeri dengan harapan nyeri menurun dengan di berikan terapi nonfarmakologis (tarik napas dalam), dan pemberian obat analgetik sesuai *advice* dokter yaitu ketorolac 2 x 30 mg dan gabapentin 1 x 100 mg. Menurut penulis nyeri akut perlu dilakukan pemantauan untuk meminimalisir nyeri yang berkelanjutan, karena nyeri tidak akan menurun jika tidak dilakukan implementasi mengenai manajemen nyeri.

c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Pada diagnosis resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang

telah ditentukan dalam manajemen peningkatan tekanan intrakranial yaitu berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK pada Tn. Y dengan hasil penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil tekanan darah meningkat 170/92 mmHg, memonitor status pernafasan 71 x/menit dengan hasil frekuensi nafas 20 x/menit, saturasi oksigen 99%, memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake cairan terpasang infus RL, memposisikan posisi semi fowler dengan hasil pasien dalam posisi semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal dengan hasil suhu tubuh 36,4°C, memberikan terapi obat sesuai dengan *advice* dokter yaitu Citicoline 2 x 250 mg, clopidogrel 1 x 75 mg, amlodipin 1 x 10 mg, eperisone 2 x 50 mg. Menurut penulis perfusi serebral sangat perlu untuk dilakukan pemantauan, karena jika terjadi peningkatan TIK bisa memperberat kondisi pasien. Sehingga dengan diberikan implementasi mengenai resiko perfusi serebral tidak efektif dapat meminimalisir kejadian terjadinya perfusi serebral tidak efektif.

d. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Pada diagnosis resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun yang telah di rumuskan dalam diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama pencegahan jatuh yaitu mengidentifikasi faktor jatuh Tn. Y berusia 61 tahun dengan gangguan keseimbangan dan gangguan

penglihatan,serta memastikan roda tempat tidur yang selalu terkunci, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, dan berkonsentrasi saat berjalan untuk menjaga keseimbangan serta melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. Menurut penulis resiko jatuh perlu dilakukan pemantauan dikarenakan sebelumnya pasien pernah jatuh dan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan sehingga dengan di berikannya implementasi resiko jatuh pasien memahami dan tidak terjadi jatuh berulang.

3.2.1.5. Evaluasi Keperawatan

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

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam, didapatkan bahwa gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Yang ditandai dengan ekstremitas kanan atas sudah mampu menahan tahanan secara ringan dan untuk ekstremitas bawah belum ada perubahan masih tahanannya ringan. Dengan kekuatan otot

5	4
5	4

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

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam, didapatkan bahwa nyeri akut teratasi. Yang ditandai dengan nyeri kepala bagian belakang berkurang, serta tidur terlentang sudah tidak nyeri, skala nyeri menurun menjadi 2 dari (1 – 10). Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya mengidentifikasi skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan serta pemberian terapi nonfarmakologis dan pemberian obat analgetik sesuai advice dokter.

c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan maka implementasi selama 3 x 24 jam, didapatkan bahwa masalah resiko

perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian. Yang ditandai dengan tingkat kesadaran stabil yaitu CM, tekanan darah menurun, saturasi oksigen baik, dan keluhan pusing hilang . Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, berikan teknik semi fowler dan memberikan terapi obat sesuai dengan *advice* dokter.

d. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan 3 x 24 jam, didapatkan bahwa masalah resiko jatuh teratasi sebagian. Yang ditandai dengan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci, handrail selalu terpasang, saat ke toilet pasien tidak menggunakan alas kaki yang licin, selalu berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan, saat berjalan selalu melebarkan kakinya dan keluarga ikut serta membantu dalam ADL nya.

3.2.1.6. Pembahasan *Evidence Based Practice*

Berdasarkan telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan hasil yang rata rata menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik/ infark. Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada pasien terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif terdapat perubahan peningkatan kekuatan

otot dikarenakan ada kolaborasi pemberian obat penurun tekanan darah, antipiletik, nootropik, dan relakson otot.

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. Y dengan diagnosa medis Stroke Infark dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020).

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

Penulis melakukan implementasi terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada pasien selama 3 hari dengan frekuensi 2 x sehari selama $\pm$ 15 menit, dilakukan dengan cara fleksi (berkurangnya sudut persendian), ekstensi (bertambahnya sudut persendian), hiperekstensi (ekstensi lebih lanjut), adduksi (gerakan mendekati garis tengah tubuh), rotasi (gerakan memutar pusat dari

tulang), eversi (perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian), pronasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah), supinasi (pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas) dan oposisi (gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama) yang dilakukan pada setiap ekstermitas kanan atas dan bawah pasien.

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

BAB IV

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn. Y dengan Stroke Infark dari tanggal 14 – 17 April 2024, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. Y dengan Stroke Infark di ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn. Y yaitu pasien mengeluh ekstremitas kanan tidak bisa digerakan dan nyeri kepala yang hilang timbul.
2. Penulis mampu menegakkan permasalahan pada Tn. Y dengan Stroke Infark di Ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat, adapun diagnosis yang muncul pada Tn. Y yaitu sebanyak 4 diagnosis keperawatan :
 - a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan gangguan muskuloskeletal
 - b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
 - c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak
 - d. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. Y dengan Stroke Infark di ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan Stroke Infark di ruang Aburahman 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 dan keluarga pasien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. Y dengan Stroke Infark di ruang Aburahman Bin Auf II Rsud Al – Ihsan Provinsi Jawa Barat, dengan melihat perkembangan pasien dan 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 terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada salah satu diagnosis keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik yang efektif untuk pasien dengan stroke infark.

7. Penulis berhasil mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan intervensi *Range Of Motion* pasif. Dengan hasil pelaksanaan menunjukan adanya peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas kanannya.

4.2. Saran

4.2.1. Rumah Sakit

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

4.2.2. Instansi Perguruan Tinggi

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

4.2.3. Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar tidak dilaukan latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada pasien Stroke Infark yang kondisi pasiennya belum stabil.

DAFTAR PUSTAKA

- Amira, M. Kep., Johan M.Kom. 2020. *Keperawatan Keluarga Askep Stroke*.
https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Keluarga_Askep_Str/_3flDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1.
- Andriani, Dian et al. 2022. “Pengaruh Range of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke.” *Indogenius* 1(1): 34–41.
- Anila, Anila, Hendra Kusumajaya, and Maryana Maryana. 2023. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidaklengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap.” *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 5(2): 627–36.
- Belakang, A Latar. 2022. “Et Al ., 2022).” 261: 1–7.
- Bella, Cindita, Anik Inayati, and Immawati Immawati. 2021. “Penerapan Range of Motion (Rom) Pasif Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Kota Metro.” *Jurnal Cendikia Muda* 1(2): 216–22.
<http://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/203>.
- Beno, J, A.P Silen, and M Yanti. 2022. “KARAKTERISTIK FAKTOR RISIKO STROKE HEMORAGIK DAN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD KOTA BEKASI.” *Braz Dent J.* 33(1): 1–12.
- Faridah, Achlish Abdillah, Indriana Noor Istiqomah, Syaifuddin Kurnianto, and Nur Khovifah. 2022. “The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review.” *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)* 2(2): 137–42.

Gopar, Abdul. 2021. *Tatalaksana Stroke Dan Penyakit Vaskuler Lain*.

https://www.google.co.id/books/edition/Tatalaksana_Stroke_dan_Penyakit_Vaskuler/TTUWEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+stroke&printsec=frontcover.

Hsu, Chia Yu et al. 2022. “Feasibility and Potential Effects of Robot-Assisted Passive Range of Motion Training in Combination With Conventional Rehabilitation on Hand Function in Patients With Chronic Stroke.” *Journal of Rehabilitation Medicine* 54(6).

Inayanti, Anik. 2023. *Buku Ajar Keterampilan Keperawatan Medikal Bedah*.

https://books.google.co.id/books?id=cc3DEAAAQBAJ&pg=PA65&dq=Buku+rom&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwj8n7a7oo-OAxUzimMGHTheBQEQ6wF6BAgIEAU#v=onepage&q=Bukurom&f=false.

Lestari, Inka et al. 2024. “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Stroke Infark.” *Jurnal Global Ilmiah* 1(9): 489–92.

Mardiyanti, C, L.N Aini, and Z Amien. 2021. “Pengaruh Penerapan ROM Pada Ekstremitas Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik.” *Jurnal Kendedes Malang* 3(2): 1–23.

Moon, Byoung Hyoun, and Ji Won Kim. 2024. “The Effects of a Floss Band on Ankle Range of Motion, Balance, and Gait in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Study.” *Healthcare (Switzerland)* 12(23): 1–10.

Muhammad Aldo Aditama, and Ummu Muntamah. 2024. “Pengelolaan Gangguan

Mobilitas Fisik Pada Pasien Hemiparesis Dengan Stroke Non Hemoragik.”

Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat 2(1): 7–14.

Mutaqin, Arif. 2022. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*.

https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asuhan_Keperawatan_Dgn_Gangguan/8UIJRjz95AC?hl=id&gbpv=1&dq=buku+stroke&pg=PA233&printsec=frontcover.

Mutiarasari, Diah. 2020. “Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention.” *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako* 1(1): 60–73.

Ns. Kristina, S.Kep., MSN., Sp.Kep.MB. 2024. “Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.”

https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asuhan_Keperawatan_Medikal_Bed/3jAGEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+stroke&pg=PA76&printsec=frontcover.

Nurchahya, Intan, Achmad Kusyairi, and Sunanto. 2023. “Pengaruh Pemberian Terapi Aktifitas Range of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke.” *Health Research Journal* 1(2): 11–21.

Pratama, Aditya Denny. 2024. “Jurnal Fisioterapi Terapan Indonesia Effectiveness of Using Soft Exosuit in Stroke Case to Improve Walking Speed And Endurance Effectiveness of Using Soft Exosuit in Stroke Case to Improve Walking Speed and Endurance.” 3(2).

Purba, Sry Desnayati et al. 2022. “Efektivitas ROM (Range of Motion) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Royal Prima Tahun

2021.” *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)* 7(1): 79.

Rafiudin, M. Agus, Indhit Tri Utami, and Nury Lutfiyanti Fitri. 2024. “Penerapan Range Of Motion (ROM) Aktif Cylindrical Grip Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik.” *Cendikia Muda* 4(3): 10.

Sholihah, Cholifatun, and Nurul Aktifah. 2021. “Penerapan Latihan ROM Aktif Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Bawah Pada Lansia Pasca Stroke.” *Seminar Nasional Kesehatan* (2017): 2332.

Ummah, Masfi Sya'fiatul. 2020. 11 Sustainability (Switzerland) *Modul Praktikum Keperawatan Dasar I*.

http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-gene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI.

Yeslin, Valensya. 2024. *Buku Keterampilan Klinis Keperawatan Agregat Komunitas*.

https://books.google.co.id/books?id=mcf8EAAQBAJ&pg=PA5&dq=Buku+rom&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwiUh5bto4-OAxUryDgGHXDEHf84ChDrAXoECAsQBQ#v=onepage&q=Bukurom&f=false.

Yudha, Fajar, Septi Kurniasari, and Yoga Nicolas Pradipta. 2021. “Pengaruh Pemberian Teknik Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragic (Snh).” *Jurnal Kesehatan STIKes IMC*

Bintaro 6(1): 2.

<http://jurnal.stikesimcbintaro.ac.id/index.php/djs/article/view/185>.

Zhao, Haonan et al. 2025. "Comprehensive Analysis of the Ischemic Stroke Burden at Global, Regional, and National Levels (1990-2021): Trends, Influencing Factors, and Future Projections." *Frontiers in neurology* 16(March): 1492691.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40177409><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC11961430>.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Dokumentasi

Tanggal : 14 April 2025



Lampiran 2 SOP Range Of Motion (ROM)

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP <i>RANGE OF MOTION</i> (ROM)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
Tujuan	1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur Kerja	Tahap Kerja Gerakan rom 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah. 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping

	kiri dan kanana 5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut Ankat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar ke arah dalam dan luar. 7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah. 8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan Membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri. INGAT. Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan seringan mungkin.
Evaluasi	a. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku. b. Beri reinforcement positif c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Mengakhiri kegiatan dengan baik