

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DENGAN
INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)
DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF 2 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

AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI, S.Kep
KHGD24039



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DENGAN
INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)
DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF 2 RSUD AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

NAMA : AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI

NIM : KHGD24039

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DENGAN
INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)
DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF 2 RSUD AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**
NAMA : AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI
NIM : KHGD24039

Garut, September 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Dr. Ns. Iwan Wahyudi, M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes
Karsa Husada Garut

Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep., Ns., M.Pd

Mengesahkan,
Pembimbing

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

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

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DENGAN
INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM)
DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF 2 RSUD AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

NAMA : AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI

NIM : KHGD24039

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

Garut, September 2025

Menyetujui,

Mengetahui,
Pembimbing

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

Penguji I

Penguji II

Dr. Ns. Iwan Wahyudi, M.Kep

Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep., Ns., M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

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

Garut, September 2025

Pembuat Pernyataan

Azima Putri Ihda Asipa Sani

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN SISTEM PERSARAFAN STROKE INFARK DENGAN INTERVENSI LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DI RUANG ABDURAHMAN BIN AUF 2 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI

KHGD24039

Stroke infark adalah gangguan suplai darah ke otak akibat penyumbatan. Pasien mengalami beberapa masalah, termasuk hilangnya fungsi motorik dan sensorik. Hal ini mengakibatkan kelemahan pada anggota tubuh, yang dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari. Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian di otak tidak mendapat pasokan oksigen. Hal tersebut mengakibatkan sel atau jaringan di otak mengalami kematian. 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 diatasi dengan melakukan terapi *Range Of Motion*, hal ini ditandai dengan klien mengalami kekakuan pada sendi dan mengalami penurunan kekuatan otot. Latihan *Range Of Motion* dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Maka dari itu, terapi *Range Of Motion* sudah terbukti secara empiris sebagai intervensi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke infark di Ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan. Dari analisis asuhan keperawatan menunjukkan bahwa *Range Of Motion (ROM)* dapat diterapkan dalam praktik keperawatan dengan frekuensi dan durasi yang lebih lama, sehingga mencapai hasil yang optimal.

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

ABSTRACT
NURSING CARE ANALYSIS OF MRS. S WITH STROKE INFARCTION
NERVOUS SYSTEM USING RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISE
INTERVENTION IN ABDURAHMAN BIN AUF 2 ROOM, AL-IHSAN
GENERAL HOSPITAL, WEST JAVA PROVINCE

AZIMA PUTRI IHDA ASIPA SANI
KHGD24039

Stroke infarction is a blood supply disorder to the brain due to blockage. The patient experienced several problems, including loss of motor and sensory functions. This results in weakness in the limbs, which can affect daily activities. Stroke occurs when blood vessels in the brain rupture or become blocked, disrupting blood flow and causing parts of the brain to be deprived of oxygen. This results in the death of brain cells or tissue. This case study aims to provide an overview of the application of Range of Motion therapy as an intervention for patients with ischemic stroke experiencing physical mobility impairments. The method used is a descriptive case study involving anamnesis, observation, physical examination, and medical records. The participants in this study were stroke infarction patients who were given Range of Motion therapy. The results of the case study on stroke infarction patients with physical mobility problems showed that these problems could be overcome by performing Range of Motion therapy, as indicated by the clients experiencing joint stiffness and decreased muscle strength. Range of Motion (RM) exercises can stimulate muscle activity, increasing neuromuscular activation and muscle chemistry. Therefore, ROM therapy has been empirically proven as an intervention for impaired physical mobility in stroke and infarction patients in the Abdurahman Bin Auf 2 Ward of Al-Ihsan Regional Hospital. Nursing care analysis indicates that ROM can be implemented in nursing practice with greater frequency and duration, achieving optimal results.

Keywords: Physical mobility, Range of Motion, Stroke Infarction

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Rosululloh SAW, serta keluarga dan umatnya sepanjang zaman. Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Sistem Persarafan Stroke Infark Dengan Intervensi Latihan *Range of Motion* (ROM) Di Ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”. Pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN-N) ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. Ns. Iwan Wahyudi, M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut dan selaku Penguji I
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut
4. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, arahan, masukan, motivasi, dan bimbingan bagi penyusun

5. Bapak Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep., Ns., M.Pd selaku penguji II
6. Seluruh staf dosen dan staf pengajar STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat (khususnya staf dosen program studi profesi ners)
7. Kedua orang tua tercinta Alm. Us Suntama Mardzuki seseorang yang biasa saya sebut papah yang paling saya rindukan dan berhasil membuat saya bangkit dari kata menyerah. Kini penulis sudah berada ditahap ini, menyelesaikan KIAN sederhana ini sebagai perwujudan terakhir sebelum engkau benar-benar pergi. Perempuan hebat Lia Rosmawati yang biasa saya sebut mamah, terimakasih untuk semua doa, selalu mensupport dan memberikan materi, sehat selalu dan hidup lebih lama lagi
8. Teruntuk kakak dan adik tersayang terimakasih sudah mendukung dan memberikan motivasi
9. Teruntuk sahabat dan teman-teman seperjuangan yang telah menemani dalam keadaan apapun, yang telah menjadi support sistem terbaik, dan membantu memberikan ide pembuatan KIAN ini
10. Dan terakhir, kepada diri saya sendiri Azima Putri Ihda Asipa Sani terimakasih sudah bertahan sejauh ini, terimakasih tetap memilih untuk terus berproses dan berusaha hingga akhir

Semoga Allah senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan KIA ini masih jauh dari kata sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman serta pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan

segala masukan demi perbaikan. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut, September 2025

Azima Putri Ihda Asipa Sani

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus	6
1.3 Manfaat Penulisan	6
1.3.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.3.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Stroke	8
2.1.1 Definisi Stroke.....	8
2.1.2 Etiologi Stroke.....	9
2.1.3 Faktor Resiko Stroke	10
2.1.4 Klasifikasi Stroke	13
2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke	15
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Stroke	16
2.1.7 Patofisiologi Stroke	17
2.1.8 Pathway Stroke.....	19
2.1.9 Penatalaksanaan	20
2.1.10 Komplikasi.....	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik	23
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	35
2.2.4 Implementasi Keperawatan	45
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	45
2.3 Konsep Range of Motion (ROM)	46
2.3.1 Pengertian Range of Motion (ROM).....	46
2.3.2 Tujuan Range of Motion (ROM)	46
2.3.3 Manfaat Range of Motion (ROM)	48
2.3.4 Indikasi Umum.....	48
2.3.5 Kontraindikasi Umum	48
2.3.6 Prinsip Latihan Range of Motion (ROM)	48
2.3.7 Jenis-jenis Range of Motion (ROM).....	49
2.3.8 Tahapan Gerakan Range of Motion (ROM)	50

2.4 Evidence Based Practice (EBP).....	52
2.4.1 Pengaruh Range of Motion (ROM) pada Penyakit <i>Stroke</i>	52
BAB III TINJAUAN KASUS.....	58
3.1 Tinjauan Kasus	58
3.1.1 Pengkajian.....	58
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	75
3.1.3 Intervensi Keperawatan	78
3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	81
3.1.5 Catatan Perkembangan	92
3.2 Pembahasan	93
3.2.1 Tahap Pengkajian.....	93
3.2.2 Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromusculer ...	95
3.2.3 Perencanaan Keperawatan	97
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	98
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	99
3.3 Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)	101
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
4.1 Kesimpulan.....	103
4.2 Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	106
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	108

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Nilai Kekuatan Otot	31
Tabel 2. 2 Pemeriksaan Saraf Kranial.....	31
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 2. 4 Gerakan Range of Motion (ROM)	50
Tabel 2. 5 Evidence Based Practice	56
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari	69
Tabel 3. 2 Tabel IMT	70
Tabel 3. 3 Kebutuhan Kalori.....	70
Tabel 3. 4 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)	71
Tabel 3. 5 Pemeriksaan Laboratorium	72
Tabel 3. 6 Terapi Medis	73
Tabel 3. 7 Analisa Data.....	74
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan.....	78
Tabel 3. 9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	81
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan.....	92

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (2018) menjelaskan bahwa penyakit paling umum pemicu kematian adalah penyakit stroke dan menjadi peringkat kedua di dunia. Di Indonesia sendiri, stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian setelah jantung dan kanker. Stroke adalah gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh yang berlangsung dengan cepat. Adapun akibat dari stroke dapat menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan kata-kata, kehilangan keseimbangan, gangguan kesadaran atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler.

Stroke adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan aliran darah ke area otak yang terlokalisasi (LeMone *et al.*, 2016). Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik atau stroke infark terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Stroke hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena perdarahan *subarachnoid* yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di area otak, dan biasanya terjadi pada saat penderita sedang melakukan aktivitas (Yulianto, 2021).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2022, terdapat 12.224.551 kasus terbaru setiap tahun dan 101.474.558 individu

yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Kasus stroke terbaru 13,7 juta kasus setiap tahunnya dan kurang lebih 5,5 juta mengalami kematian. Jumlah pasien stroke semakin meningkat setiap tahunnya. Diseluruh dunia penderita stroke ditafsirkan memperoleh 50 juta jiwa dan 9 juta diantaranya menderita kecacatan berat. Lebih mengkhawatirkan lagi 10% dari mereka yang terkena stroke berujung pada kematian.

Stroke menjadi salah satu penyakit yang bisa merusak otak, yang dapat terjadi secara bertahap, mendadak, dan cepat karena terganggunya sirkulasi darah *non-traumatic* (Riskesdas, 2018). Data Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan, prevalensi penyakit stroke Indonesia mencapai 8,3 per mil atau per 1.000 penduduk usia di atas 15 tahun pada tahun lalu. Sebesar 14,5% angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia. Stroke non hemoragik diyakini sebagai jenis stroke yang paling banyak di Indonesia, dengan presentase 85-87% dari seluruh kasus stroke menjadi penyebab kematian hampir di semua rumah sakit di Indonesia.

Stroke dapat diakibatkan karena adanya beberapa faktor risiko yaitu yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, merokok, diet dan aktivitas, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia jenis kelamin, dan rasa atau etnik (Boehme, Esenwa & Elkind, 2017). *Stroke Non Hemoragic* (SNH) yaitu adanya gangguan fungsi otak karena sumbatan pembuluh darah (Azizah & Wulan, 2023). Penyakit ini mengakibatkan gangguan neuromuscular, pada gerak motoric akan kehilangan kontrol

volunteer terhadap gerakan motorik, gangguan fungsi persyarafan yang akan menimbulkan perubahan fungsi otak, gangguan penglihatan, dan gangguan berbicara. Gangguan berbicara pada klien dengan post SNH disebut dengan gangguan komunikasi verbal (Yuliyanto *et al.*, 2021). Gangguan komunikasi verbal yang terjadi pada SNH yaitu adanya penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan atau menggunakan sistem simbol (DPP PPNI, 2017).

Masalah kesehatan yang muncul dari serangan penyakit stroke sangat bervariasi tergantung luas daerah otak yang mengalami infark atau kematian jaringan dan lokasi yang terkena. Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami Bahasa. Secara umum afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia broca, yang ditandai dengan kesulitan dalam mengontrol koordinasi, bicara lisan tidak lancar, dan ucapannya sering tidak dimengerti oleh orang lain (Sofiatun, 2020).

Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik pasien mengalami kelemahan atau hemiparesis yang menyebabkan kemampuan beraktivitas terganggu (Nasir, 2019). Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan fisiologis dalam kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan

menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal (Haswita & Reni, 2018). Akibat adanya gangguan motorik pada otak, maka otak akan diistirahatkan sehingga menyebabkan atrofi otot. Atrofi otot menyebabkan kekakuan otot, sehingga otot yang kaku tersebut dapat mengalami keterbatasan gerak pada pasien (Kusuma & Sara, 2020). Pasien stroke yang mengalami hemiparesis dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menurunnya aktifitas sehari-hari. Hemiparesis pada pasien stroke dapat mengakibatkan ketidakmampuan dan ketergantungan. Perubahan fisik yang dialami pasien stroke akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Permatasari, 2020).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis, penatalaksanaan farmakologis pada pasien stroke menurut Mutiarasari (2019), yaitu dengan pemberian obat Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA), terapi antikoagulan dan terapi antiplatelet. Selain dengan intervensi farmakologis, upaya meningkatkan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari pasien stroke juga dapat dilakukan dengan cara non farmakologis seperti Latihan fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan *evidence based nursing* seperti terapi ROM dengan menggenggam bola karet, mobilisasi dan rangsangan

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

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Stroke Infark Pada Ny. S dengan Latihan ROM Pasif Sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis asuhan keperawatan Stroke Infark Pada Ny. S dengan Latihan ROM Pasif sebagai Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian data fokus pada pasien Ny. S dengan stroke infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan
- b. Mampu menegakan masalah keperawatan berdasarkan masalah prioritas pada pasien stroke infark di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan *Evidence Based Practice* (EBP) melalui Penerapan Latihan *Range Of Motion* (ROM) pada pasien stroke infark
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan melalui Penerapan Latihan *Range Of Motion* (ROM) pada pasien stroke infark
- e. Menganalisis evaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny.S dengan Stroke Infark melalui tindakann ROM pasif di Ruang Abdurrahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan atau mengembangkan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya asuhan keperawatan pada pasien stroke infark. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan medikal bedah bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut. Hasil ini

dapat diproses untuk menjadi dasar atau data yang mendukung untuk pengajaran ilmu keperawatan medikal bedah.

1.3.2 Manfaat Praktis

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa digunakan untuk referensi dalam penyusunan Standar Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Infark dan dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien sehingga dapat menjadi peningkatan kualitas perawat pelaksana tentang dokumentasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

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

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

Kondisi yang mendasari stroke non hemoragik adalah terjadinya penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah atau yang biasanya disebut aterosklerosis. Kolesterol, homosistein dan

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

2.1.1 Etiologi Stroke

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

a. Trombosis Serebral

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

b. Hemoragik (Perdarahan)

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau 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.

2.1.2 Faktor Risiko Stroke

Menurut Mutiarasari (2019), stroke non hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor resiko yang diantaranya:

a. Faktor Resiko Gaya Hidup

1. Kelebihan berat badan atau obesitas

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

2. Alkohol

Pada peminum alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

3. Merokok

Pada perokok akan terjadi penimbunan lemak pada dinding arteri koroner. Pembuluh darah nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

4. Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

b. Faktor Risiko Medis

1. Hipertensi

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

2. Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang

kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

3. Kolestrol Tinggi

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

4. Penyakit Kardiovaskuler

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

5. Riwayat keluarga

Yang terkena stroke Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke

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

1. Usia

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

2. Ras

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

3. Jenis kelamin

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

2.1.3 Klasifikasi Stroke

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

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemoragik 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 Iskemik

Stroke iskemik atau infark terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Biasanya terjadi saat istirahat, baru bangun tidur di pagi hari. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

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

2) Stroke involusi

Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin memburuk, 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.

2.1.4 Manifestasi Klinis Stroke

Gejala yang umum muncul pada stroke iskemik meliputi mati rasa mendadak (parestesia) serta kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis). Terdapat pula istilah FAST (Face, Arm, Speech, Time) yang berarti “cepat.” Akronim ini digunakan sebagai panduan untuk mengenali tanda-tanda stroke, yaitu: kelainan pada wajah (face) seperti wajah tampak perot, kelemahan pada lengan (arm) misalnya salah satu sisi tidak dapat diangkat dengan baik, serta gangguan bicara (speech) berupa ucapan yang tidak jelas atau kesulitan memahami percakapan (Esti & Johan, 2020).

Adapun tanda-tanda stroke yang dapat dialami pasien di antaranya:

- a. Gangguan neurologis yang bersifat ganda (multiple) dengan penurunan fungsi sesuai lokasi otak yang terdampak.
- b. Hemi- atau monoparesis (kelumpuhan pada separuh tubuh atau satu bagian anggota gerak).

- c. Vertigo dan penglihatan ganda (double vision) akibat keterlibatan sirkulasi posterior.
- d. Afasia, yaitu kesulitan berbicara maupun memahami pembicaraan
- e. Disartria (kesulitan melafalkan kata dengan jelas), penurunan lapang pandang visual, serta perubahan tingkat kesadaran.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang Stroke

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

- a. Angiografi serebral
Menentukan penyebab stroke secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri
- b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)
Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum nampa oleh pemindai CT).
- c. CT-Scan
Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
- d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)
Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark dan hemoragik.

e. EEG (*Electroencephalogram*)

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

f. Pemeriksaan laboratorium

1) Lumbang fungsi

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

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

3) Pemeriksaan kimia darah

pada 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

2.1.6 Patofisiologi Stroke

Otak memiliki tingkat metabolisme yang sangat tinggi. Walaupun beratnya hanya sekitar 2% dari total berat badan, organ ini menggunakan sekitar 20% oksigen dan darah yang beredar di tubuh. Dalam kondisi normal, aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan melalui mekanisme autoregulasi sebesar ± 58 ml/100 gr/menit dengan rentang tekanan arteri rata-rata (MABP) antara 50–

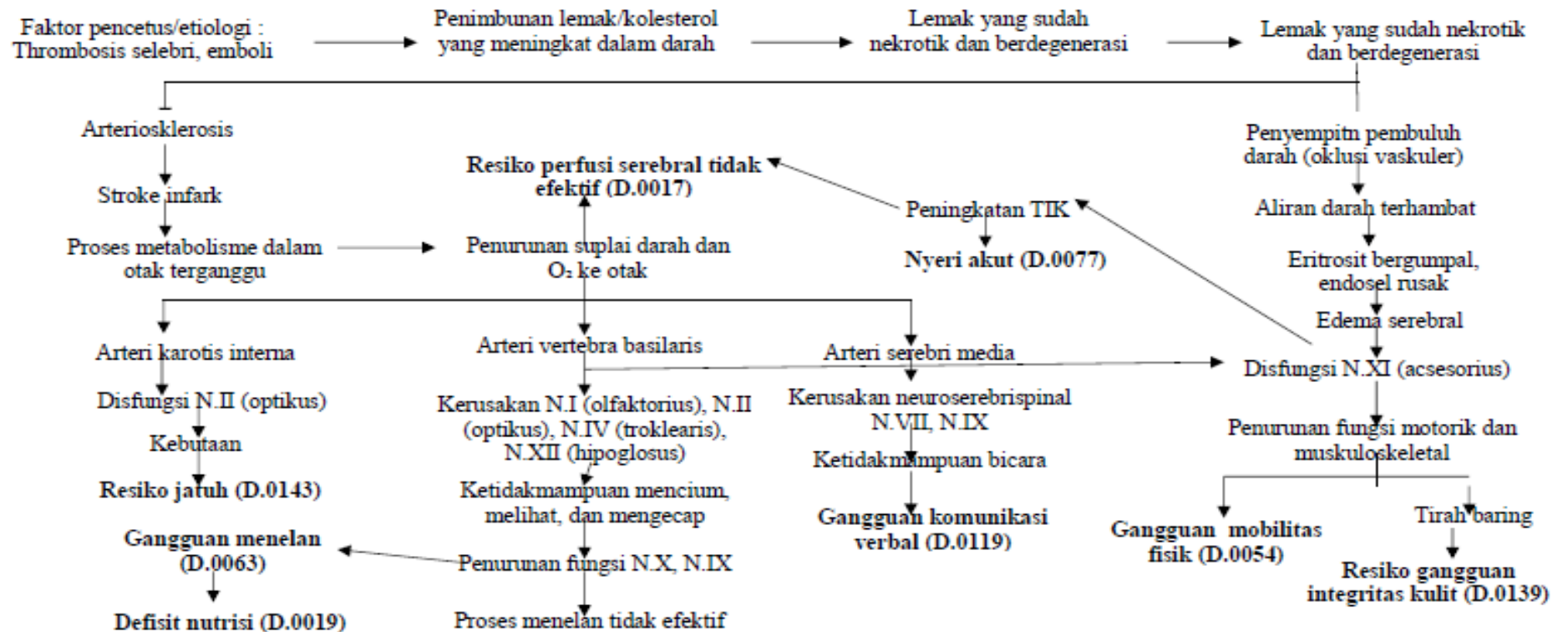
160 mmHg. Bila tekanan darah melebihi 160 mmHg, dapat terjadi edema serebri, sedangkan bila MABP turun di bawah 50 mmHg, maka iskemia akan muncul (Ikawati & Anurogo, 2018).

Iskemia dapat menyebabkan kerusakan permanen pada jaringan otak karena aliran darah berkurang atau terhenti akibat adanya sumbatan yang menghambat suplai oksigen. Faktor risiko seperti hipertensi, diabetes mellitus, kebiasaan merokok, dan stres berperan dalam meningkatkan tekanan darah, yang pada akhirnya dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Hal ini terjadi karena dinding arteri yang tipis akibat kerusakan plak menjadi rapuh. Perdarahan yang timbul bisa menimbulkan hematoma di dalam otak atau darah masuk ke ruang subarakhnoid. Pecahnya pembuluh darah juga dapat memicu vasokonstriksi, sehingga aliran darah ke otak semakin berkurang dan menimbulkan gejala sesuai area yang terkena (Ikawati & Anurogo, 2018).

Aliran darah menuju otak terutama melalui dua arteri karotis yang memasok bagian depan otak di sisi kiri dan kanan, serta dua arteri vertebralis yang membawa darah ke batang otak dan bagian belakang otak. Fungsi otak kanan umumnya berkaitan dengan persepsi ruang, pengenalan tubuh, keterampilan menggambar, seni, dan arsitektur, sedangkan otak kiri berhubungan dengan kemampuan berpikir logis, berbicara, berhitung, dan menulis (Ikawati & Anurogo, 2018)

2.1.7 Pathway Stroke

Bagan 2.1 Bagan Pathway Stroke



2.1.8 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Keperawatan

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

1) Penatalaksanaan pada fase akut

Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang. Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke massif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

2) Penatalaksanaan pada fase paska akut

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

keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik. Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intracranial. Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT. Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak. Gerakan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota gerakannya atau latih ROM pasif. Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.

b. Penatalaksanaan medis

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

- 1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
- 2) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskuler.
- 3) Medikasi anti trombosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.
- 4) Antibiotik untuk menghancurkan thrombus.

- 5) Penanganan supprotif imun.
- 6) Memberikan pemeliharaan jalan napas dan ventilasi yang adekuat.
- 7) Memberikan volume darah dan tekanan darah yang adekuat.
- 8) Koreksi jantung gangguan antara lain gagal jantung atau aritmia.
- 9) Meningkatkan aliran darah serebral (dilakukan pada stroke non hemoragik).
- 10) Evaluasi tekanan darah.
- 11) Melakukan intervensi bedah.
- 12) Ekspansi volume intravaskuler
- 13) Berikan obat anti koagulan
- 14) Pengontrolan tekanan intrakranial dengan memberikan obat-obatan.

2.1.9 Komplikasi

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

- a. Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b. Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di 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 aktivitas 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

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

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

a. Identitas klien

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

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke 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

Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

d. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, 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) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi,

mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

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

6) Hidung

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

lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

6) Telinga

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

7) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus: biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

8) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

b) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

9) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

10) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus kadang terdapat incontinensia atau retensio urine dan konstipasi.

11) Ekstermitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku 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 (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat 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 (+)). Pemeriksaan ekstermitas Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Nilai kekuatan otot adalah sebagai berikut (Setiadi & Irawandi, 2020).

Tabel 2. 1 Nilai Kekuatan Otot

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

12) Pemeriksaan neurologi

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

Tabel 2. 2 Pemeriksaan Saraf Kranial

Bagian yang Dikaji	Hasil Pemeriksan
Saraf I Olfaktorius	Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
Saraf II Optikus	Disfungsi persepsi visual karena gangguan jalur sensori primer diantara 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

Bagian yang Dikaji	Hasil Pemeriksaan
Saraf III, IV, dan VI Okulomotorius, Troklearis, Abdusen	Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat atau Gerakan mata, konstriksi pupil akomodasi
Saraf V Trigeminus	Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah satu sisi otot pteringoideus intermus dan eksternus
Saraf VII Fasialis	Persepsi pengecapan dalam batas normal wajah asimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. Pada pasien stroke saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan
Saraf VIII Akustikus (auditoris)	Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi dan biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas
Saraf IX dan X Glosofaringeal, 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 Hipoglosus	Lidah simetris , terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon seseorang terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan, atau rentang respon individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas.

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

a. Analisa data

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

1) Bandingkan data dengan nilai normal

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

2) Pengelompokan data

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

3) Identifikasi masalah

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

4) Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosa keperawatan. Ada dua cara merumuskan diagnosis, yaitu :

a) Penulisan tiga bagian (three part)

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

b) Penulisan dua bagian (two part)

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

b. Diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke adalah :

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)
- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
- 5) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)
- 6) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)

- 7) Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)
- 8) Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

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

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (SDKI D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI L.02014) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intracranial menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah 5. Nilai tekanan darah membaik	(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial L. 09325) Observasi : 1. Identifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure) 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika perlu 7. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 8. Monitor status pernafasan 9. Monitor intake dan output cairan 10. Monitor cairan serebral-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 pemberian cairan IV hipotonik 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan anto konvulsan, jika perlu 18. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 19. Kolaborasi pelunak tinja, jika perlu	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensi peningkatan TIK 3. Untuk pemantauan peningkatan TIK 4. Untuk menilai volume intravaskuler dan sebagai panduan manajemen cairan 5. Untuk mengetahui nilai tekanan pada arteri pulmonal 6. Untuk mengetahui dan menentukan adanya tekanan cairan serebrospinal tinggi atau rendah 7. Berguna untuk penatalaksanaan adanya gangguan perfusi pada serebral 8. Untuk pemantauan pola pernapasan klien dan kebutuhan O2 9. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah terjadinya syok hipovolemik 10. Untuk menentukan penyebab atau diagnosa untuk diberikan penatalaksanaan 11. Untuk memberikan ketenangan dan nyaman untuk klien 12. Posisi semi fowler untuk membantu menurunkan TIK, menjaga MAP tidak

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
			meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung 13. Untuk menghindari terjadinya peningkatan aliran darah ke otak secara tiba-tiba dan menghindari pecahnya pembuluh darah di serebral 14. Untuk menghindari terjadinya resiko cedera pada klien 15. Untuk menghindari terjadinya pembengkakan sel karena cairan hipotonik dapat bergeser ke dalam sel 16. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan menjadi rileks dengan suhu yang normal 17. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil : (SLKI L.0542) 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilitas I.05173 Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan latihan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien 5. Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi 9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, (mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)	6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot 7. Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi 8. Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien 9. Untuk memberikan pengetahuan keluarga agar bisa dilakukan secara mandiri
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : (L.13118) 1. Kesesuaian ekspresi 2. Wajah/tubuh meningkat 3. Pola menurun 4. Gagap menurun	Promosi Komunikasi : Defisif Bicara (I.13492) Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Terapeutik : 4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 5. 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) 6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 7. Ulangi apa yang disampaikan pasien Edukasi :	1. Untuk melihat gangguan komunikasi pada klien 2. Untuk mengetahui mengetahui proses kognitif, abatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Untuk bisa memahami apa yang disampaikan klien 4. Untuk mempermudah klien ketika diajak berkomunikasi 5. Untuk mengkorfimasi apa yang disampaikan klien benar 6. Agar ucapan klien lebih jelas dan melatih artikulasi klien 7. Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi dari segi bahasa maupun bicara 8. Untuk mempercepat penyembuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		8. Anjurkan berbicara perlahan 9. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: (SLKI L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 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 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik ; 8. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan memonitor nyeri secara 15. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat	1. Untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien 3. Untuk mengetahui ekspresi wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul 4. Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan nyerinya 5. Untuk mnegurangi nyeri klien 6. Untuk menilai apakahterpi komplementer yang diberikan berpengaruh untuk pasien atau tidak 7. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien 8. Untuk meningkatkan kenyamanan, mengurangi nyei dengan nonfarmakologis 9. Agar kebutuhan tidur klien terpenuhi 10. Agar tindakan yang diberikan sesuai dengan jenisnyeri dan sumber nyeri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		16. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien 11. Agar klien dapat menghindari penyebab dari nyeri
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil: (SLKI L.06052) 1. Refleks menelan membaik 2. Frekuensi tersedak menurun 3. Batuk menurun	Dukungan perawatan diri : makan/minum (SIKI 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 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 Edukasi : 12. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi : 13. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	1. Untuk mengetahui diet apa yang harus dianjurkan pada klien 2. Untuk mengetahui kemampuan menelan klien dan melakukan penatalaksanaan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien 3. Untuk menilai adanya kekurangan cairan atau tidak 4. Untuk meningkatkan kenyamanan klien ketika makan 5. Untuk menghindari terjadinya tersedak dan agar klien dapat makan dengan rapi 6. Untuk meningkatkan nafsu makan klien dan menjaga kebersihan mulut 7. Agar makanan dapat terlihat oleh klien 8. Untuk memudahkan klien ketika minum 9. Makanan dengan keadaan hangat dapat meningkatkan nafsu makan dan menghindari mual pada klien 10. Untuk meningkatkan nafsu makan klien agar klien bersedia untuk memakan makanannya

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
			11. Bantuan diberikan pada klien yang mengalami imobilisasi agar nutrisi terpenuhi 12. Untuk meningkatkan pengetahuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai dengan kondisinya 13. Terapi diberikan untuk mengurangi jika ada mual atau keluhan lainnya
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : (SLKI L.03030) 1. Porsi makan dihabiskan 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nyeri 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor berat badan Terapeutik : 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu 8. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) 9. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 10. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 11. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein 12. Berikan suplemen makanan jika perlu 13. Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 14. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Kolaborasi :	1. Untuk mengetahui status nutrisi klien 2. Untuk menghindari makanan yang menyebabkan klien mengalami alergi 3. Untuk meningkatkan nafsu makan klien 4. Untuk mengetahui kebutuhan kalori yang dibutuhkan klien 5. Untuk tetepa bisa memenuhi kebutuhan nutrisi klien 6. Untuk mengetahui IMT klien dan penatalaksanaan yang diberikan 7. Untuk meningkatkan kebersihan oral dan meningkatkan nafsu makan klien 8. Untuk memberikan nutrisi sesuai dengan kebutuhan klien 9. Agar nafsu makan klien meningkat 10. Untuk memperlancar proses pencernaan khususnya BAB klien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		15. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, anti emetik), jika perlu 16. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.	11. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar seimbang 12. Untuk memebikan rangsangan dan meningkatkan nafsu makan klien 13. Untuk menghindari terjadinya kelebihan nutrisi yang diberikan 14. Untuk menghindari terjadinya aspirasi/ tersedak ketika makan 15. Untuk mengurangi jika ada keluhan mual atau nyeri sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi 16. Untuk menentukan kebutuhan nutrisi klien sesuai dengan keadaan klien
Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan tirah baring (SDKI D.0139)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : (SLKI L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun, elastisitas meningkat	Perawatan Integritas Kulit (I.1135) 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 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 Edukasi :	1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya gangguan pada kulit untuk menghindari terjadinya kerusakan kulit 2. Untuk mengindari kulit lembab dan tidak terjadinya keruakan kulit 3. Agar terhindar dari kerusakan kulit 4. Agar kebersihannya tetap terjaga dan menghindari terjadinya kerusakan kulit 5. Untuk menjaga kelembapan kulit dan tidak kering 6. Untuk menghindara terjadinya iritasi pada kulit 7. Untuk menjaga kelembapan kulit 8. Untuk menjaga hidrasi kulit

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		7. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 8. Anjurkan minum air yang cukup 9. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 10. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 11. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	9. Untuk menghindari terjadinya luka bakar 10. Untuk melindungi kulit dari paparan sinar UV 11. Untuk mencegah kulit menjadi kering
Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan, kriteria hasil : (SLKI L.14138) 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun 4. Jatuh saat dikamar mandi 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 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	1. Untuk mengetahui penyebab akan terjadinya resiko jatuh 2. Untuk menghindari terjadinya jatuh 3. Untuk menghilangkan faktor penyebab terjadinya resiko jatuh pada lingkungan agar lingkungan menjadi aman untuk klien 4. Untuk meminimalisir terjadinya resiko jatuh 5. Untuk memberikan perhatian lebih agar klien terhindar dari resiko jatuh 6. Agar klien mengetahui posisi yang aman untuk klien melakukan perpindahan atau melakukan aktivitas 7. Agar mencegah terjadinya resiko jatuh 8. Alat bantu jalan diberikan agar klien mendapatkan bantuan dengan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
		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	adanya tahanan dari alat tersebut untuk melakukan aktivitas/ berjalan 9. Bel digunakan klien untuk meminta bantuan agar klien tidak kesulitan ketika meminta bantuan

2.2.4 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).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah pertandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Basri, 2020).

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

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien cedera kepala sedang dengan risiko perfusi serebral tidak efektif diharapkan pasien mengalami peningkatan kesadaran.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah Tindakan dilakukan.
- c. *Assessment*. 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)

Latihan ROM atau *Range of Motion* adalah latihan yang menggerakkan bagian tubuh untuk menjaga fleksibilitas dan kemampuan menggerakkan sendi. Latihan ROM biasanya terjadi pada pasien yang tidak menyadari pergerakan terbatas yang tidak dapat melakukan beberapa jenis latihan fisik secara mandiri (Simamora *et al.*, 2023). Latihan yang disebut ROM adalah latihan yang memperbaiki aliran darah perifer dan menghentikan kekakuan otot atau sendi dengan menggerakkan sendi lebih luas. Latihan-latihan ini mengekalkan atau meningkatkan kemampuan untuk mengatur sendi secara normal dan lengkap untuk membantu otot menjadi lebih kuat dengan waktu

sehingga mencegah deformitas, kekakuan, dan kontraktur. Hal ini juga penting untuk pemulihan sendi dan otot setelah operasi untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Ernawati and Baidah, 2020).

Range of Motion (ROM) yaitu derajat untuk mengukur kemampuan suatu tulang, otot dan sendi dalam melakukan pergerakan. ROM adalah jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagittal, transversal, dan frontal. Potongan 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 (Istichomah, 2020).

Range of Motion (ROM) dapat diartikan sebagai latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan kekuatan otot dan tonus otot (Potter & Perry (dalam Setyawan A.D, Rosita A, dan Yunitasari N, 2017)).

2.3.2 Tujuan Range of Motion (ROM)

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

2.3.3 Manfaat Range of Motion (ROM)

Menurut Muttaqin A (2020) manfaat dari ROM, yaitu menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, mengkaji tulang, sendi dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.3.4 Indikasi Umum

Menurut L Lia Intan Lestari (2023) terdapat beberapa indikasi umum diantaranya :

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

2.3.5 Kontraindikasi Umum

Menurut SWDI Ariska (2021) terdapat beberapa kontraindikasi umum diantaranya :

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

2.3.6 Prinsip Latihan Range of Motion (ROM)

Menurut Physiopedia (2023) adapun prinsip latihan ROM, diantaranya:

- a. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari

- b. ROM dilakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- c. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki
- d. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
- e. Melakukan ROM harus sesuai waktunya.

2.3.7 Jenis-jenis Range of Motion (ROM)

Menurut Brunner & Suddarth's (2021) ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

a. ROM aktif

ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%.

b. ROM pasif

ROM pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%.

2.3.8 Tahapan Gerakan Range of Motion (ROM)

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

Tabel 2. 4 Gerakan Range of Motion (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°

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Ekstensi	Menggerakkan jari – jari tangan sehingga jari – jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama.	Rentang 80-90°
Hiperekstensi	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 genggam	Rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin	Rentang 90°
Hiperekstensi	Meregangkan jari – jari tangan kebelakang sejauh mungkin.	Rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari – jari tangan yang satu dengan yang lain.	Rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari – jari tangan	Rentang 30°
Ibu Jari		
Fleksi	Menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan.	Rentang 90°
Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan.	Rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari kedepan tangan.	Rentang 30°
Adduksi	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 kembali kesamping tungkai yang lain.	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 kearah 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)

2.4.1 Pengaruh Range of Motion (ROM) pada Penyakit Stroke

Faridah et al. (2022), mengatakan bahwa mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas. Latihan ROM pasif dapat menimbulkan rangsangan, sehingga meningkatkan aktivasi neuromuskular dan kimia otot. Rangsangan neuromuskular akan meningkatkan rangsangan serabut saraf otot tungkai terutama saraf parasimpatis merangsang produksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi. Melalui mekanisme otot terutama otot polos tungkai akan meningkatkan metabolisme kartilago posterior dan menghasilkan ATP yang digunakan oleh otot polos tungkai sebagai energi kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan. Pengaruh latihan ROM terhadap kekuatan otot pasien stroke ditentukan dengan melihat hasil penelitian dan hasil uji T, serta diperoleh pengaruh nilai rata-rata sebelum dan sesudah perlakuan. Hasil penelitian ini memperkuat upaya pemberian asuhan pada pasien stroke yang terdiagnosis asuhan terkait gangguan aktivitas fisik. Menderita hemiplegia/hemiplegia (Padila, 2016). Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah perawat menggunakan latihan rentang gerak pasif yang melibatkan pasien dan keluarganya sehingga mendapatkan hasil yang terbaik.

Berdasarkan Daulay et al. (2021), yang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion* (ROM) Pasif Terhadap

Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke” hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh latihan ROM pasif terhadap kekuatan otot dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan pvalue sebesar 0,001 pada ekstremitas bawah. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya pengaruh latihan ROM pasif terhadap rentang gerak sendi dengan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas atas dan p-value sebesar 0,001 pada ekstremitas bawah.

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

Sejalan dengan penelitian SUSanti, Difran Nobel Bistara (2019), tentang “*The Effect of Early Passive Range of motion Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial*” dengan studi uji coba terkontrol secara acak. Pasien dengan stroke iskemik pertama stroke dialokasikan secara acak ke kelompok

eksperimen (n=33) atau kontrol (n=19). Latihan rentang gerak pasif dilakukan pada kelompok eksperimen selama 48 jam pertama masuk dengan 6 – 8 kali latihan selama 30 menit. Sebelum intervensi, dan setelah 1 dan 3 bulan dilakukan intervensi, fungsi motorik diukur dengan skala penilaian kekuatan otot (skala Oxford) dan dibandingkan. Hasil penelitian ini juga menunjukkan setelah intervensi pada kelompok eksperimen dibelikan terdapat perbaikan yang signifikan fungsi motorik antara bulan pertama dan ketiga pada ekstremitas atas dan bawah.

Diperkuat dengan hasil penelitian Nistin, Kune (2021) tentang “Pengaruh Latihan *Range of motion* Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3”. Hasil penelitian menunjukkan latihan *range of motion* (ROM) aktif yang terprogram dan dilakukans secara berkesinambungan dan teratur dapat memberikan hasil yang optimal, karena semakin seringnya sendi digerakkan secara teratur dengan teknik yang tepat dan perlahan, maka dapat meningkatkan kekuatan otot dan respon syaraf pada penderita stroke non hemoragik pada ekstremitas bawah yang awalnya kurang menjadi baik kekuatan ototnya terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada lansia stroke non hemoragik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara latihan *range of motion* terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

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

Tabel 2. 5 Evidence Based Practice

No	Nama Peneliti dan Nama Jurnal	Judul	Metode	Sampel (N)	Tujuan	Hasil dan Kesimpulan	Instrumen
1.	Dian Andriani, Annisa Fitria Nigusyanti, Ayu Nalaratih, Desty Yuliawati, Fani Afifah, Fauzanillah, Fidiyanti Amatilah, Andan Firmansyah, Dedi Supriadi (2021)	Pengaruh Range Of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke	Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian Pre Experimental dengan pendekatan one group pre test-post test	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 44 orang dengan menggunakan teknik acciedental sampling	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke	Hasil penelitian menunjukkan pengaruh ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke	Instrumen penelitian ini adalah dengan cara mengukur kekuatan otot responden dari (0-5). Pemeriksaan kekuatan motorik ini dapat mengukur kekuatan otot sebelum dan sesudah intervensi (pre test-post tes)
2.	Susanti, Difran Nobel Bistara (2019)	Pengaruh <i>Range of Motion</i> terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke	Metode penelitian ini menggunakan Pra-Eksperimental <i>One-Group Pre-Post Test Design</i> dengan menggunakan statistik <i>wilcoxon sign rank test</i>	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 32 responden dengan menggunakan teknik <i>Simple Random Sampling</i>	Tujuan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh <i>Range of Motion</i> (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di wilayah Puskesmas Bulak Banteng Surabaya	Terdapat pengaruh antara <i>Range of Motion</i> (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke karena setiap responden mengalami peningkatan skala kekuatan otot setelah dilakukan ROM	Jenis instrumen yang digunakan pada variabel dependen (kekuatan otot) adalah lembar observasi tingkat kekuatan otot, sedangkan pada variabel independen adalah SOP ROM
3.	Nistain Kune, Nasrun Pakaya (2021)	Pengaruh Penerapan Latihan Gerakan ROM (Range of Motion) Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke	Metode penelitian ini menggunakan metode <i>Study Cohort</i>	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 14 pasien	Untuk mengidentifikasi kekuatan otot sebelum serta pasca dilaksanakan latihan ROM	Pasien stroke mengalami peningkatan kekuatan otot, sehingga temuan riset	Instrumen penelitian ini dengan cara mengukur kekuatan otot dari (0-5).

No	Nama Peneliti dan Nama Jurnal			Judul	Metode	Sampel (N)	Tujuan	Hasil dan Kesimpulan	Instrumen
4.	Kun	Ika	Nur	Pengaruh Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Stroke	Metode penelitian ini menggunakan metode Pre Ekeperimental Pre-post Test One Group Design	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 17 responden	Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh atihan Range of Motion	memperlihatkan mayoritas resp Hasil penelitian ini menunjukkan ada pengaruh pemberian latihan Range of Motion terhadap kemampuan motoric pada pasien stroke	Metode penelitian ini menggunakan paired sampel T-test
5.	Ferry,	Rahmawati	Dian Nurani	Pengruh Latihan Range of Motion (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke	Metode penelitian ini menggunakan metode study design quasy eksperiment	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 204 responden	Tujuan penelitian ini untuk tergambarnya hasil atau pengaruh latihan Range of Motion untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke	Terdapat pengaruh antara Range of Motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke karena setiap responden mengalami peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan ROM	

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 78 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Ciheulang Tonggoh Ciparay
Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. RM	: 00-475364
Diagnosa Medis	: Stroke Infark
Tanggal Masuk RS	: 08-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 09-04-2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. N
Umur	: 56 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Ciheulang Tonggoh Ciparay
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan Dengan Klien	: Anak

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mengeluh lemas pada ekstermitas kiri

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Alasan Pasien masuk RS

Pasien masuk ke RSUD Al-Ihsan melalui IGD pada tanggal 08 April 2025 pukul 04.00 WIB, datang dengan keadaan lemas, ekstermitas tidak bisa digerakkan, setelah jatuh dari kamar mandi. Mengingat kondisi tidak membaik keluarga segera membawa klien ke RSUD Al-Ihsan.

2) Keluhan Saat Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 April 2025 klien mengeluh lemas pada ekstermitas kiri atas dan bawah. Keluhan dirasakan sejak 5 hari lalu pada saat klien sedang bersih-bersih di rumah. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kiri. Klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kirinya terasa berat saat ingin digerakkan. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing.

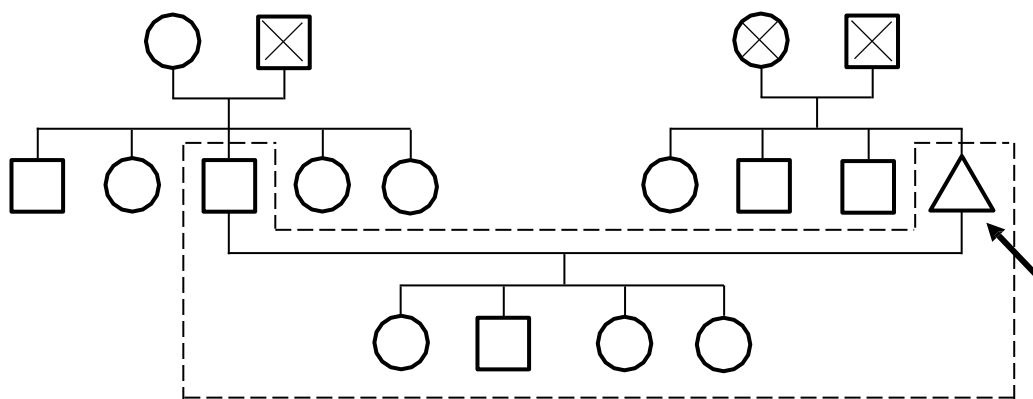
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti ini sebelumnya, tetapi klien mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Klien selalu merasa pusing saat sedang beraktivitas.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

Genogram :



Keterangan :



= Laki-laki



= Perempuan



= Garis keturunan



= Garis perkawinan



= Klien/Ny. R



= Tinggal serumah



= Meninggal

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Persistem

a. Sistem Pernapasan

Bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada pernapasan cuping hidung, pergerakan dada simetris kiri dan kanan, RR : 20x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak terdengar suara napas tambahan.

b. Sistem Saraf

1) Tingkat Kesadaran

2) Fungsi 12 Saraf Kranial

a) Nervus Olfactorius (Penciuman)

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

b) Nervus Optikus (Ketajaman Penglihatan)

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

c) Nervus Okulomotorius (Mengkaji ukuran pupil)

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

d) Nervus trochlearis (Gerakan mata)

Klien dapat menggerakkan kedua bola matanya ke bawah dan ke dalam.

e) Nervus Trigemini (membuka mulut dan mengunyah)

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

f) Nervus Abducens (mengontrol gerakan mata)

Klien mampu menggerakkan bola mata dengan baik dan terkontrol.

g) Nervus Fasialis

Klien mampu memberi rasa manis pada dua pertiga anterior lidah, pahit dan asin dan dapat berekspresi dengan baik.

h) Nervus Vestibulokoklearis

Klien dapat mendengar dengan baik dan keseimbangan klien baik.

i) Nervus Glosafaringeal (Daya mengecap dan reflek muntah)

Daya mengecap klien berfungsi dan baik, klien bisa merasakan rasa pahit di 1/3 posterior lidah. Pemeriksaan refleks muntah dan menelan baik.

j) Nervus Vagus (Bersuara dan menelan)

Berbicara klien sedikit tidak jelas dan pelo, kemampuan menelan klien baik.

k) Nervus Aksesorius (Kekuatan otot)

Klien mampu menggerakkan kepala ke segala arah dengan baik namun klien tidak dapat melawan tahanan pada bahu kanan.

l) Nervus Hipoglossus (Menjulurkan lidah)

Klien mampu menjulurkan lidah namun tidak maksimal dan sedikit kesulitan menggerakkan lidah secara cepat dan simetris.

c. Sistem Kardiovaskuler

Tidak menunjukkan sesak, tidak tampak pulsasi abnormal, vena juguralis tidak tampak distensi. Nadi teraba kuat, N : 89x/menit, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada nyeri tekan, TD : 135/75 mmHg. Tidak ditemukan pembesaran area dullnes. Irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2, tidak terdengar bunyi napas tambahan.

d. Sistem Pencernaan

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

e. Sistem Perkemihan

Tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi atau kemerahan. Tidak ada nyeri tekan, kandung kemih tidak teraba penuh. Tidak ditemukan bunyi pekak. Tidak terdengar bruit pada area ginjal.

f. Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka, tidak ada sianosis, kulit lembab, tidak ada lesi dan luka terbuka. Akral hangat suhu : $36,5^{\circ}\text{C}$, turgor kulit < 3 detik dan tidak ada nyeri tekan.

g. Sistem Endokrin

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

h. Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi tidak terkaji lebih dalam karena pasien malu, namun pasien mengatakan tidak ada permasalahan dengan sistem reproduksinya.

i. Sistem Muskuloskeletal

1) Ekstermitas Atas

Bentuk ekstermitas kanan atas dan kiri atas tampak simetris, tidak terdapat perubahan bentuk/deformitas, tidak ada oedema, tidak terdapat kekakuan/kontraktur sendi, tidak terdapat nyeri tekan daerah ekstermitas, terdapat kelemahan pada kekuatan otot

terutama bagian tangan. Nilai kekuatan otot ekstermitas kiri atas (tangan) 3.

2) Ekstermitas Bawah

Bentuk ekstermitas bawah kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada deformitas dan krepitasi. Nilai kekuatan otot ekstermitas kiri bawah (kaki) 3. Dan kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah (tangan, kaki) 5.

3	5
3	5

(a) Pemeriksaan rangsangan meningeal

1) Kaku kuduk

Ketika kepala ditekukan (fleksi) kearah dada, dagu dapat mencapai dada tanpa adanya tahanan (kaku kuduk negatif).

2) Brudzinko I (*Brudzinski's neck sign*)

Ketika kepala ditekukan (fleksi) kearah dada, kedua tungkai bawah tidak terdapat gerakan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut (Brudzinski I negatif).

3) Brudzinko II (*Brudzinski's contralateral leg sign*)

Ketika tungkai bawah ditekukan (fleksi) pada sendi panggul, tungkai lain dalam keadaan ekstensi (Brudzinski II negatif).

(b) Pemeriksaan refleks

1) Refleks Babinski/Plantar

Terdapat respons jari-jari kaki (fleksi) ke bawah. Tidak terdapat ekstensi pada jari-jari.

2) Refleks Patella

Terdapat kontraksi dan ekstensi lutut. Pada kaki bagian kanan terdapat ekstensi lutut namun lebih lemah daripada sebelah kiri.

4. Aspek Psikologis

a) Status Emosi

Pada saat pengkajian klien tampak tenang, namun sesekali menunjukkan ekspresi sedih ketika membicarakan kondisi tubuhnya. Keluarga mengatakan klien memiliki semangat untuk sembuh, dibuktikan dengan pasien tetap kooperatif saat dilakukan pemeriksaan dan latihan fisik.

b) Konsep Diri

a. Body Image / Citra tubuh

Klien menyadari adanya perubahan fisik yaitu penurunan berat badan. Namun, klien merasa puas terhadap dirinya.

b. Identitas Diri

Klien seorang perempuan dan seorang istri

c. Ideal Diri

Harapan klien ingin segera sembuh dan Kembali seperti semula, agar bisa segera melakukan aktivitas seperti biasanya.

d. Peran Diri

Keluarga klien mengatakan perannya sebagai istri, ibu dan ibu rumah tangga. Namun saat ini klien tidak dapat menjalankan tugasnya secara penuh karena keterbatasan.

e. Harga Diri

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

c) Mekanisme koping

Keluarga klien mengatakan klien menerima kondisinya dan bersedia mengikuti Range of Motion (ROM). Klien memanfaatkan dukungan dari keluarga sebagai sumber motivasi. Klien belum menunjukkan koping maladaptive yang mengganggu perawatan, seperti menarik diri atau menolak.

5. Aspek Sosial

a) Pola Komunikasi

Saat pengkajian klien tampak melakukan kontak mata dengan baik dan merespon dengan baik. Klien tinggal Bersama keluarga inti dan mendapatkan dukungan penuh dari pasangan dan anak-anak. Hubungan dengan keluarga harmonis. Klien masih

memiliki interaksi sosial namun terbatas karena merasa sulit untuk bergerak. Secara emosional klien kadang merasa sedikit cemas dan sedih.

Saat interaksi berlangsung, klien berespon kepada keluarga dan perawat. Meskipun klien sulit berbicara namun klien tampak selalu ingin berinteraksi secara aktif dengan orang sekitar.

b) **Gaya Komunikasi**

Saat diajak berinteraksi klien tidak menolak untuk diajak komunikasi namun klien tampak kesulitan berbicara. Klien tampak memahami interaksi sederhana dengan dibantu jawaban “Ya/Tidak”. Pola komunikasi klien sedikit lambat karena sulit berbicara dan suara klien pelan.

c) **Hubungan Sosial**

Keluarga mengatakan sebelum sakit klien dikenal aktif berinteraksi dengan tetangga maupun keluarga, dan sering mengikuti kegiatan dilingkungan, seperti pengajian. Namun sekarang sejak mengalami stroke, interaksi sosial klien terbatas.

6. Aspek Spiritual

a) **Falsafah Hidup**

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

b) *Sense of Transcendence*

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

c) Konsep Ketuhanan

Klien memiliki kepercayaan dan sikap optimis yang baik dalam proses penyembuhan dan perawatan dibuktikan dengan keyakinan pada Allah SWT dengan tetap berusaha beribadah kepada-Nya.

7. **Aktivitas Sehari-hari****Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari**

No	Jenis	Sebelum Sakit	Saat Dirawat
1	a. Pola Nutrisi		
	Kebutuhan kalori		
	Jenis	Nasi lembek, lauk, sayur	Bubur, lauk, sayur
	Frekuensi	2-3x/hari	3x/hari
	Porsi	1-2 porsi	1 porsi habis
	Diet khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan disukai	Sate	Sate
	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Sedikit berkurang
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Makan selagi hangat dan perlahan
	b. Pola Minum		
	Jenis minum	Air putih, kopi, the	Air putih
	Frekuensi	± 8x/hari	± 5x/hari
	Jumlah	250 ml/1x minum	± 100 ml/ 1x minum
	Kebutuhan cairan	2460 mm	2460 ml
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Kopi	Kopi
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAK		
	Frekuensi	5x/hari	Selang kateter
	Warna	Kuning khas urin	Kuning khas urin

No	Jenis	Sebelum Sakit	Saat Dirawat
	Jumlah output	Tidak terkaji	600 ml
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAB		
	Frekuensi	1-2x/hari	1x sejak masuk RS
	Konsistensi	Padat	Padat
	Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat dan Tidur		
	a. Siang	Jarang tidur	±1 jam setelah obat
	Lama tidur	Tidak ada	Tidak ada
	Kesulitan		
	b. Malam		
	Lama tidur	± 6-7 jam	± 6-7 jam
	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	a. Mandi	1-2x/hari	1x/hari dengan waslap
	b. Gosok gigi	1-2x/hari	1 kali
	c. Keramas	3-4x/minggu	Belum keramas
	d. Memotong kuku	1x/minggu	Belum memotong kuku
5	Mobilitas dan Aktivitas		
	a. Aktivitas yang dilakukan	Beres-beres rumah	ADL dibantu
	b. Kesulitan	Tidak ada	Lemas dan sulit bergerak

Tabel 3. 2 Tabel IMT

BB				
TB x TB(m)				
BB : 56 kg				
TB : 155 cm				
STATUS	KATEGORI			BATAS AMBANG
KURUS	Kekurangan Berat	BB	Tingkat	< 17,00
	Kekurangan Ringan	BB	Tingkat	17, 00 s.d 18, 50
	Ideal			> 18,50 s.d 25,00
NORMAL	Kelebihan BB Tingkat Ringan (Overweight)			> 25,00 s.d 27,00
KEGEMUKAN	Kelebihan BB Tingkat Berat (Obesitas)			> 27,00
PEMERIKSAAN	$IMT = \frac{56}{1,55 \times 1,55} = 23,30 \text{ Kategori (Normal)}$			

Tabel 3. 3 Kebutuhan Kalori

Keb. EMB (AMB)	1 Kal x BB klien x 24 jam	= A Kalori
AMB + Aktivitas Fisik	AMB (Tabel) x A kalori	= B Kalori
Jadi kebutuhan kalori per hari		= B Kalori

Tabel 3. 4 Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)

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

Keterangan:

Kebutuhan Kalori

Sebelum sakit

$$\text{Keb. EMB (AMB)} = 1\text{kal} \times 56 \times 24 = 1.344 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas Fisik} = 1,70 \times 1.344 = 2.284 \text{ kalori}$$

Saat dirawat

$$\text{Keb. EMB (AMB)} = 1\text{kal} \times 56 \times 24 = 1.344 \text{ kalori}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas Fisik} = 1,30 \times 1.344 = 1.747 \text{ kalori}$$

Kebutuhan cairan

Rumus Kebutuhan Cairan (Holliday & Segar)

$$\text{BB } 10 \text{ kg pertama} = 1 \text{ lt/hr cairan}$$

$$\text{BB } 10 \text{ kg kedua} = 0,5 \text{ lt/hr cairan}$$

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

Hasil perhitungan :

$$\text{BB} = 56 \text{ kg}$$

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

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

$$\text{Sisa BB } 3 = 20 \text{ ml} \times 36 = 720 \text{ ml}$$

$$\text{Kebutuhan cairan klien adalah } 1000 + 500 + 720 = 2.220 \text{ ml}$$

8. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3. 5 Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Pemeriksaan Normal
HEMATOLOGI				
1.	Hemoglobin	13.7	g/dL	12-16
2.	Hematokrit	43	%	35-47
3.	Leukosit	10.260	/mm ³	3.800-10.600
4.	Trombosit	323.000	/mm ³	150.000-440.000
5.	Eritrosit	5.66	Juta/mm ³	4.5-6.5
6.	MCV	86	fl	80-100
7.	MCH	30	pq/cell	26-34
8.	MCHC	34	g/dL	31-37
KIMIA KLINIK				
1.	GDS	95	mg/dL	<140
2.	Ureum	11	mg/dL	20-40
3.	Kreatin	0.81	mg/dL	0.7-1.3
4.	SGOT	18	U/L	0-37
5.	SGPT	25	U/L	<50
6.	Natrium	137	mEq/L	135-145
7.	Kalium	1.8	mEq/L	3.6-5.5
8.	Clorida	105	mEq/L	98-108
9.	Calsium	4.53	mg/dL	4.7-5.2
10.	Cholesterol Total	263	mg/dL	<200
11.	Cholesterol HDL	40	mg/dL	
12.	Cholesterol LDL	150	mg/dL	<130
13.	Trigliserida	376	mg/dL	<160

b) Pemeriksaan Lainnya

Tanggal Pemeriksaan 7 April 2025

1) Thorax Ap

Tidak tampak TB paru aktif/pneumonia

Tidak tampak kardiomegali

2) CT-Scan Kepala Tanpa Kontras (MSCT scan kepala)

Infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eskterna kiri

9. Terapi Medis

Tabel 3. 6 Terapi Medis

No	Obat yang Diberikan	Jenis Golongan Obat	Cara Pemberian	Frekuensi Pemberian Waktu (Jam)		Dosis Obat	Mekanisme Efek Obat
1	Amlodipin	Calcium-channel blockers (CCBs)	Oral	08	21	1x10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, membantu mencegah stroke dan serangan jantung
2	Citicoline	Neurotropik	IV	08	21	500 mg	Untuk meningkatkan aliran darah ke otak, meningkatkan fungsi otak
3	Omeprazole	Proton Pump Inhibitor (PPI)	IV	08		1x1 gr	Untuk mengobati masalah lambung
4	Furosemide	Diuretik	IV	08		1x2 amp	Untuk menghambat penyerapan natrium dan klorida di dalam tubulus ginjal, terutama di bagian asenden tebal lengkung Henle
5	Ringer Laktat	Cairan isotonik kristaloid	IV			20 tpm	Untuk memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit

10. Analisa Data

Tabel 3. 7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem				
1	DS : a. Klien mengeluh ekstermitas kiri dan tidak bisa digerakkan b. Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu DO a. Klien tampak lemah b. Tampak hambatan ADL sehingga perlu dibantu c. Ekstermitas kiri tidak bisa digerakkan d. Sendi tampak kaku e. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	Faktor pencetus/etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endotel rusak ↓ Edema serebral ↓ Disfungsi N XI (aksesorius) ↓ Penurunan fungsi motoric dan muskulokeletal ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0119)
3	5						
3	5						
2	DS : a. Klien mengatakan terasa berat saat berbicara DO: a. Bicara klien sedikit pelo b. Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata c. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal d. Wajah bagian kiri klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan	Faktor pencetus/etiologi : Thrombosis selebri, emboli ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Arteriosclerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O2 ke otak ↓ Arteri serebri media ↓ Kerusakan neuroserebrispinal N.VII, N.IX ↓	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)				

No	Data	Etiologi	Problem
		Ketidakmampuan bicara ↓ Gangguan komunikasi verbal	
3	DS : a. Klien mengeluh lemas ekstermitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing DO: a. GCS : 15 compos mentis b. TD : 135/75 mmHg c. MAP : 113 mmHg d. CPP : 98 mmHg e. Suhu : 36,5° C f. Nadi : 89 x/menit g. RR : 20 x/menit h. SPO : 98% i. Bagian wajah kiri tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan j. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal k. Hasil CT-Scan kepala menunjukkan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eskterna kiri	Faktor pencetus/etiologi: ↓ Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah ↓ Arteriosclerosis ↓ Stroke infark ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah ke jaringan cerebral tidak adekuat ↓ Perfusi jaringan cerebral tidak adekuat	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

DS:

- a. Klien mengeluh ekstermitas kiri dan tidak bisa digerakkan
- b. Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu

DO:

- a. Klien tampak lemah
- b. Tampak hambatan ADL sehingga perlu dibantu

c. Ekstermitas kiri tidak bisa digerakan

d. Sendi tampak kaku

e. Kekuatan otot

3	5
3	5

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan

DS:

a. Klien mengatakan terasa berat saat berbicara

DO:

a. Bicara klien sedikit pelo

b. Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata

c. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal

d. Wajah bagian kiri klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan

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

DS:

a. Klien mengeluh lemas ekstermitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing

DO:

a. GCS : 15 compos mentis

b. TD : 135/75 mmHg

- c. MAP : 113 mmHg
- d. CPP : 98 mmHg
- e. Suhu : 36,5° C
- f. Nadi : 89 x/menit
- g. RR : 20 x/menit
- h. SPO : 98%
- i. Bagian wajah kiri tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan
- j. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak simetris dan tidak maksimal
- k. Hasil CT-Scan kepala menunjukan terdapat infark serebri a.r ganglia basalis kiri dan capsula eskterna kiri

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional				
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054) DS : a. Klien mengeluh ekstermitas kiri dan tidak bisa digerakkan b. Keluarga klien mengatakan seluruh kebutuhan klien harus dibantu DO a. Klien tampak lemah b. Tampak hambatan ADL sehingga perlu dibantu c. Ekstermitas kiri tidak bisa digerakkan d. Sendi tampak kaku e. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstermitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak ROM meningkat d. Kaku sendi menurun e. Kelemahan fisik menurun	(Dukungan Mobilisasi I.05173) Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Latih terapi <i>Range of Motion</i> (ROM) pasif 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Ajarkan latihan <i>Range of Motion</i> (ROM) pasif pada keluarga	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui kondisi yang memungkinkan untuk dilakukan latihan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien Terapeutik 5. Untuk memudahkan klien melakukan pergerakan 6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot 7. Untuk mengetahui dan dapat mengerti tujuan diberikan mobilisasi Edukasi 8. Untuk memberikan informasi pentingnya mobilisasi bagi klien 9. Untuk memberikan pengetahuan keluarga agar bisa dilakukan secara mandiri
3	5							
3	5							
2.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam,	Promosi Komunikasi : Defisif Bicara (I.13942)					

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
	dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:	Observasi :	Observasi
	DS :	a. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat	1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	1. Untuk melihat gangguan komunikasi pada klien
	a. Klien mengatakan terasa berat saat berbicara	b. Pelo menurun	2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	2. Untuk mengetahui proses kognitif anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
	DO:	c. Kemampuan berbicara meningkat	Terapeutik :	Terapeutik
	b. Bicara klien sedikit pelo		3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)	3. Untuk bisa memahami apa yang disampaikan klien
	c. Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata		4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralahh dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	4. Untuk mempermudah klien ketika diajak berkomunikasi
	d. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal		5. Ulangi apa yang disampaikan pasien	5. Untuk mengkonfirmasi apa yang disampaikan klien benar
	e. Wajah bagian kiri klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan		Edukasi :	Edukasi
			6. Anjurkan berbicara perlahan	6. Agar ucapan klien lebih jelas dan melatih artikulasi klien
			7. Ajarkan terapi vokal	7. Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi dari segi bahasa maupun bicara
			8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	8. Untuk mempercepat penyembuhan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017) DS : a. Klien mengeluh lemas ekstermitas kiri dan bicara sedikit rero klien juga terkadang mengeluh pusing DO: a. Bicara klien sedikit pelo b. Klien tampak sulit menyusun kalimat/mengungkapkan kata-kata c. Klien dapat menjulurkan lidah namun tidak maksimal d. Wajah bagian kiri klien tampak tidak simetris dengan wajah bagian kanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: a. Tingkat kesadaran meningkat b. Tekanan intrakranial menurun c. Sakit kepala menurun d. Gelisah menurun e. Nilai tekanan darah membaik	(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial I.09325) Observasi : 1. Identifikasi peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CPP 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Pertahankan suhu tubuh normal 10. Berikan terapi obat sesuai advice dokter a. Amlodipine 1 x 10mg b. Citicoline 1 x 1 gr c. Omeprazole 1 x 40 gr d. Furosemide 1x2 amp	Observasi 1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensi peningkatan TIK 3. Untuk pemantauan peningkatan TIK 4. Berguna untuk penatalaksanaan adanya gangguan perfusi pada serebral 5. Untuk pemantauan pola pernapasan klien dan kebutuhan O2 6. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah terjadinya shyok hipovolemik Terapeutik 7. Untuk memberikan ketenangan dan nyaman untuk klien 8. Posisi semi fowler untuk membantu menurunkan TIK, menjaga MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung 9. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan menjadi rileks dengan suhu yang normal 10. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung

3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Rabu, 9 April 2025	I	08.00 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstermitasnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi 3. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya 4. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kanan klien tidak bisa digerakkan, tangan kanan klien tidak bisadigerakkan sama sekali sedangkan kaki kanan hanya bisa digerakan jari-jarinya saja 5. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 80 x/menit 6. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	14.00 WIB S : a. Keluarga mengatakan Ny.S masih kesulitan menggerakkan tangan kirinya b. Keluarga mengatakan Ny.S masih lemah terutama bagian kiri c. Keluarga mengatakan Ny.S masih kesulitan menggenggam suatu benda d. Keluarga mengatakan mengerti tujuan dan prosedur latihan kekuatan otot e. Keluarga mengerti untuk melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri) O : a. Ny.S tampak lebih semangat melakukan pergerakan ketika didampingi oleh keluarga b. Kekuatan otot 3455 c. Tampak lemah anggota gerak terutama bagian tangan kiri	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring 7. Melatih ROM pasif R : klien mampu dilatih ROM pasif 8. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik 9. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien 10. Menjelaskan tujuan dan prosedur Mobilisasi R : klien dan keluarga mengerti dengan tujuan dilakukan latihan ROM	d. Genggaman tangan kiri terhadap bola perlu dibantu/distimulus oleh tangan kanan A : Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan intervensi I : a. Latih ROM pasif b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM c. Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi E : Masalah belum teratasi	
Rabu, 9 April 2025	II	09.00 WIB	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien lambat dan kurang jelas 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien ngerti dan membenarkan pengulangan	14.00 WIB S : a. Keluarga mengatakan Ny.S sulit untuk berbicara dengan jelas b. Keluarga Ny.S mengatakan ucapan Ny.S sulit dipahami c. Keluarga mengatakan Ny.S berbicara pelo d. Keluarga mengatakan wajah Ny.S mencong e. Artikulasi verbalisasi Ny.S kurang, volume pelan O :	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			5. Mengajarkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	a. Ny.S tampak mengikuti terapi b. Ny.S tampak masih kesulitan berbicara c. Wajah Ny.S tampak tidak simetris ke sebelah kiri d. Masih terdapat penurunan otot wajah Ny.S e. Pergerakan rahang tampak sedikit kaku, klien mampu membuka mulut tetapi tidak lebar f. Ny.S mampu mengeluarkan ekspresi (tersenyum) namun tampak asimetris ke sebelah kiri A : Gangguan komunikasi verbal P : Lanjutkan intervensi I : a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. b. Gunakan metode komunikasi alternatif. c. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan d. Ulangi apa yang disampaikan pasien e. Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” E : Masalah belum teratasi	
Rabu, 9 April 2025	III	10.00 WIB	1. Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R : ditemukan infark serebral	14.00 WIB S : Klien mengatakan pusingnya masih hilang timbul	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadran menurun) R : a. GCS : 15 Compos Mentis b. TD : 179/80 mmHg c. Suhu : 36,9°C d. Nadi : 60 xmenit e. SpO2 : 98% 3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 113 mmHg 4. Memonitor CPP R : 98 mmHg 5. Memonitor status pernafasan R :	O : a. TD : 160/93 mmHg b. Suhu : 36,4°C c. Nadi : 80 xmenit d. RR : 22 x/menit e. SpO2 : 97% f. MAP : 115 mmHg g. CPP : 100 mmHg A : Resiko perfusi serebral P : Lanjutkan intervensi I : a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK b. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) c. Monitor CPP d. Berikan posisi semi Fowler e. Monitor status pernafasan f. Berikan terapi obat E : Masalah belum teratasi	
Kamis, 10 April 2025	I	09.10 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kanan klien masih tidak bisa digerakkan, tangan kanan klien tidak bisadigerakkan sama sekali sedangkan kaki	14.00 WIB S : a. Keluarga mengatakan Ny.S masih kesulitan menggerakkan tangan kirinya b. Keluarga mengatakan Ny.S masih lemah terutama bagian tangan kirinya	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			kanan hanya bisa digerakan jari-jarinya saja	c. Keluarga mengatakan Ny.S masih kesulitan menggenggam suatu benda	
			3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 85 x/menit	d. Keluarga mengerti untuk melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri)	
			4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring	O :	
			6. Melatih ROM pasif R : klien mampu dilatih ROM pasif	a. Ny.S tampak lebih semangat melakukan pergerakan ketik didampingi keluarga	
			7. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik	b. Tampak lemah anggota gerak terutama bagian tangan kiri	
			8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien	c. Tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu	
				d. Kekuatan otot	
				3 5	
				3 5	
				A : Gangguan mobilitas fisik	
				P : Lanjutkan Intervensi	
				I :	
				a. Latih ROM pasif	
				b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM	
				c. Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM	
				d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi	
				E : Masalah belum teratasi	

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis, 10 April 2025	II	10.00 WIB	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien mengerti dan membenarkan pengulangan 5. Mengajarkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	14.00 WIB S : a. Keluarga mengatakan Ny.S sulit berbicara dengan jelas b. Keluarga mengatakan ucapan Ny.S sulit dipahami c. Keluarga mengatakan Ny.S berbicara pelo d. Keluarga mengatakan wajah Ny.S mencong e. Artikulasi verbalisasi Ny.S kurang, volume pelan O : a. Ny.S tampak mengikuti terapi dan masih terlihat kaku b. Ny.S tampak masih kesulitan untuk berbicara c. Wajah Ny.S tampak tidak simetris ke sebelah kiri d. Masih terdapat penurunan otot wajah Ny.S e. Pergerakan rahang tampak sedikit kaku, klien mampu membuka mulut tetapi tidak lebar f. Ny.S mampu mengeluarkan ekspresi (tersenyum) namun tampak asimetris ke sebelah kiri g. Ny.S masih tampak sulit menyusun kalimat A : Gangguan komunikasi verbal P : Lanjutkan intervensi I :	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
				a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. b. Gunakan metode komunikasi alternatif. c. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan d. Ulangi apa yang disampaikan pasien e. Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" E : Masalah belum teratasi	
Kamis, 10 April 2025	III	11.00 WIB	1. Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) R : ditemukan infark serebral 2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : a. GCS : 15 Compos Mentis b. TD : 165/79 mmHg c. Suhu : 36,1°C d. Nadi : 90 xmenit e. SpO2 : 98% 3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 107 mmHg 4. Memonitor CPP R : 92 mmHg 5. Memonitor status pernafasan R : pernafasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 24 x/menit	14.00 WIB S : Klien mengatakan pusingnya sudah hilang O : a. TD : 160/85 mmHg b. Suhu : 36,0°C c. Nadi : 75 xmenit d. RR : 21 x/menit e. SpO2 : 98% f. MAP : 110 mmHg g. CPP : 95 mmHg A : Risiko perfusi serebral P : Lanjutkan intervensi I : a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK b. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) c. Monitor CPP d. Berikan posisi semi Fowler e. Memonitor status pernafasan f. Berikan terapi obat E : Masalah teratasi sebagian	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
			6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R : membatasi jumlah pengunjung 7. Memberikan posisi semi fowler R : posisi semi fowler 30° dipertahankan 8. Memberikan terapi obat R : a. Citicoline 1 x 1g b. Amlodipine 1 x 10 mg c. Omeprazole 1 x 40 g d. Mecobalamin 1x 500 µg						
Jumat, 11 April 2025	I	11.00 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : klien tidak mengeluh ada nyeri pada ekstremitasnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi R : ekstremitas kanan klien masih sulit digerakan, tangan kanan klien sudah bisa digeres sedangkan kaki kanan hanya masih bisa menggerakkan jari-jarinya saja 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R : 90 x/menit 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : pagar tempat tidur digunakan klien untuk menggeserkan tubuh atau untuk merubah posisi miring 5. Melatih ROM pasif R : klien mampu dilatih ROM pasif	14.00 WIB S : a. Keluarga mengatakan Ny. S mulai bisa menggenggam suatu benda b. Keluarga mengerti untuk melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri) O : a. Ny. S tampak lebih semangat melakukan pergerakan ketika didampingi keluarga b. Genggaman tangan Ny. S terhadap bola meningkat (jari-jari mampu menggenggsm bola) c. Kekakuan pada sendi ekstremitas kiri berkurang d. Kekuatan otot meningkat <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table>	4	5	4	5	Azima
4	5								
4	5								

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			6. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 7. R : kondisi klien dalam keadaan stabil dan baik 8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi R : klien selalu memperhatikan dan membantu klien	A : Gangguan mobilitas fisik P : Hentikan intervensi I : - Latih ROM pasif - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM - Monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi E : masalah teratasi	
Jumat, 11 April 2025	II	12.00 WIB	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. R : bicara klien masih lambat namun sudah bertambah jelas 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif. R : dilakukan jika bicara klien sulit dipahami 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R : bicara dengan klien secara perlahan 4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien R : klien ngerti dan membenarkan pengulangan 5. Menganjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal "AIUEO" R : klien dapat mengikuti terapi vokal dengan baik	14.00 WIB S : - Keluarga mengatakan Ny. S masih kesulitan untuk berbicara dengan jelas - Keluarga mengatakan ucapan Ny. S mulai mudah dipahami - Keluarga mengatakan Ny. S dapat berpartisipasi untuk berinteraksi dengan orang lain - Keluarga mengatakan Ny. S memahami apa yang disampaikan dengan mulai mengucapkan kata-kata sederhana - Ny. S mengekspresikan keinginan dengan berbicara yang singkat - Keluarga mengatakan wajah Ny. S mencong - Artikulasi verbalisasi Ny. S meningkat, volume pelan	Azima

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Jumat, 11 April 2025	III	13.00 WIB	1. Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serbral) R : ditemukan infark serebral 2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R :	O : a. Ny. S tampak mulai mengekspresikan keinginan dengan verbal b. Ny. S tampak bisa berinteraksi dengan perawat dan keluarga (>2 orang) c. Wajah Ny. S tampak tidak simetris ke sebelah kiri d. Pergerakan rahang tampak mulai meningkat, klien mampu membuka mulut agak lebar A : Gangguan komunikasi verbal P : Lanjutkan intervensi	
				I : a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. b. Gunakan metode komunikasi alternatif. c. Ulangi apa yang disampaikan pasien d. Anjurkan berbicara perlahan dengan terapi vokal “AIUEO” E : Masalah teratasi sebagian	
				14.00 WIB	Azima
				S : Klien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan pusingnya tidak timbul lagi O : a. TD : 130/75 mmHg b. Suhu : 36,2°C c. Nadi : 69 xmenit	

Hari/Tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			a. GCS : 15 Compos Mentis b. TD : 150/83 mmHg c. Suhu : 37,0°C d. Nadi : 87 xmenit e. SpO2 : 98%	d. RR : 19 x/menit e. SpO2 : 99% f. MAP : 101 mmHg g. CPP : 86 mmHg	
			3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R : nilai MAP 105 mmHg	A : Risiko perfusi serebral P : lanjutkan intervensi	
			4. Memonitor CPP R : CPP 90 mmHg	I : a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK	
			5. Memonitor status pernafasanR : pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan dengan RR : 22 x/menit	b. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)	
			6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R : membatasi jumlah pengunjung	c. Monitor CPP	
			7. Memberikan posisi semi fowler R : posisi semi fowler 30° tetap dipertahankan	d. Berikan posisi semi Fowler e. Monitor status pernafasan f. Berikan terapi obat E : Masalah teratasi sebagian	

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Sabtu, 12 April 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0054)	S: a. Keluarga mengatakan Ny. S mulai bisa menggenggam suatu benda b. Keluarga mengerti untuk melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri) O: a. Ny. S tampak lebih semangat melakukan pergerakan ketika didampingi keluarga b. Kekuatan otot meningkat 4455 c. Genggaman tangan Ny. S terhadap bola meningkat (jari-jari mampu menggenggam bola) A: Masalah teratasi P: Klien pulang (<i>discharge planning</i>)	Azima
2.	Sabtu, 12 April 2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI D.0119)	S : a. Keluarga mengatakan ucapan Ny. S mulai mudah dipahami b. Keluarga mengatakan Ny. S memahami apa yang disampaikan dengan mulai mengucapkan kata-kata sederhana c. Ny. S mengekspresikan keinginan dengan berbicara yang singkat d. Artikulasi verbalisasi Ny. S meningkat, volume pelan O : a. Ny. S tampak mulai mengekspresikan keinginan dengan verbal b. Pergerakan rahang tampak mulai meningkat, klien mampu membuka mulut agak lebar A : Masalah teratasi P : Klien pulang (<i>discharge planning</i>)	Azima

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
3.	Sabtu, 12 April 2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI D.0017)	S : Klien mengatakan pusingnya sudah hilang O : a. TD : 130/90 mmHg b. Suhu : 36,3°C c. Nadi : 80 xmenit d. RR : 20 x/menit e. SpO2 : 98% f. MAP : 106 mmHg g. CPP : 91 mmHg A : Masalah teratasi P : Klien pulang (<i>discharge planning</i>)	Azima

3.2 Pembahasan

Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan proses manajemen keperawatan, dalam hal ini penulis membahas melalui tahapan-tahapan proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 April 2025, pengkajian ini dimulai dari biodata pasien, Riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional Kesehatan, dan pemeriksaan fisik.

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. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Basri, 2020).

Pengkajian pada kasus didapatkan klien seorang laaki-laki berusia 78 tahun, sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh Mutiarasari (2019), bahwa penyakit stroke sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh faktor resiko yaitu usia, jenis kelamin, ras, gaya hidup seperti merokok, alkohol dan obat-obatan terlarang dan dari faktor resiko medis. Hal ini berarti antara berarti sesuai antara teori dan kenyataan di lapangan didapatkan hasil pengkajian adanya faktor resiko yang bisa menyebabkan terjadinya stroke yaitu klien berusia 78 tahun, mempunyai kebiasaan merokok dan mempunyai Riwayat Kesehatan dahulu yang menunjukkan tanda gejala hipertensi.

Keluhan utama yang klien rasakan yaitu ekstermitas kiri atas dan bawah yang tidak bisa digerakan. Keluhan dirasakan sejak 2 hari lalu pada saat klien sedang bersih-bersih rumah. Lemas dirasakan pada bagian lengan dan kaki kiri dengan kekuatan otot 3 pada lengan kiri dan 4 pada kaki kiri, klien mengatakan lengan dan kaki sebelah kirinya terasa berat saat ingin digerakan. Klien juga berbicara sedikit pelo dan terkadang merasa pusing. Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran klien compos mentis dengan GCS 15, dan nadi : 90x/menit,

tekanan darah : 135/80 mmHg, suhu : 36,5°C, frekuensi napas 23x/menit, serta SPO2 : 98%. Dan hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori menurut Esti & Johan (2020), bahwa pada klien dengan penyakit stroke mempunyai tanda dan gejala penyakit yaitu diantaranya, tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara dan bahasa, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, sakit kepala hebat, kesadaran menurun dan gangguan fungsi otak.

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

3.2.2 Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuscular

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital

dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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

Menurut Permana (2018), gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya aliran darah ke otak yang menurun akibat adanya aterosklerosis sehingga menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang menghasilkan produksi asam laktat. Asam laktat tersebut bersifat neurologis dan penurunan kontrol volunteer yang akan menyebabkan hemiplegia sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas.

Menurut penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami pasien telah sesuai dengan tanda dan gejala, sehingga berdasarkan data tersebut penulis menegakkan masalah gangguan mobilitas fisik.

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

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

Rencana tindakan keperawatan untuk diaagnosa keperawatan utama gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Maka intervensi ataupun rencana Tindakan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dukungan mobilitas berupa identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memberikan terapi *Range of Motion* (ROM) untuk meningkatkan mobilisasi (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas 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 ekstermitas 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 asetikolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi untuk meningkatkan tegangan otot polos tungkai dan anggota badan (Faridah et al., 2022).

3.2.4 Implementasi Keperawatan

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

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam dukungan mobilisasi maka yang akan dilakukan yaitu mengkaji kemampuan klien dalam

mobilisasi (meminta klien untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri) hasilnya klien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (mika-miki) hasilnya klien tampak belum mampu menahan tubuhnya, dan monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi klien masih mengalami hemiparesis dan mengajarkan terapi *Range of Motion* (ROM) pasif. Terapi latihan *Range of Motion* (ROM) pasif kepada pasien dengan stroke non hemoragik/infark diberikan selama 15 menit dalam 2 kali sehari dapat memperbaiki atau kekuatan otot pada pasien. Penulis memfokuskan dalam pemberian terapi ROM pasif pada klien 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 meningkatkan 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 dan anggota badan. Sehingga tidak lagi terjadi kekakuan pada sendi dan kekuatan otot dapat meningkat.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya,

dengan menggunakan metode SOAP (Basri, 2020). Dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. S (*Subjective*): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. O (*Objective*): adalah informasi yang dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (*Analisis*): adalah membandingkan antara informasi *subjective* dan *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. P (*Planning*): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Evaluasi pada kasus Ny.S yaitu dilakukan setelah implementasi selama 3 hari. Evaluasi pada diagnose keperawatan utama yaitu gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Yang ditandai dengan ekstermitas kiri atas sudah mulai bisa digerakan walaupun hanya bisa bergeser saja dan ekstermitas kiri bawah bisa diangkat namun belum bisa menahan tahanan ringan dan kekakuan pada sendi pada ekstermitas kiri klien berkurang. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya latih ROM pasif, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan ROM, monitor kondisi umum selama melakukan latihan ROM dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi dan untuk bisa dilakukan secara mandiri ketika klien sudah diperbolehkan pulang.

3.3 Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)

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

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa medis Stroke Infark dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi latihan Range Of Motion (ROM) yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020). Manfaat terapi *Range of Motion* (ROM) yaitu untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

Penulis melakukan implementasi terapi latihan *Range of Motion* (ROM) pasif pada klien selama 3 hari dengan frekuensi 2 x sehari selama ± 15 menit, dilakukan dengan cara fleksi (berkurangnya sudut persendian), ekstensi (bertambahnya sudut persendian), hiperektensi (ekstensi lebih

lanjut), adduksi (gerakan mendekati garis tengah tubuh), rotasi (gerakan memutar dari pusat dari tulang), eversi (perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian), pronasi (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 kiri atas dan bawah klien.

Teknik dari terapi Range of Motion (ROM) memberikan mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstermitas. 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

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Stroke Infark dari tanggal 09-11 April 2025, maka dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Mampu melakukan pengkajian pada Ny.S dengan Stroke Infark di ruang perawatan Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny.S yaitu pasien mengeluh ekstermitas kiri yang tidak bisa digerakkan dan bicara klien pelo dan nyeri kepala yang hilang timbul

2. Diagnosa keperawatan

Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny.S dengan stroke infark di ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan, adapun diagnose yang muncul pada Ny.S yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan sirkulasi darah ke otak

3. Intervensi keperawatan

Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan *Range Of Motion* (ROM) untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik kepada Ny.S dengan Stroke Infark di ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Stroke Infark di ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui penerapan *Range Of Motion* (ROM) untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik kepada klien.

5. Evaluasi keperawatan

Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.S dengan Stroke Infark di ruang Abdurahman Bin Auf 2 RSUD Al-Ihsan, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan. Berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, maka diagnosis keperawatan yang berhasil teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik,

sedangkan diagnosis yang teratasi sebagian yaitu gangguan komunikasi verbal dan gangguan komunikasi verbal.

6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang terapi latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada salah satu diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik yang efektif untuk klien dengan stroke infark.

4.2 Saran

1. Rumah Sakit

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang penyakit stroke infark di pelayanan kesehatan dan dapat menerapkan tentang penyakit stroke infark di pelayanan kesehatan serta dapat menerapkan tindakan keperawatan dengan penerapan teknik Range of Motion (ROM).

2. Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien stroke infark dengan masalah gangguan mobilitas fisik, dan dapat dimasukkan kedalam pembelajaran keperawatan gawat darurat dan kritis.

3. Mahasiswa/Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Basri, B. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Media Sains Indonesia.
- Daulay, N. M., Hidayah, A., & Santoso, H. (2021). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke . Nanda Masraini Daulay , Arinil Hidayah , Hari Santoso Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan*. 6.
- Deva, A. R., & Widowati, R. (2022). *No Title*. 4(April), 950–959.
- Esti, A., & Johan, T. R. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137–142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Feigin, BA, S., Johnson, C., Roth, G., Bisignano, & Abady, G. (2022). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990- 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*.
- Haswita, & Reni. (2018). *Kebutuhan Dasar Manusia*. CV Trans Info Media.
- Hosseini, Z., Peyrovi, H., & Gohari, M. (2019). *The Effect of Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke : a Randomized Controlled Trial*. 8(1), 39–44. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.006>
- Ikawati, Z., & Anurogo, D. (2018). *Tata Laksana Terapi Penyakit Sistem Syaraf Pusat*. Bursa Ilm.
- Istichomah. (2020). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1*. CV Media Sains Indonesia. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=yOYSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg%0A=PA1&dq=Istichomah,+2020&ots=DkXiopG4fW&sig=j0_9xEgC_45lBlek8DBdi%0AD41184&redir_esc=y#v=onepage&q=Istichomah%2C%2020&f=false
- Kanggeraldo, J., Sari, R. P., & Zu, M. I. (2018). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Stroke Hemoragik dan Iskemik Menggunakan Metode Dempster Shafer. *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*, 2(2), 498– 505.
- Kusuma, A. S., & Sara, O. (2020). *Penerapan Prosedur Latihan Range of Motion (Rom) Pasif Sedini Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (Snh)*. *Syntax Literate*. 5(10), 1015–1021.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama	: Azima Putri Ihda Asipa Sani
NIM	: KHGD24039
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 2 Maret 2001
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat Rumah	: Kp. Citangtu Kecamatan Pangatikan
No. Hp	: 08966513892
Email	: azimaputri205@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

2005-2006	: TK Nurul Hikmah
2007-2014	: SDN 2 Wanajaya
2014-2017	: MTs Persis 212 Kudang
2017-2020	: MAN 1 Garut
Perguruan Tinggi S1 2020-2024	: STIKes Karsa Husada Garut
Pendidikan Profesi Ners 2024-2025	: STIKes Karsa Husada Garut